

Aus dem Lehrstuhl
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Prof. Dr. med. Romuald Brunner
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

Das ambulante Notfallmanagement der Ambulanz der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Regensburg – Follow-Up-
Studie aus Sicht der Eltern bzw. elterlichen Bezugspersonen

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Sebastian Bentheimer

2023

Aus dem Lehrstuhl
für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Prof. Dr. med. Romuald Brunner
der Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

Das ambulante Notfallmanagement der Ambulanz der Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Regensburg – Follow-Up-
Studie aus Sicht der Eltern bzw. elterlichen Bezugspersonen

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
Fakultät für Medizin
der Universität Regensburg

vorgelegt von
Sebastian Bentheimer

2023

Dekan:	Prof. Dr. med. Dipl.-Phys. Dirk Hellwig
1. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Romuald Brunner
2. Berichterstatter:	Prof. Dr. med. Timm Pöppel
Tag der mündlichen Prüfung:	20.12.2023

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Tabellenverzeichnis	8
1 Einleitung	10
1.1 Selbstverletzende Verhaltensweisen und Gedanken	11
1.1.1 Definition	12
1.1.1.1 NSSV	12
1.1.1.2 Suizidalität	14
1.1.2 Prävalenz	15
1.1.2.1 NSSV	16
1.1.2.2 Suizidalität	16
1.1.3 Risikofaktoren	17
1.1.3.1 NSSV	17
1.1.3.2 Suizidalität	18
1.1.4 Psychiatrische Komorbiditäten	20
1.1.4.1 NSSV	20
1.1.4.2 Suizidalität	20
1.1.5 Motive und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens	21
1.1.6 Klinisches Prozedere	22
1.1.6.1 Notfallversorgung	22
1.1.6.2 Psychotherapie und Psychopharmakologie	23
1.2 Familiäre Faktoren	24
1.2.1 Elterliche Belastung	25
1.2.1.1 Entstehung elterlicher Belastung	26
1.2.1.2 Folgen elterlicher Belastung	27
1.2.2 Eltern als Teil der Therapie	29
1.2.2.1 Behandlungsbarrieren	30
1.2.2.2 Einfluss auf das Behandlungsergebnis	32
1.3 Zielsetzung und Hypothesen	33

2	Material und Methoden	35
2.1	Studientyp	35
2.2	Studienablauf	35
2.2.1	Klinisches Standardverfahren	36
2.2.1.1	Termin 1	36
2.2.1.2	Termin 2	36
2.2.1.3	Termin 3	37
2.2.2	Studienteil	37
2.2.2.1	Follow-Up 1	37
2.2.2.2	Follow-Up 2	38
2.3	Rekrutierung und Stichprobe	38
2.3.1	Rekrutierung	38
2.3.2	Ausschlusskriterien	39
2.3.3	Stichprobe	39
2.4	Methodik	40
2.4.1	Untersuchungsinstrumente: Bezugspersonen	41
2.4.1.1	Fragen an die Sorgeberechtigten im Termin 2	41
2.4.1.2	Fragen an die Sorgeberechtigten im ersten und zweiten Follow-Up-Termin	41
2.4.1.3	SITBI-Eltern	42
2.4.1.4	CBCL	43
2.4.1.5	PMI	43
2.4.1.6	EBI	44
2.4.2	Untersuchungsinstrumente: Patient:innen	45
2.4.2.1	MINI-KID	45
2.4.2.2	SKID-II	45
2.4.2.3	SITBI	45
2.4.2.4	SCL-90-S	46
2.4.2.5	ERS	46
2.4.2.6	Fragen zur Motivation	47
2.4.2.7	Fragen an den Probanden in den Nachuntersuchungsterminen	47
2.4.2.8	GAF-Skala	47
2.4.2.9	CGI-S-Skala	48
2.5	Statistische Methoden	50
2.5.1	Hypothese 1 – elterliche Motivation und Patient:innenoutcome	50
2.5.2	Hypothese 2 – Verlauf der elterlichen Motivation	51

2.5.3	Hypothese 3 – elterliche Belastung und Patient:innenoutcome	51
2.5.4	Hypothese 4 – besondere Elternsituation und Patient:innenoutcome	51
2.5.5	Hypothese 5 – elterliche Erkrankungen und Empfehlungsumsetzung	52
2.5.6	Nebenfragestellung: Hypothese 6 und 7 – Übereinstimmung hinsichtlich Problementwicklung und Nutzen des Safety-Plans	52
3	Ergebnisse	53
3.1	Hypothese 1 – elterliche Motivation und Patient:innenoutcome	53
3.2	Hypothese 2 – Verlauf der elterlichen Motivation	54
3.3	Hypothese 3 – elterliche Belastung und Patient:innenoutcome	56
3.4	Hypothese 4 – besondere Elternsituation und Patient:innenoutcome	56
3.5	Hypothese 5 – elterliche Erkrankungen und Empfehlungsumsetzung	58
3.6	Nebenfragestellung: Hypothese 6 und 7 – Übereinstimmung hinsichtlich Problementwicklung und Nutzen des Safety-Plans	59
4	Diskussion.....	61
4.1	Limitationen und Stärken der Studie	67
5	Zusammenfassung.....	70
6	Literaturverzeichnis.....	72
7	Danksagung	88

Abkürzungsverzeichnis

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BPS	<i>Borderline-Persönlichkeitsstörung</i>
CBCL	<i>Child-Behavior-Checklist</i>
CGI-S	<i>Clinical Global Impression-Severity</i>
DBT-A	<i>Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente</i>
DSH	<i>Deliberate self-harm</i>
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual</i>
EBI	<i>Eltern-Belastungs-Inventar</i>
ERS	<i>Emotion Reactivity Scale</i>
GAF	<i>Global Assessment of Functioning</i>
GSI	<i>Global Severity Index</i>
MINI-KID ..	<i>Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents</i>
NSSV	<i>Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten</i>
PMI	<i>Parent Motivation Inventory</i>
PSI	<i>Parenting Stress Index</i>
SCL-90-S	<i>Symptom-Checklist-90-Standard</i>
SITBI	<i>Self-injurious thoughts and behaviors interview</i>
SITBI-G	<i>Self-injurious thoughts and behaviors interview - German version</i>
SVS	<i>Suizidale Verhaltensstörung</i>

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Klassifikation von selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen	12
Abbildung 2:	Einflussfaktoren auf die elterliche Belastung	26
Abbildung 3:	Mittlere elterliche Belastungswerte für spezifische ICD-10-Diagnosegruppen.	28
Abbildung 4:	Einfluss von Behandlungshürden auf die Therapietreue	31
Abbildung 5:	Übersichts- und Zeitplan.....	35
Abbildung 6:	Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten in der Stichprobe (N = 107) zu Termin 2 nach Auswertung der deutschen Version des „Self-injurious thoughts and behaviors interview“ (SITBI-G).....	40
Abbildung 7:	Graphische Darstellung des Verlaufs der Motivation der Eltern anhand des „Parent Motivation Inventory“ (PMI) und dessen Subskalen. *p < .05	55
Abbildung 8:	Beziehungsstatus der Eltern in absoluten Zahlen	57
Abbildung 9:	Erziehungsform der Eltern in absoluten Zahlen.....	57
Abbildung 10:	Anzahl und Verteilung der Begleiterkrankungen bei den Eltern	58

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zentrale Risikofaktoren für selbstverletzendes Verhalten	17
Tabelle 2: Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch	30
Tabelle 3: Fragebögen und strukturierte Interviews	49
Tabelle 4: Kendall-Tau-b-Korrelationskoeffizient für die Outcomevariablen und des „Parent Motivation Inventory“ (PMI) und dessen Subskalen.....	54
Tabelle 5: Wilcoxon-Test für das „Parent Motivation Inventory“ (PMI) und dessen Subskalen im zeitlichen Verlauf	55
Tabelle 6: Kendall-Tau-b-Korrelationskoeffizient für die Outcomevariablen und das „Eltern-Belastungs-Inventar“ (EBI).....	56
Tabelle 7: F-Verteilung und F-Werte der durchgeführten Varianzanalysen (ANOVA).....	58
Tabelle 8: Übereinstimmung von Bezugspersonen und deren Kindern.	60

„Er liebt laute Musik, ballt die Faust zu dem Beat
Nickt mit, vertieft sich im Traum und entflieht
Dem Gesaue von ihm, Gerede bei Nacht
Dem Gefühl nichts wert zu sein, die Schläge danach
Seit dem Mutti weg ist, der Krebs sie nahm
Gibt es nichts mehr, Leben kotzt täglich an
Das Haus ein Gefängnis
Will einfach raus ins Gedränge
Sein Leben leben, es schaffen
Will den Applaus in der Menge
Nachts hundertausende Mengen, diese Würde und Macht
Wird geweckt, ein Knall, Dad hat den Gürtel gestrafft
Knall
Schlägt drauf ein
Knall
Reißt Haut ein
Knall
Kindheit stirbt im Nebel von ihm
Diese Wände können schreien
Ist unendlich allein
Muss ein Teil von sich töten um lebendig zu sein
Nur noch Nächte lang weinen
Liegt im Blut in der Dusche
Tod mit 14, er war so gut in der Schule
Doch er liebte die Klinge, liegt in der Klinge
Keiner würde sie je verstehen, seine Liebe zur Klinge
Sie ging ein Schritt weiter
Ein Schnitt weiter
Der beste Freund liegt ein Griff weiter“

Casper. „Rasierklingenliebe“ aus dem Album „Die Welt hört mich“

1 Einleitung

Seit 1980 wurde nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im «Diagnostic and Statistical Manual» (DSM) der amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (American Psychological Association [APA]) lediglich als ein Symptom der Borderline-Persönlichkeitsstörung benannt (American Psychiatric Association, 1986; Zetterqvist, 2015). So wurden vielen Patient:innen eine emotional-instabile Persönlichkeitsstörung, also Borderline-Persönlichkeitsstörung, oder andere komorbide Diagnosen diagnostiziert, obwohl sie nicht alle Kriterien dafür erfüllten und ihr Hauptproblem im NSSV lag (In-Albon et al., 2013). Dies führte zu ungeeigneten Behandlungen und implizierte, dass NSSV nur im Kontext mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) eine klinische Bedeutung hat (Glenn & Klonsky, 2013).

Auch Suizidalität wird oft nur als ein Symptom einer BPS oder schweren Depression gesehen, obwohl viele psychische Erkrankungen ein deutlich erhöhtes Risiko für suizidales Verhalten haben und 10% der Todesfälle durch Suizid in den USA ohne feststellbare psychische Störungen stattfinden (Oquendo & Baca-Garcia, 2014). Viele oft genannte Risikofaktoren für Suizid unterscheiden nur spärlich zwischen den Personen, die einen Suizidversuch begehen und denen, die nur darüber nachdenken (Klonsky & May, 2014) und es fehlt an geeigneten Instrumenten für die Risikoeinschätzung (Fehling & Selby, 2021).

Mit der Aufnahme von NSSV und suizidaler Verhaltensstörung (SVS) als Diagnose in die Sektion “Klinische Erscheinungsbilder mit weiterem Forschungsbedarf (Sektion III)” in der aktuellen Auflage des DSM-5 bereitet die APA erstmals den Weg für weitere Forschungsarbeiten (Plener et al., 2014). So unterstützen viele Arbeiten den Vorschlag diese Störungsbilder als eigene Einheit zu klassifizieren, um die weitere Forschung in diesem Bereich anzutreiben. Laut den Autoren führe dies unter anderem dazu, diese Krankheitsbilder besser zu verstehen, die Therapien zu optimieren und vor allem neben der Primärprävention auch die Sekundär- und Tertiärprävention zu stärken (Fehling & Selby, 2021; Glenn & Klonsky, 2013; In-Albon et al., 2013; Kaess, Brunner et al., 2013; Muehlenkamp, 2005; Oquendo & Baca-Garcia, 2014).

Weitere Forschung sollte sich aber auch auf die Rolle der Familie konzentrieren – so gibt es unzählige Studien, die auf die Bedeutung der familiären Umgebung für die Entwicklung von NSSV und suizidale Verhaltensweisen hinweisen (Bureau et al., 2010; Cassels et al., 2018; Martin et al., 2011; Mechanic & Hansell, 1989). Gleichzeitig ist die Familie jedoch die wichtigste soziale Ressource von Kindern und Jugendlichen (Burchard & Diebenbusch, 2017). Interventionen, die unter anderem die familiären Beziehungen förderten und elterliche Fähigkeiten stärkten, erwiesen sich bei der Behandlung von selbstverletzendem Verhalten bei Jugendlichen als effektiv, wobei bewährte Behandlungsansätze aufgrund von fehlenden randomisierten kontrollierten Studienergebnissen lange fehlten (Glenn et al., 2015).

Im Jahr 2017 erschienen die konsensusbasierten S2-Leitlinien (S2k) „Suizidalität im Kindes- und Jugendalter“ und „Nichtsuizidale selbstverletzende Verhaltensweisen (NSSV) im Kindes- und Jugendalter“. Diese wurden von derselben Leitliniengruppe erstellt, da sich die Publikationen zu beiden Themen überschneiden und es Gemeinsamkeiten, aber auch wichtige Unterschiede gibt. Auch dort wird die Dringlichkeit und Bedeutung von weiterer Forschung betont (Plener et al., 2017). Diese Arbeit soll die Rolle von Eltern und elterlichen Bezugsperson untersuchen und ihren Teil dazu beitragen selbstverletzendes Verhalten besser zu verstehen und den Betroffenen helfen zu können.

1.1 Selbstverletzende Verhaltensweisen und Gedanken

Mit selbstverletzenden Verhaltensweisen werden im weitesten Sinne alle Verhaltensweisen verstanden, die absichtlich durchgeführt werden - mit dem Wissen, dass sie zu einem gewissen Grad zu physischer oder psychischer Schädigung führen können oder werden (Nock, 2010). Ein anderer, in der Literatur gebräuchlicher Begriff, ist „Deliberate Self-Harm“ (DSH), welcher „alle selbstschädigenden Handlungen unberücksichtigt der suizidalen Intention beschreibt“ (Plener et al., 2017, S. 3).

Obwohl ein starker Zusammenhang zwischen, vor allem repetitiven, NSSV und suizidalem Verhalten besteht (Brunner et al., 2007), ist die Trennung zwischen nicht-suizidalem selbstverletzenden und suizidalem selbstverletzenden Verhalten sinnvoll,

da die meisten selbstverletzenden Handlungen nicht suizidal begründet sind (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007). „Diese Trennung scheint am besten anhand der Intention durch die Handlung zu sterben (dem «intent to die») möglich“ (Plener et al., 2010, S. 78).

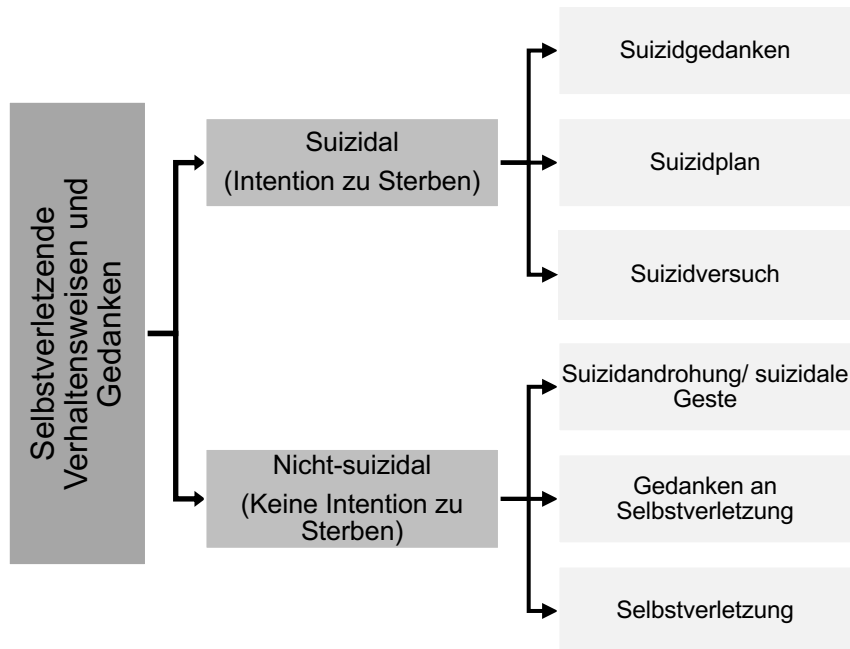


Abbildung 1: Klassifikation von selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen

Quelle: In Anlehnung an (Nock, 2010)

1.1.1 Definition

1.1.1.1 NSSV

NSSV beinhaltet Suizidandrohung bzw. suizidale Gesten, Gedanken an Selbstverletzung und Selbstverletzung unterschiedlicher Intensität (Nock, 2010). NSSV präsentiert sich dabei in vielen Formen und Arten (Kaess, Brunner et al., 2013), wobei sich selbst mit einem scharfen Gegenstand schneiden und sich selbst schlagen zu den häufigsten Methoden gehören (Jacobson & Gould, 2007). Es ist gesellschaftlich nicht akzeptiert, im Gegensatz zu, zum Beispiel Alkohol trinken, eine direkte Art der Selbstverletzung (Lloyd-Richardson et al., 2007) (Nock, 2010) und „durch eine hohe Wiederholungsrate gekennzeichnet“ (Brunner & Schmah, 2012, S. 5). Die Gedanken daran können typischerweise als Vorstufe zur eigentlichen Selbstverletzung betrachtet werden (Nock, 2010) – so lag in einer Studie die Zeitspanne zwischen Gedanken an und der ersten tatsächlichen Selbstverletzung bei 4-6 Monaten (Glenn et al., 2017).

Eine suizidale Geste beschreibt ein Verhalten, das andere glauben lässt, es bestehe der Wunsch durch ein selbstverletzendes Verhalten zu sterben, also Suizid zu begehen, obwohl dies nicht wirklich die Absicht ist (Nock, 2010).

Für die Diagnose „Nichtsuizidale Selbstverletzungen“ werden laut DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) folgende diagnostische Kriterien vorgeschlagen:

- A. Die Person hat sich im letzten Jahr an fünf oder mehr Tagen absichtlich selbst Schaden an der Körperoberfläche in einer Weise zugefügt, dass dies zu Blutungen, Blutergüssen oder Schmerz (z.B. durch Schneiden, Brennen, Stechen, Hauen, starkes Reiben) geführt hat. Dies ist in der Erwartung geschehen, dass die Verletzung nur zu geringem oder mäßigem körperlichen Schaden führt (d. h. es bestand keine suizidale Absicht).
- B. Die Person führt das selbstverletzende Verhalten mit mindestens einer der folgenden Erwartungen aus:
 - 1. Um Entlastung von negativen Gefühlen oder einem negativen kognitiven Zustand zu erleben.
 - 2. Um zwischenmenschliche Probleme zu lösen.
 - 3. Um einen positiven Gefühlszustand herbeizuführen.
- C. Die absichtliche Selbstverletzung wird von mindestens einem der folgenden Merkmale begleitet:
 - 1. Zwischenmenschliche Probleme oder negative Gefühle oder Gedanken wie Depression, Angst, Anspannung, Ärger, generalisiertes subjektives Leiden oder Selbstkritik unmittelbar vor dem selbstverletzendem Verhalten.
 - 2. Vor der Einleitung des Verhaltens besteht eine Phase des gedanklichen Verhaftetseins mit dem beabsichtigten Verhalten, welches schwer kontrolliert werden kann.
 - 3. Häufige Gedanken an Selbstverletzungen, die sich nicht im Verhalten niederschlagen müssen.
- D. Das Verhalten ist nicht sozial sanktioniert (z.B. Body-Piercing, Tattoos, Teil eines religiösen oder kulturellen Rituals) und beschränkt sich nicht auf das Aufkratzen von Schorf oder das Beißen von Nägeln.

- E. Das Verhalten oder dessen Folgen verursachen in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, ausbildungsrelevanten oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.
- F. Das Verhalten tritt nicht ausschließlich während psychotischer Episoden, eines Delirs, einer Substanzintoxikation oder einem Substanzentzug auf. Bei Personen mit einer Störung der neuronalen und mentalen Entwicklung tritt das Verhalten nicht als Teil eines Musters repetitiver Stereotypen auf. Das Verhalten kann nicht besser durch eine andere psychische Störung oder einen medizinischen Krankheitsfaktor erklärt werden (z.B. psychotische Störung, Autismus-Spektrum-Störung, Intellektuelle Beeinträchtigung, Lesch-Nyhan-Syndrom, Stereotype Bewegungsstörung mit selbstverletzendem Verhalten, Trichotillomanie [Pathologisches Haareausreißen], Dermatillomanie [Pathologisches Hautzupfen/-quetschen]).

1.1.1.2 Suizidalität

Suizidalität wird als „die Summe aller Denk- und Verhaltensweisen von Menschen oder von Gruppen von Menschen, die in Gedanken, durch aktives Handeln, durch Handeln lassen oder auch durch passives Unterlassen einer für das Leben notwendigen Verrichtung den eigenen Tod anstreben bzw. als möglichen Ausgang in Kauf nehmen“ definiert (Wolfersdorf & Franke, 2006, S. 402).

Diese Denk- und Verhaltensweisen umfassen Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche und letztlich den vollendeten Suizid. Während Suizidgedanken, -pläne, und -versuche als suizidales Verhalten beschrieben werden, ist der Suizid das absichtliche Beenden des eigenen Lebens (Nock, Borges et al., 2008). Laut Nock (2010) sind Suizidgedanken dabei nur die Gedanken daran sich umzubringen, bei einem Suizidplan wird bereits eine bestimmte Methode in Betracht gezogen und ein Suizidversuch stellt letztlich die Durchführung eines potentiell selbstverletzenden Verhaltens dar, wobei die Absicht besteht dadurch zu sterben.

33,6% der Personen mit Suizidgedanken machen einen Suizidplan, wobei die Wahrscheinlichkeit mit einem Suizidplan einen Suizidversuch zu begehen bei 50,6% liegt (Nock et al., 2009). Die Zeitspanne zwischen den ersten Gedanken und dem ersten Plan lag in der Studie von Glenn et. al. (2017) dabei zwischen 9-12 Monaten,

die Zeitspanne zwischen erstem Plan und Suizidversuch betrug ungefähr 18-24 Monate Laut APA (American Psychiatric Association, 2018) unternehmen etwa 25% bis 30% der Personen, die einen Suizidversuch unternehmen, weitere Suizidversuche.

Für die Diagnose SVS werden laut DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) folgende diagnostische Kriterien vorgeschlagen:

- A. Die Person hat innerhalb der letzten 24 Monate einen Suizidversuch unternommen.
- B. Die Tat erfüllt nicht die Kriterien für nichtsuizidale Selbstverletzungen – d.h. sie beinhaltet keine Selbstverletzungen, die der Körperoberfläche zum Zweck der Entlastung von negativen Gefühlen, von einem kognitiven Zustand oder zur Herbeiführung eines positiven Gefühls zugefügt werden.
- C. Die Diagnose bezieht sich nicht auf Suizidgedanken oder Suizidvorbereitungen.
- D. Die Tat wurde nicht während eines Delirs oder eines Zustands der Verwirrtheit initiiert.
- E. Die Tat wurde nicht ausschließlich aufgrund eines politischen oder religiösen Ziels ausgeführt.

1.1.2 Prävalenz

Daten zur Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten unter Jugendlichen sind mit 13-45% teils sehr unterschiedlich, was laut Nock (2010) unter anderem daran liegt, dass Selbstverletzung in großen epidemiologischen Erhebungen zur psychischen und physischen Erkrankungen nicht separat untersucht wurde und kleinere Studien hierzu teils unterschiedliche Definitionen von Selbstverletzung für die Generierung ihrer Daten verwendeten. Brunner et al. (2014) ermittelten die Lebenszeitprävalenz von Jugendlichen in 11 europäischen Ländern und kamen zu dem Ergebnis, dass sich mit 27,6% mehr als ein Viertel aller Jugendlichen in ihrem Leben absichtlich selbst verletzt haben, wobei 7,8% der Jugendlichen über repetitives selbstverletzendes Verhalten berichteten, wobei hier Selbstverletzung sowohl mit als auch ohne suizidale Absicht erfasst wurde.

1.1.2.1 NSSV

Muehlenkamp et al. (Muehlenkamp et al., 2012) trennten in einer Übersichtsarbeit die Studien zur Prävalenz bezüglich DSH und NSSV bei Jugendlichen, wobei sich herausstellte, dass die mittlere Lebenszeitprävalenz mit 16,1% und 18% sehr ähnlich ist. Dabei weist Muehlenkamp et al. (2012) auf die Bedeutung der Erhebung von NSSV hin: Studien, welche lediglich ein Item zur Beurteilung von NSSV abfragen, kommen auf eine durchschnittliche Lebenszeitprävalenz von 12,5%, während Studien, welche mehrere Items oder Verhaltenschecklisten verwenden, auf eine durchschnittliche Lebenszeitprävalenz von 23,6% kommen.

Während diese Daten die Prävalenz in einer nicht-klinischen Stichprobe beschreiben, zeigen klinische Daten von jugendlichen psychiatrischen Patient:innen im stationären Setting eine 12-Monats-Prävalenz von NSSV von 60% und bei repetitivem NSSV von 49,6% (Kaess, Parzer et al., 2013).

Eine Übersichtsarbeit zeigte das gehäufte Auftreten von NSSV im Jugendalter, wobei die Prävalenz bei weiblichen Jugendlichen deutlich erhöht war (Fliege et al., 2009). Dies ist im Einklang mit einer Metaanalyse, in welcher sich über alle Studien hinweg mehr weibliche als männliche Jugendliche selbst verletzen (Bresin & Schoenleber, 2015). NSSV beginnt oft zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr (Nock, 2010), einem Häufigkeitsgipfel um das 15./16. Lebensjahr und „mit nachfolgender Reduktion der Zahl der Betroffenen um das 18. Lebensjahr“ (Plener et al., 2017, S. 3).

1.1.2.2 Suizidalität

Vollendete Suizide sind bei Jugendlichen im Vergleich zu Erwachsenen deutlich seltener – von 9206 Suiziden im Jahr 2020 fielen nur 180 auf die Altersgruppe zwischen 10 und 20 Jahren (Statistisches Bundesamt, o. J.). Trotzdem sind suizidale Gedanken und Verhaltensweisen unter Jugendlichen kein seltenes Phänomen. Während der Adoleszenz und dem jungen Erwachsenenalter steigt das Risiko des Auftretens von Suizidgedanken stark an und stabilisiert sich später (Nock et al., 2009). Studien zur Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken bei Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren geben Werte zwischen 19,8% und 24% an, wohingegen die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen zwischen 3,1% bis 8,8% liegt (Nock, Borges et al., 2008).

Bezüglich der Geschlechterverteilung zeigt sich, dass die Suizidrate bei Männern überwiegt, während suizidales Verhalten bei Frauen häufiger auftritt (Nock et al., 2009; Wolfersdorf & Franke, 2006).

1.1.3 Risikofaktoren

1.1.3.1 NSSV

Es gibt viele Risikofaktoren für die Entstehung von NSSV. Diese lassen sich laut Petermann und Nitkowski in die vier Bereiche einteilen: Soziodemografische, neurobiologische, biografische sowie psychopathologische Risikofaktoren (F. Petermann & Nitkowski, 2011).

Tabelle 1: Zentrale Risikofaktoren für selbstverletzendes Verhalten

<p>Soziodemographisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jugendalter • Weibliches Geschlecht • Arbeitslosigkeit • Keine Partnerschaft • Familienmitglieder, Freunde oder Bekannte zeigen selbstverletzendes Verhalten 	<p>Neurobiologisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Störung des Opioidsystems • Störung des serotonergen Systems • Störung des adrenergen Systems • Störungen der Schmerzverarbeitung (ergänzt)
<p>Biographische Belastungen in der Kindheit:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Psychische Probleme eines Elternteils • Gesundheitsprobleme in der Familie • Instabilität der familiären Beziehungen • Physische Vernachlässigung • Physische Misshandlung • Sexueller Missbrauch 	<p>Psychopathologisch:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Drogeneinnahme • Niedriger Selbstwert • Angstsymptome • Depressive Symptome • Aggressivität/Feindseligkeit • Hoffnungslosigkeit • Dissoziative Erlebnisse

Quelle: In Anlehnung an (F. Petermann & Nitkowski, 2011), ergänzt von (Brunner & Schmahl, 2012)

Während soziale Faktoren wie die schulische Situation (z.B. Schultyp oder schlechte schulische Leistungen) bzw. familiäre Situation (z.B. Gesundheitsprobleme der Eltern und/oder Kinder) mit nur gelegentlichem NSSV assoziiert zu sein scheinen, spielen bei repetitiven NSSV eher psychologische bzw. psychopathologische Aspekte (wie Angstzustände und depressive Symptome, aber auch aggressiv-impulsives Verhalten) eine größere Rolle, auch wenn diese sowohl bei gelegentlicher als auch bei repetitiver Selbstverletzung vorzufinden sind (Brunner et al., 2007).

Besonders auffällig ist das gehäufte Auftreten von belastenden traumatischen Erfahrungen in der Kindheit als Risikofaktor – Fliege et al. (2009) zeigte, dass dieses Thema mehrheitlich in den vorliegenden Studien von Bedeutung ist. So waren neben psychischen Erkrankungen der Eltern, elterlicher Trennung und früher bzw. längerer Trennung von einem Elternteil, besonders emotionale Vernachlässigung und psychischer oder physischer Missbrauch, insbesondere sexueller Missbrauch, besonders häufig mit NSSV assoziiert. Zu ähnlichen Resultaten kommen auch andere Studien, die den Einfluss von Misshandlung und anderen traumatischen Ereignissen in der Kindheit untersuchten (Martin et al., 2016; Wan et al., 2019; Yates et al., 2008). Diese sind oft mit einer schlechten Eltern-Kind-Beziehung assoziiert, was als „hidden relational trauma“ bezeichnet werden kann (Martin et al., 2016). Diese Beziehungstraumata wiederum sind besonders relevant für eine dysregulierte emotionale Entwicklung (Schore, 2001), welche nicht nur bei selbstverletzendem Verhalten eine Rolle spielt, sondern auch die Wahrscheinlichkeit für andere psychische Erkrankungen wie Depression, Angststörung oder externalisierende Störungen erhöht (Nock, 2010).

1.1.3.2 Suizidalität

Hinsichtlich der Risikofaktoren für Suizide und suizidales Verhalten gibt es eine große Überschneidung mit den Risikofaktoren für NSSV. Laut einer systematischen Übersichtsarbeit von Nock, Borges et al. (2008) spielen demographische, psychiatrische, psychologische und biologische Faktoren aber auch belastende Lebensereignisse eine Rolle.

Wie bereits die Daten der Prävalenz zeigen, treten Suizide eher bei männlichen Personen und suizidales Verhalten eher bei weiblichen Personen auf. Das weibliche Geschlecht, jüngeres Lebensalter, unverheiratet sein, schlechte Bildung und Arbeitslosigkeit gelten dabei als demographische Risikofaktoren für suizidales Verhalten (Nock, Borges et al., 2008).

Auch psychische Erkrankungen stellen bei suizidalem Verhalten sehr häufige Komorbiditäten dar (American Psychiatric Association, 2018) und gelten als eines der am häufigsten genannten Risikofaktoren, wobei das Vorhandensein von mehreren psychischen Störungen ein besonders hohes Risiko für suizidales Verhalten birgt

(Nock, Borges et al., 2008). Psychopathologische Befunde wie Hoffnungslosigkeit und Aggressivität spielen nicht nur NSSV (F. Petermann & Nitkowski, 2011), sondern auch bei suizidalem Verhalten eine Rolle, was möglicherweise darin begründet ist, dass sie die psychische Belastung so sehr erhöhen, bis die Person nur noch den Suizid als Ausweg sieht (Nock, Borges et al., 2008).

Neben dem Nachweis einer erblichen Komponente, insbesondere durch Vererbung psychischer Störungen und dem damit erhöhten Risiko für suizidales Verhalten und Suizid, haben laut der Auswertung von Nock, Borges et al. (2008) auch neurobiologische Faktoren, insbesondere Störungen des serotonergen Systems, einen wichtigen Einfluss auf suizidales Verhalten. Auch bei diesem Risikofaktor findet sich eine Überschneidung zu NSSV.

Belastende, traumatische Erfahrungen in der Kindheit sind bei der Ätiologie von NSSV von großer Bedeutung und können zu einer dysregulierten emotionalen Entwicklung führen (siehe Kapitel 1.1.3.1.) führen. Neben diesen länger zurückliegenden Erfahrungen haben bei suizidalem Verhalten, aber auch aktuelle belastende Lebensereignisse, wie beispielsweise familiäre Konflikte oder Probleme mit dem Gesetz, eine große Relevanz: Der dadurch ausgelöste Stress erhöht bei vorhandener Disposition, im Sinne eines Diathese-Stress-Modells, das Risiko für suizidales Verhalten (Nock, Borges et al., 2008).

Jedoch überschneiden sich die Risikofaktoren für NSSV und Suizidalität nicht nur, sondern NSSV selbst kann auch als Risikofaktor angesehen werden. NSSV gilt dabei als ein signifikanter Prädiktor für nachfolgende Suizidversuche (Wilkinson et al., 2011). Dieser Zusammenhang nimmt mit der Häufigkeit von NSSV zu und betrifft sowohl Suizidgedanken als auch Suizidversuche (Lloyd-Richardson et al., 2007). Eine Erklärung hierfür ist, dass die Fähigkeit zum Suizid "erlernt" ist, da grundsätzlich jeder einen Drang zum Selbsterhalt hat. Durch furchteinflößende und schmerzhaft Erfahrungen, wie zum Beispiel auch NSSV, wird diese "Hürde" allmählich reduziert und es kommt zur Gewöhnung und Toleranz (Joiner et al., 2009).

1.1.4 Psychiatrische Komorbiditäten

1.1.4.1 NSSV

Laut einer systematischen Übersichtsarbeit sind die beiden häufigsten psychischen Komorbiditäten, mit einem Anteil von über 40%, die affektiven, vor allem unipolar depressive Störungen und die Persönlichkeitsstörungen, wobei hier vor allem die BPS zu nennen ist (Nitkowski & Petermann, 2011). Aber auch externalisierende Störungen und Substanzmissbrauch bzw. Substanzabhängigkeitsstörungen sind bei knapp einem Viertel der Patient:innen vertreten (Nitkowski & Petermann, 2011). Dabei ist es wichtig zu betonen, dass NSSV kein eindeutiger Indikator für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung ist, wie sich vielleicht aus den diagnostischen Kriterien vermuten lässt (Nitkowski & Petermann, 2011). Auch wenn 90% der Patient:innen mit BPS NSSV aufweisen, erfüllt nur ein weitaus geringer Anteil der Patient:innen mit NSSV die Kriterien für diese Persönlichkeitsstörung (Nitkowski & Petermann, 2011). Dies verdeutlicht nochmals die Wichtigkeit, NSSV als ein eigenständiges Krankheitsbild anzusehen und trotzdem bei der Diagnostik auf weitere Störungen zu achten, um einen adäquaten Behandlungsplan zu erstellen (Nitkowski & Petermann, 2011).

1.1.4.2 Suizidalität

Auch „suizidales Verhalten manifestiert sich selten bei Personen, die keine erkennbaren pathologischen Merkmale aufweisen“ (American Psychiatric Association, 2018, S. 1099). Mehr als 90% aller Personen leiden zum Zeitpunkt ihres Suizids an einer psychischen Erkrankung (Nock, Borges et al., 2008; Wolfersdorf & Franke, 2006). Zu den psychischen Komorbiditäten zählen vor allem bipolare Störungen, Major Depression, Schizophrenie, Schizoaffektive Störung, Angst- und Belastungsstörungen, Störungen im Zusammenhang mit psychotropen Substanzen (insbesondere Alkoholkonsumstörung), BPS, Antisoziale Persönlichkeitsstörung, Essstörungen und Anpassungsstörungen (American Psychiatric Association, 2018).

1.1.5 Motive und Funktionen selbstverletzenden Verhaltens

Selbstverletzendes Verhalten wird laut Nocks Model (2010) durch vier verstärkende Prozesse aufrechterhalten. Dabei muss zwischen positiver und negativer Verstärkung und zwischen inter- und intrapersonellen Ereignissen unterschieden werden.

Auf intrapersoneller/automatischer Ebene kann selbstverletzendes Verhalten negativ verstärkend wirken, indem es eine sofortige Reduzierung von aversiven Gedanken und Gefühlen, wie z.B. Wut oder Anspannung bewirkt – es kann jedoch auch positiv verstärkend wirken, indem es zu einer Zunahme von gewünschten Gedanken oder Gefühlen wie etwa Zufriedenheit durch Selbstbestrafung oder dem Gefühl von “sich spüren“ bewirkt.

Auf interpersoneller/sozialer Ebene hingegen sorgt eine Zunahme von gewünschten sozialen Ereignissen, wie z.B. Aufmerksamkeit und Unterstützung, durch das selbstverletzende Verhalten für eine positive Verstärkung. Demgegenüber steht die interpersonelle negative Verstärkung, indem das Verhalten eine Abnahme unerwünschter sozialer Situation, wie z.B. Mobbing oder elterlicher Streit, bewirkt.

All dem Voraus gehen Probleme bei der Regulierung von affektiven bzw. kognitiven Zuständen bzw. der Beeinflussung der sozialen Umgebung im Allgemeinen. Dabei scheint der Emotionsregulierung eine besonders bedeutsame Rolle zu spielen (Klonsky, 2007). Mit Emotionsregulierung werden Prozesse beschrieben, die der „mentalen Verarbeitung emotionaler Zustände dienen“ - durch diese wird das Entstehen, die Bewertung, der Verlauf und sowie der Ausdruck von Emotionen beeinflusst (In-Albon et al., 2015, S. 388). Schwierigkeiten bei der Emotionsregulierung entstehen laut Nocks Model (2010) aufgrund verschiedener Vulnerabilitätsfaktoren wie Misshandlung oder Missbrauch in der Kindheit, familiärer Feindseligkeit oder Kritik aber auch einer genetischen Prädisposition für eine hohe emotionale und kognitive Reaktivität.

1.1.6 Klinisches Prozedere

1.1.6.1 Notfallversorgung

NSSV und Suizidalität sind ein häufiger Grund für eine notfallmäßige Vorstellung in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In einer Studie der Klinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg konnte gezeigt werden, dass über den Beobachtungszeitraum von vier Jahren nicht nur die allgemeine Anzahl an notfallmäßigen Vorstellungen, sondern besonders die Vorstellung aufgrund von NSSV und Suizidgedanken zugenommen hat (Kandsperger, Jarvers, Schleicher et al., 2021). Auch in einer Studie von Franzen et. al. (Franzen et al., 2020) waren NSSV und Suizidalität die Hauptgründe für die Vorstellung in der kinder- und jugendpsychiatrischen Notaufnahme.

Die wachsende Zahl an Patient:innen stellt, insbesondere für die Notaufnahme, eine Herausforderung dar und erfordert eine gute strukturelle und organisatorische Vorbereitung (Kandsperger, Jarvers, Schleicher et al., 2021). Die Handlungsempfehlungen der beiden klinischen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (Becker, Adam et al., 2017; Plener et al., 2017) können dabei bei der Priorisierung des Vorgehens unterstützen: Nach somatischer Versorgung etwaiger Verletzungen sollte eine fachkundige psychopathologische Befundhebung durchgeführt werden. Dabei ist es besonders wichtig in einem vertrauensvollen anamnestischen Gespräch die Suizidalität einzuschätzen und akute Suizidalität und damit akute Selbstgefährdung auszuschließen.

„Unter akuter Suizidalität versteht man das Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder drängender Suizidgedanken mit unmittelbar drohender Suizidhandlung und zur Verfügung stehender Mittel“ (Becker, Adam et al., 2017, S. 487). Bei akuter Suizidalität muss eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleitet werden. Erst im Anschluss folgt die Erfassung von krisenauslösenden Faktoren, psychischen Störungen, Risikofaktoren und belastenden bzw. unterstützenden Umweltfaktoren.

Hinsichtlich der weiteren Behandlung ist eine ambulante Therapie „vor dem Hintergrund der Prämisse des geringstmöglichen Eingriffes in das Alltagsleben und dem Erhalt des höchstmöglichen Funktionsniveaus sowie der Kontinuität familiärer und sozialer Beziehungen“ (Plener et al., 2017, S. 6) zu bevorzugen. Das setzt jedoch Absprachefähigkeit, ein stabiles Umfeld, gute Compliance und ein ausreichendes Funktionsniveau voraus. Ein wichtiges Hilfsmittel, insbesondere für die ambulante Behandlung, ist dabei ein Sicherheitsplan (Safety-Plan). Die Safety-Planning-Intervention hat ihren Ursprung in der kognitiven Verhaltenstherapie (Brown et al., 2005) und konnte in Studien mit suizidalen Patient:innen ihre Effektivität zur Reduktion des Suizidrisikos zeigen (Stanley et al., 2016; Stanley & Brown, 2012). Der Safety-Plan wird zusammen mit den Patient:innen erstellt und es werden die persönlichen Warnzeichen (z.B. bestimmte Stimmungen oder Situationen) einer drohenden suizidalen Krise sowie Bewältigungsstrategien erarbeitet. Die Bewältigungsstrategien umfassen dabei sowohl eigene Coping-Strategien als auch externe Unterstützungsquellen, also beispielsweise Freunde und Familie, aber auch professionelle Hilfe (Stanley & Brown, 2012). Der erarbeitete Plan wird den Patient:innen mitgegeben und soll beim Auftreten von Suizidgedanken, aber auch Gedanken an NSSV, die Sicherheit für die Patient:innen, die Familie aber auch das therapeutische Team erhöhen und die Kontaktaufnahme zu diesem erleichtern.

1.1.6.2 Psychotherapie und Psychopharmakologie

Laut den Leitlinien ist die Anzahl von Therapiestudien zu NSSV gering (Plener et al., 2017) und auch „die Wirksamkeit spezifischer psychotherapeutischer Verfahren auf die Reduktion suizidalen Verhaltens bei Jugendlichen ist noch unzureichend untersucht“ (Becker, Kaess et al., 2017, S. 492). Beide Leitlinien nennen in Bezug auf psychotherapeutische Verfahren die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A), die kognitive Verhaltenstherapie und die mentalisierungsbasierte Therapie. Hinweise auf die Effektivität dieser Interventionen wurden auch in einer Metaanalyse zu therapeutischen Interventionen bei suizidalen und nicht-suizidalen Selbstverletzungen bei Jugendlichen aufgezeigt (Ougrin et al., 2015).

Kernelemente einer psychotherapeutischen Behandlung bei NSSV sind laut Plener et al. (2017) klare Absprachen zum Vorgehen bei Suizidalität und NSSV, Psychoedukation, Vermitteln von alternativen Handlungs- oder Konfliktlösestrategien

zu NSSV und die Beachtung und leitliniengerechte Mitbehandlung psychischer Störungen, aber auch Aufbau einer Behandlungsmotivation und Identifikation von Faktoren, die NSSV auslösen oder aufrechterhalten.

Bei suizidalem Verhalten empfiehlt die Leitlinie die Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen, eine Behandlerkontinuität, eine Reduktion von Belastungsfaktoren und ein Miteinbeziehen der Familie in die psychotherapeutische Intervention (Becker, Adam et al., 2017). So zeigten Therapien mit einer starken familiären Komponente auch in der Metanalyse von Ougrin et al. (2015) eine deutliche Reduktion von selbstverletzendem Verhalten.

Laut Leitlinie wird bei NSSV aufgrund einer unzureichenden Datenlage bei Jugendlichen eine spezifische adjuvante psychopharmakologische Behandlung nicht empfohlen. Im klinischen Alltag kann jedoch bei starken Anspannungszuständen die Notwendigkeit sedierender Substanzen notwendig werden, wobei hier niedrigpotente Antipsychotika der Gabe von Benzodiazepinen vorzuziehen sind (Plener et al., 2017). Bei akuter Suizidalität können laut Leitlinie beide Substanzgruppen, also niedrigpotente Antipsychotika oder Benzodiazepine, genutzt werden. Zur längerfristigen Suizidprävention bei psychischen Grunderkrankungen wird die Durchführung einer Erhaltungstherapie bzw. Rezidivprophylaxe mit Antikonvulsiva aber auch Antidepressiva empfohlen (Becker, Adam et al., 2017).

1.2 Familiäre Faktoren

Die familiäre Umgebung sollte nicht nur als Risikofaktor für die Entstehung von selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen gesehen werden, sondern auch als Ansatz und Chance für eine erfolgreiche Therapie. Dabei ist wichtig, dass Faktoren wie elterliche Belastungen und die daraus folgenden Probleme einen großen Einfluss auf die Behandlung ihrer Kinder haben kann. Im folgenden Abschnitt soll die elterliche Belastung sowohl als Ursache als auch als Folge von selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen betrachtet und auf die Hürden und Möglichkeiten der Teilnahme an der Therapie ihrer Kinder eingegangen werden.

1.2.1 Elterliche Belastung

Die Interaktion zwischen Eltern und Kindern ist dynamisch und bidirektional (Irlbauer-Müller et al., 2018), das heißt, durch sie wird sowohl kurzfristiges Verhalten als auch die langfristige Entwicklung beider Seiten beeinflusst und es kann dabei zu einem positiven, also funktionalen und adaptiven, aber auch zu einem negativen, das heißt dysfunktionalen bzw. maladaptiven, Entwicklungsprozess kommen. In diesem Zusammenhang spielt die elterliche Belastung eine große Rolle.

Elterliche Belastung wird als Missverhältnis von wahrgenommenen Ressourcen (Wissen und Alltagskompetenzen) und Anforderungen an die elterliche Rolle definiert (Deater-Deckard, 1998). Dabei setzt sich die Belastung aus eltern- sowie kindbezogenen Belastungsquellen zusammen. Eine differenzierte Erfassung der elterlichen Belastung ist wichtig, da Eltern mit vorrangig hoher elternbezogener Belastung andere Unterstützung benötigen als Eltern mit hoher kindbezogener Belastung (Irlbauer-Müller et al., 2018).

Mit den Bestandteilen dieser Belastungsquellen, deren Einfluss auf die elterliche Belastung und das daraus resultierende Erziehungsverhalten beschäftigte sich Abidin (1990a) bereits 1978 bei der Entwicklung des Parenting Stress Index (PSI) (Abidin, 1983), welcher erstmals 1983 veröffentlicht wurde und auch als Vorlage für das Eltern-Belastungs-Inventar (EBI) (siehe Kapitel 2.4.1.6) diente.

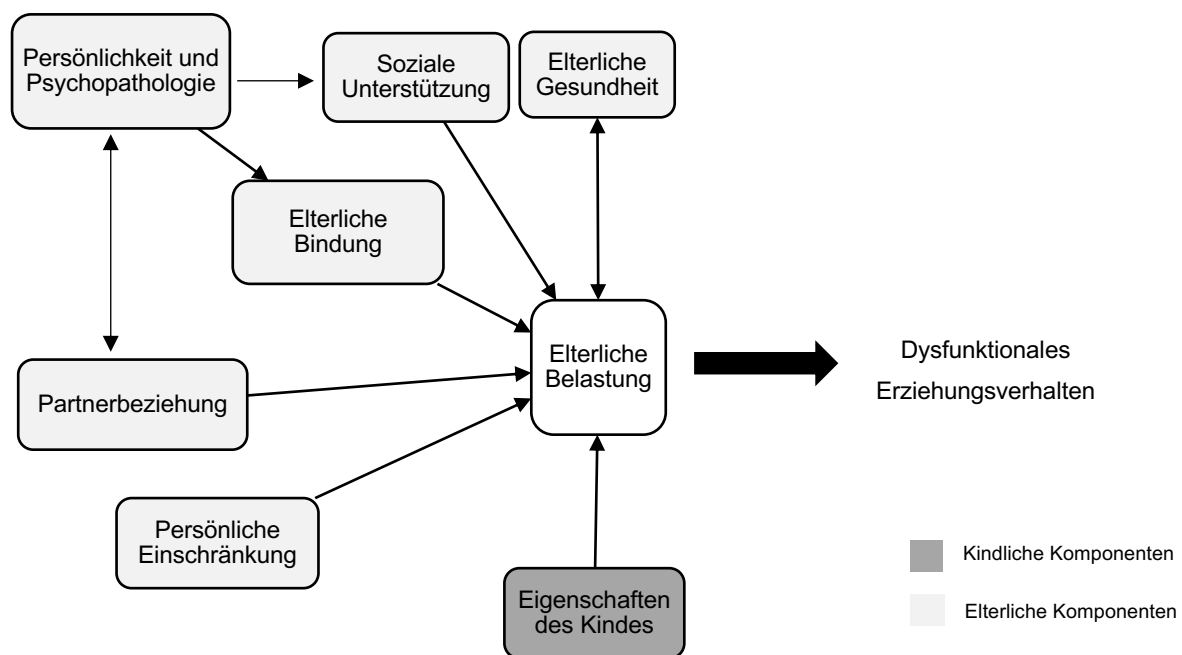


Abbildung 2: Einflussfaktoren auf die elterliche Belastung

Quelle: In Anlehnung an (Abidin, 1990b)

Dabei stehen eltern- und kindbezogene Belastungsquellen in einem engen Zusammenhang: Eltern mit elternbezogener elterlicher Belastung erleben auch verstärkt kindbezogene elterliche Belastung (Irlbauer-Müller et al., 2018) und dies äußert sich wiederum in einer stärkeren Ausprägung der kindlichen psychischen Symptome, wobei dieser Zusammenhang bei psychisch kranken Eltern, also bei höherer elternbezogener elterlicher Belastung, noch zunimmt (Stadelmann et al., 2010).

1.2.1.1 Entstehung elterlicher Belastung

Das Stressempfinden ist subjektiv – dies postulierte Lazarus bereits 1984 in seinem transaktionalen Stressmodell (Lazarus & Folkman, 2015). Dabei werden die Reize aus der Umwelt von einer Person wahrgenommen und als positiv, belastend oder irrelevant bewertet, wobei belastend laut Lazarus in Herausforderung, Bedrohung und Schaden eingeteilt werden kann.

Wird der Reiz als belastend bewertet, erfolgt eine sekundäre Bewertung anhand subjektiver Einschätzung vorhandener Ressourcen. Mangelt es an Ressourcen zur

Bewältigung der belastenden Situation, empfindet die Person Stress – wichtig ist dabei, dass sowohl die Bewertung des Reizes als auch die Bewertung der Ressourcen subjektiv ist. „Elterliche Belastung als auch die Elternsicht auf die kindseitige Symptomatik müssen als Ergebnis individueller Stressverarbeitung des betreffenden Elternteils reflektiert werden“ (Irlbauer-Müller et al., 2018, S. 47).

Im Hinblick auf zur Verfügung stehende Ressourcen spielen kritische Lebensereignisse eine wichtige Rolle. Als kritische Lebensereignisse werden klar einschneidende Ereignisse bezeichnet, „eine qual.-strukturelle Anpassungsleistung erfordern und eine nachhaltige emot. Reaktion (Emotionen) auslösen“ (Dorsch, 2021). Dies kann eine Geburt/Schwangerschaft, der Verlust des Arbeitsplatzes, eine längere Krankheit, eine Scheidung, usw. sein. Diese kritischen Lebensereignisse verbrauchen Ressourcen, die dann wiederum an anderer Stelle fehlen und somit die elterliche Belastung erhöhen (Irlbauer-Müller et al., 2018).

1.2.1.2 Folgen elterlicher Belastung

Erhöhte elterliche Belastung bzw. Stress reduziert wiederum die Möglichkeit des familiären Systems mit anderen Belastungen (wie zum Beispiel kindlichen Verhaltensstörungen) umzugehen und steht selbst im Zusammenhang mit Verhaltensstörungen (u.a. internalisierende und externalisierende Störungen) bei Kindern (Semke et al., 2010). Dabei konnte Irlbauer-Müller et al. (2018) zeigen, dass gerade Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit einem besonders hohen Gesamtwert im EBI und damit einer besonders hohen Gesamtbelastung einhergehen (siehe Abbildung 3). Der Effekt der elterlichen Belastung auf das Verhalten der Kinder ist dabei größer als der Effekt des Verhaltens der Kinder auf die elterliche Belastung (Pesonen et al., 2008).

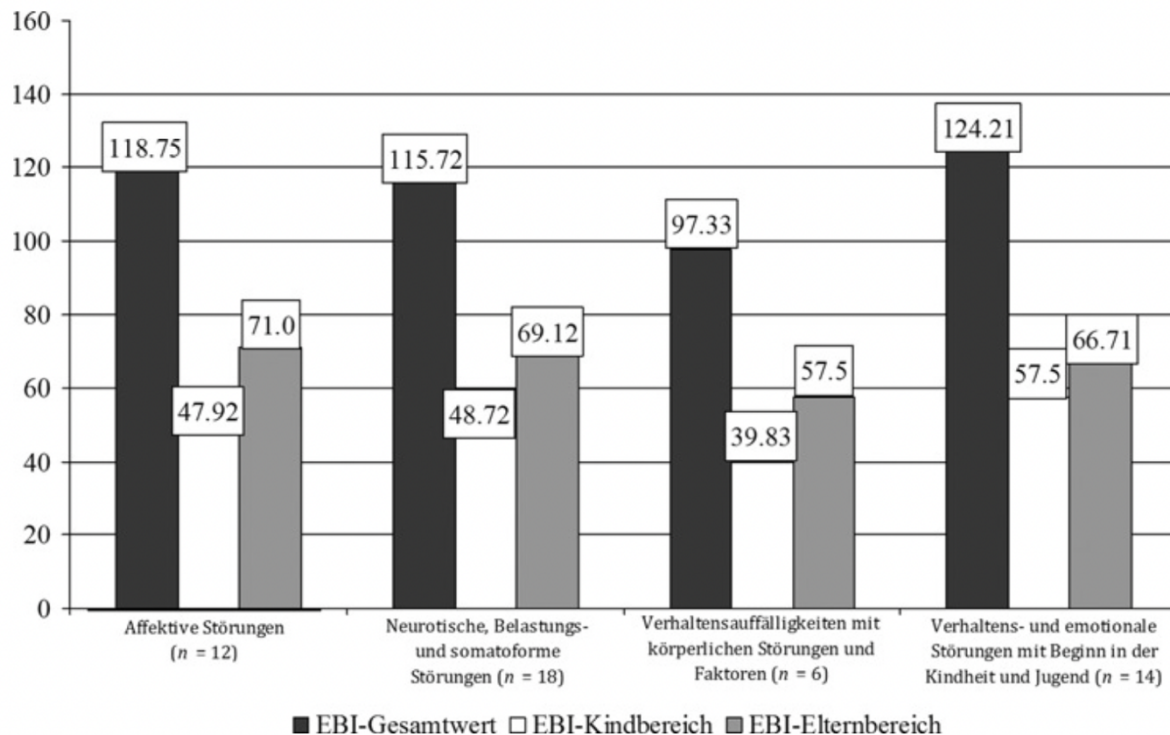


Abbildung 3: Mittlere elterliche Belastungswerte für spezifische ICD-10-Diagnosegruppen.

Quelle: (Irlbauer-Müller et al., 2018)

Inwieweit sich die elterliche Belastung auf die Entwicklung der Kinder auswirkt, lässt sich auch anhand des Risiko-Schutzfaktoren-Modells (U. Petermann & Petermann, 2005) erklären. Dabei spielen die Begriffe Vulnerabilität und Resilienz eine entscheidende Rolle.

Vulnerabilität beschreibt dabei die Empfindlichkeit gegenüber Risikofaktoren, die vor allem sozioökonomische Faktoren und familiäre Belastungen umfassen (U. Petermann & Petermann, 2005). Die Vulnerabilität wird u.a. von genetischen Dispositionen und Merkmale wie zum Beispiel dem Aktivitätsniveau, der Ablenkbarkeit oder der Intelligenz eines Kindes bestimmt (U. Petermann & Petermann, 2005). Die Belastung der Eltern führt oft zu unzureichender Feinfühligkeit der Eltern gegenüber dem Kind, zu Zurückweisung des Kindes und inkonsistenter Erziehung, was wiederum zu einer ungünstigen sozial-emotionalen Entwicklung führt (U. Petermann & Petermann, 2005). Armut und ein niedriger sozioökonomischer Status begünstigen dieses ungünstige Familienklima und problematische Erziehungsverhalten (U. Petermann & Petermann, 2005).

Demgegenüber steht die Resilienz, also der „Widerstandsfähigkeit gegen die negativen Auswirkungen von Risikofaktoren“ (U. Petermann & Petermann, 2005, S. 39). Die Resilienz wird dabei von Schutzfaktoren beeinflusst, welche sich aus drei Bereichen zusammensetzen: Merkmale des Kindes (u.a. positives Temperament, positive Selbsteinschätzung und intellektuelle Fähigkeiten), Merkmale der Familie (vor allem familiäre Kohärenz, emotionale Wärme und Harmonie) und Merkmale der außerfamiliären sozialen Umwelt (positive Schulerfahrungen oder das Vorhandensein von außerfamiliären Vorbildern und positiven Sozialkontakten) (U. Petermann & Petermann, 2005). Auch neurobiologische und geschlechtsspezifische Einflussfaktoren werden diskutiert: So zeigte sich nach U. Petermann & Petermann (2005), dass Mädchen in der Kindheit zunächst eine höhere Widerstandsfähigkeit haben, sich dies aber im Jugendalter umkehrt und vor allem besonders früh sich entwickelnde Mädchen von Entwicklungs- und Verhaltensstörungen betroffen sind.

Somit ist die elterliche Belastung ein Risikofaktor sowohl für die elterliche als auch die kindliche psychische Gesundheit und bereitet den Nährboden für ein dysfunktionales Familiensystem. Dieses dysfunktionale Familiensystem wird von den Kindern, wie bereits vorher erwähnt, als ein Beziehungstrauma empfunden (Martin et al., 2016) und fördert eine dysregulierte emotionale Entwicklung mit erlernten mangelhaften Copingstrategien. NSSV kann dabei als dysfunktionale Copingstrategie betrachtet werden (Muehlenkamp & Gutierrez, 2007) und etliche Arbeiten belegen den Zusammenhang zwischen einem dysfunktionalem Familiensystem bzw. einer dysfunktionalen Eltern-Kind-Beziehung und späterem NSSV (u.a. Baetens et al., 2015; Cassels et al., 2018; Gatta et al., 2017; Tatnell et al., 2014; Victor et al., 2019) und suizidalem Verhalten (Sheftall et al., 2013; Wilkinson et al., 2011).

1.2.2 Eltern als Teil der Therapie

Die Eltern sind ein wichtiger Bestandteil der Therapie bei Kindern und Jugendlichen: Zum einen tragen sie eine große Verantwortung für die Teilnahme ihrer Kinder an der Therapie und deren Adhärenz (Nock & Ferriter, 2005). Zum anderen beeinflusst die Einstellung der Eltern gegenüber der Therapie die Kinder und deren Entscheidungen selbst (Clarke et al., 2004).

1.2.2.1 Behandlungsbarrieren

40-60% der Kinder und Jugendlichen, die eine ambulante Therapie starten, verlassen diese vorzeitig und gegen ärztlichen Rat (Kazdin, Holland, Crowley et al., 1997).

Dabei konnten bereits früh familiäre, elterliche und kindsbezogene Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch erfasst werden:

Tabelle 2: Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch

<u>Familie</u>	<ul style="list-style-type: none">• Alleinerziehend• Junge Mutter• Nicht-biologisches Elternteil als Familienoberhaupt• Geringes Einkommen• Schlechte Wohnverhältnisse• Ungünstige Erziehungsmethoden
<u>Eltern</u>	<ul style="list-style-type: none">• Empfundener Stress• Kritische Lebensereignisse• Antisoziales Verhalten in der Vorgeschichte der Mutter
<u>Kind</u>	<ul style="list-style-type: none">• Schweres und chronisches antisoziales Verhalten• Niedrigerer IQ• Verzögerte Schullaufbahn• Antisoziale Peergruppen

Quelle: In Anlehnung an (Kazdin & Mazurick, 1994)

Dabei scheint nicht ein einzelner Faktor von Bedeutung zu sein, sondern vielmehr die Anhäufung von mehreren Faktoren. Da die Prädiktoren jedoch allein nicht mit einem besseren Verständnis einhergehen, warum Familien eine Therapie frühzeitig abbrechen oder wie ihnen am besten geholfen werden kann, entwickelte Kazdin et al. (1997) ein Modell der Behandlungsbarrieren:

Dieses geht davon aus, dass Familien im Hinblick auf die Behandlung mehreren Hürden gegenüberstehen und diese das Risiko für einen Behandlungsabbruch erhöhen. Dabei handelt es sich um praktische Hürden, aber auch um das Empfinden, dass die Behandlung anstrengend und nur von geringer Bedeutung für kindlichen Probleme ist sowie einer schlechten Beziehung zum Therapeuten.

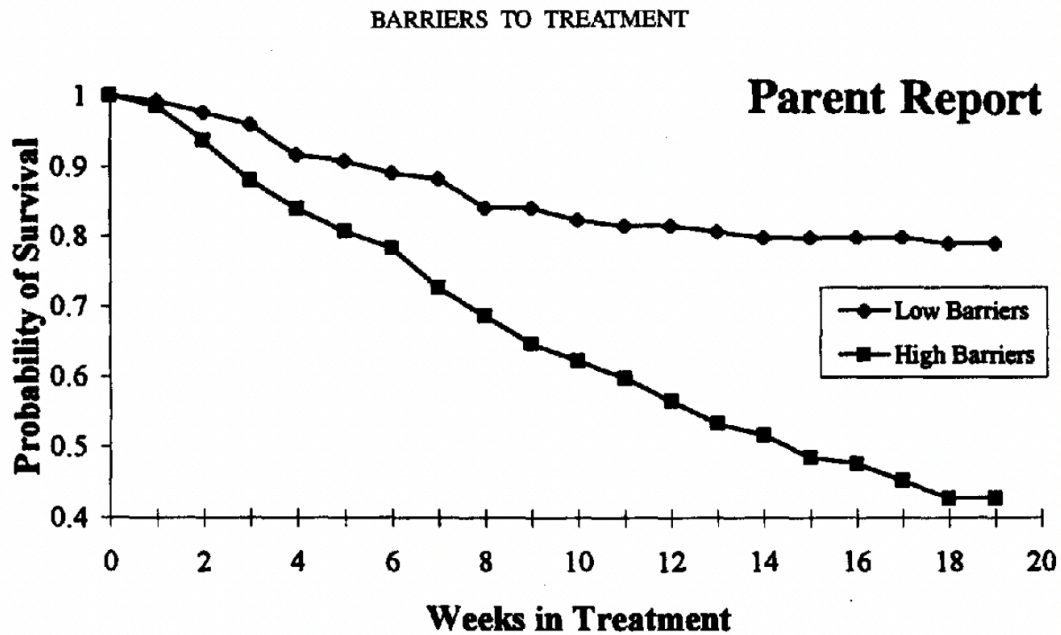


Abbildung 4: Einfluss von Behandlungshürden auf die Therapietreue

Quelle: (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997)

Kazdin et al. (1997) konnten bei Kindern mit antisozialem und aggressivem Verhalten zeigen, dass Behandlungsbarrieren mit einem Behandlungsabbruch assoziiert sind, und zwar auch unabhängig von erhobenen Risikofaktoren. Sind jedoch Risikofaktoren vorhanden, können geringere Hürden als ein gewisser Schutzfaktor vor einem Behandlungsabbruch dienen.

1.2.2.1.1 Rolle der Motivation

Die Motivation ist bei der Therapie von Erwachsenen ein Schlüsselfaktor und ein Fehlen von dieser führt zu schlechteren Outcomes, geringerer Teilnahme und zu einem vorzeitigen Behandlungsabbruch (Nock & Photos, 2006). Bei Kindern und Jugendlichen spielt hingegen die Motivation der Eltern für die Behandlung eine entscheidende Rolle für die Therapieteilnahme und -umsetzung. Die Eltern suchen in der Regel nicht nur initial Hilfe und leiten die Behandlung in die Wege, sondern sind auch für den weiteren Behandlungsverlauf (Einwilligungen, Behandlungsteilnahme, usw.) verantwortlich (Nock & Ferriter, 2005).

Diesen Zusammenhang bekräftigten Nock & Photos (2006), indem sie zeigen konnten, dass die Zunahme der elterlichen Motivation eine geringere Wahrnehmung von Behandlungsbarrieren voraussagt und somit mit einer höheren Behandlungsteilnahme assoziiert ist. Dabei scheint die Dynamik der Motivation wichtiger zu sein als das Level der Motivation zu Beginn oder während der Behandlung.

Die Motivation der Eltern setzt sich dabei aus drei Komponenten zusammen: Dem Wunsch nach Veränderung des Kindes, der Bereitschaft das Erziehungsverhalten zu ändern und der wahrgenommenen Fähigkeit, das Erziehungsverhalten zu ändern.

Die wahrgenommene Fähigkeit das Erziehungsverhalten zu ändern, also die Selbstwirksamkeit, wird auch durch Stress negativ beeinflusst. Gestresste Eltern haben ein geringeres Gefühl von Selbstwirksamkeit und engagieren sich deshalb weniger. Somit wirkt das Selbstwirksamkeitsgefühl als Mediator zwischen elterlichem Stress und familiärem Engagement (Semke et al., 2010).

1.2.2.1.2 Erwartungen an die Therapie

Um eine Therapie in die Wege zu leiten und regelmäßig daran teilzunehmen, ist nicht nur Motivation nötig. Die Eltern müssen überzeugt sein, dass die Therapie einen Nutzen hat. Nock et al. (2001) untersuchte den Einfluss von Faktoren auf die elterliche Erwartungen an die Therapie und in wie weit diese Erwartungen die Therapie beeinflussen: So sind, ähnlich den Risikofaktoren für einen frühzeitigen Behandlungsbruch, die sozioökonomische Belastung, die Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit, die Schwere der kindlichen Störung, das Alter des Kindes sowie Stress und Depression der Eltern Prädiktoren für geringere Erwartungen an die Behandlung. Diese geringen Erwartungen spiegeln sich später als Behandlungshürden wider und beeinflussen die Behandlungsteilnahme, die Anwesenheit bei der Behandlung als auch das frühzeitige Abbrechen der Behandlung.

1.2.2.2 Einfluss auf das Behandlungsergebnis

Auch im Hinblick auf das Outcome konnten Kazdin et al. (1997) zeigen, dass sowohl sozioökonomische Benachteiligung, elterliche Psychopathologie und Stress sowie kindliche Dysfunktion als auch Behandlungsbarrieren den Erfolg der Behandlung reduzieren. Familien, die Hürden bei der Behandlung empfinden, sind weniger in die Behandlung involviert und führen im Allgemeinen weniger der Empfehlungen aus.

Auch eine andere Studie bei Kindern mit Angststörung zeigte, dass familiäre Dysfunktion, elterliche Belastung bzw. Stress und die Häufigkeit von kritischem und wütendem Verhalten gegenüber ihrem Kind ein schlechteres Therapieansprechen voraussagt (Crawford & Manassis, 2001).

Eine Erhebung der Motivation der Eltern vor und während der Therapie kann hilfreich sein um bei ausbleibender Motivationssteigerung einen drohenden Behandlungsabbruch zu erfassen (Nock & Photos, 2006) und frühzeitig zu intervenieren. Aber auch das Erfassen der Risikofaktoren, die mit einer geringeren Erwartung an die Behandlung assoziiert sind, kann nützlich sein um die Erwartungen der Eltern zu beeinflussen (Nock et al., 2001) und somit die Behandlungsteilnahme zu steigern, Behandlungsabbrüche zu reduzieren und damit das Outcome zu verbessern.

1.3 Zielsetzung und Hypothesen

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die Rolle der Eltern bzw. elterlichen Bezugspersonen im ambulanten Notfallmanagement näher zu untersuchen (Zur Vereinfachung wird in der weiteren Arbeit nur noch der Begriff ‚Bezugspersonen‘ verwendet - dies umfasst Eltern bzw. Stiefeltern, enge Familienmitglieder, Pflegeeltern, den Vormund oder den Bezugsbetreuer der Wohngruppe. Zudem werden unter dem Begriff ‚Eltern‘ leibliche Eltern und Stiefeltern zusammengefasst.). Dies geschah vor dem Hintergrund, dass selbstschädigendes und suizidales Verhalten ein häufiger Vorstellungsgrund von Kindern und Jugendlichen in der Institutsambulanz der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg am Bezirksklinikum Regensburg ist.

Die Rolle von Eltern wurde in vielen Arbeiten (u.a. Drake & Ginsburg, 2012; Kazdin, Holland, & Crowley, 1997; Kazdin & Mazurick, 1994; Kazdin & Wassell, 1999; Nock & Photos, 2006; Semke et al., 2010) bei Patient:innen mit Angststörungen und Störungen des Sozialverhaltens erhoben. Diese Arbeit soll den Fokus auf Kinder und Jugendliche mit selbstschädigendem und suizidalem Verhalten richten und helfen, die Rolle der Bezugspersonen bei diesen Patient:innen besser zu beurteilen.

Dazu wurden während des ambulanten Notfallmanagements die elterliche Belastung, soziodemographische Merkmale sowie die Motivation der Eltern erhoben. In zwei Follow-Up-Terminen wurden die Umsetzung der Empfehlungen des ambulanten Notfallmanagements, der Krankheitsverlauf der Kinder und Jugendlichen untersucht sowie erneut die Motivation der Eltern untersucht.

Es wurden folgenden Hypothesen aufgestellt:

1. Eine höhere Motivation der Eltern sorgt für ein signifikant besseres Outcome der Patient:innen.
2. Die Motivation der Eltern nimmt im Lauf des ambulanten Notfallmanagements signifikant zu.
3. Patient:innen mit belasteten Eltern haben ein signifikant schlechteres Outcome.
4. Patient:innen mit Eltern in einer besonderen Elternsituation haben ein signifikant schlechteres Outcome.
5. Eltern mit neurologischen oder psychischen Erkrankungen setzen weniger der Empfehlungen um.

Zusätzlich sollte in einer Nebenfragestellung die Kongruenz zwischen den Kindern und Jugendlichen und ihren Bezugspersonen untersucht werden. Dazu wurden diese in beiden Follow-Up-Terminen über ihre Einschätzung bezüglich der Entwicklung der Probleme und bezüglich des Nutzens des Safety-Plans befragt und dazu folgende Hypothesen aufgestellt:

6. Es gibt einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung hinsichtlich des Nutzens des Safety-Plans zwischen den Jugendlichen und den Bezugspersonen.
7. Es gibt einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung hinsichtlich der Entwicklung der Probleme zwischen den Jugendlichen und den Bezugspersonen.

2 Material und Methoden

2.1 Studientyp

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine katamnestische Längsschnittstudie. Eine Genehmigung durch die Ethikkommission der Universität Regensburg (Nr.: 19-1426-101) liegt vor.

2.2 Studienablauf

Der Studienanteil folgte im Anschluss an das ambulante Notfallmanagement der Notfallambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg. Das ambulante Notfallmanagement entspricht dabei dem klinischen Standardvorgehen.

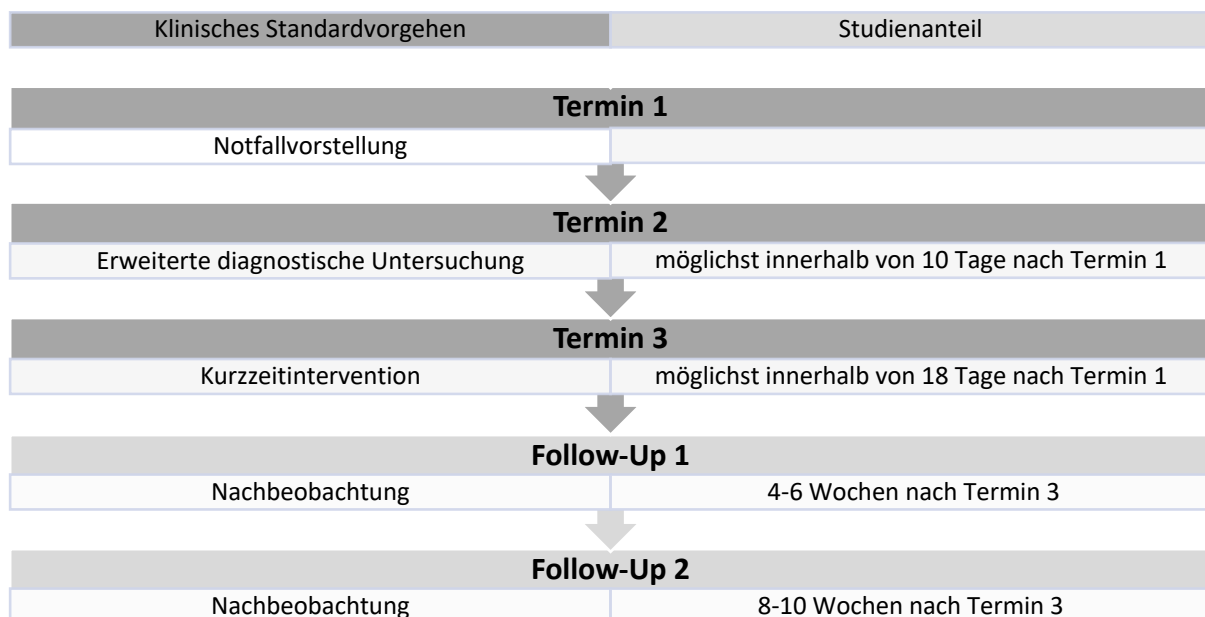


Abbildung 5: Übersichts- und Zeitplan

Kinder und Jugendliche die sich wegen selbstverletzenden Gedanken und Verhalten als Notfälle vorstellen, wird ein standardisiertes Notfallmanagement angeboten. Dieses beinhaltet zwei weitere ambulante und zeitnah vergebene Termine für eine diagnostische Beurteilung und eine Kurzzeitintervention. Dadurch soll einer

Verschlechterung der selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen vorgebeugt, bzw. diese zur Remission gebracht werden.

Der Studienanteil diene dabei der Evaluation des ambulanten Notfallmanagements. Dazu erfolgte in zwei Follow-Up-Terminen eine erneute Sichtung der Patient:innen und deren Bezugspersonen.

Im folgenden Abschnitt sollen nun die einzelnen Bestandteile und Abläufe der Termine genauer erläutert werden. Die dabei jeweils verwendeten Fragebögen und strukturierten Interviews werden in Kapitel 2.4. erläutert.

2.2.1 Klinisches Standardverfahren

2.2.1.1 Termin 1

In diesem Termin, welcher der Notfallvorstellung entspricht, wird die aktuelle Symptomatik, die derzeitige Belastung und eine ggf. notwendige, sofortige stationäre Behandlungsindikation erhoben. In der Regel erfolgt die Vorstellung der Patient:innen in Begleitung der Bezugspersonen bzw. unter telefonischer Information der Bezugspersonen (falls eine persönliche Anwesenheit nicht möglich ist).

2.2.1.2 Termin 2

Der zweite Termin findet möglichst innerhalb von 10 Tage nach der Notfallvorstellung statt. Hier erfolgt eine ausführliche Anamnese und mithilfe von strukturierten Interviews und Fragebögen (siehe Tabelle 3) eine kategoriale und dimensionale psychiatrische Diagnostik. Außerdem wird eine Fremdbeurteilung der Probleme und der Symptomatik durch die Bezugspersonen vorgenommen. Hier werden diejenigen Bezugspersonen ausgewählt, die über die jeweiligen Patient:innen am ausführlichsten Auskunft geben kann. Unter Einbezug der Fremdbeurteilung durch die Bezugspersonen, aber auch durch die erhobenen Fragebögen wird das allgemeine Funktionsniveau sowie der Schweregrad der psychischen Erkrankung erhoben.

Zudem erfolgt eine Erfassung der elterlichen Behandlungsmotivation und der elterlichen Belastung, wobei diese Fragebögen explizit nur den Eltern bzw. Stiefeltern vorgelegt werden.

2.2.1.3 Termin 3

Der dritte Termin findet möglichst innerhalb von 18 Tagen nach der Notfallvorstellung statt. Dort werden mit den Patient:innen und den Bezugspersonen die Befundergebnisse und die Empfehlungen bzgl. weitergehender Diagnostik und/oder Behandlung besprochen. Auch wird mit den Patient:innen der Safety-Plan erarbeitet, der schließlich mit nachhause genommen werden kann. Dieser soll bei Krisensituationen die Betroffenen unterstützen, sich Hilfe zu holen bzw. sich selbst in der schwierigen Situation zu helfen.

Außerdem wurden die Patient:innen und deren Bezugspersonen über den Studienteil informiert und aufgeklärt (siehe Kapitel 2.3.)

2.2.2 Studienteil

Die Follow-Up-Termine wurden durch die beiden Doktoranden durchgeführt. Am Ende jedes Follow-Ups erfolgte zusätzlich die Sichtung durch ärztliches Personal, um eine stationäre Behandlungsindikation auszuschließen.

2.2.2.1 Follow-Up 1

Der erste Follow-Up-Termin fand 4-6 Wochen nach dem dritten Termin, also dem Ende des ambulanten Notfallmanagements statt. Die Patient:innen kamen, wenn möglich, mit ihren Bezugspersonen zu diesem Termin.

In geschützter Umgebung erfolgte mithilfe von Fragebögen und strukturierten Interviews (siehe Tabelle 3) eine dimensionale psychiatrische Diagnostik zur Verlaufsuntersuchung im Hinblick auf allgemeine Psychopathologie und selbstverletzendes sowie suizidales Verhalten. Zudem wurden die Patient:innen zum Nutzen des Safety-Plans, zur Umsetzung von Empfehlungen und zur Entwicklung von Problemen befragt. Am Ende des Termins erfolgte eine kurze Sichtung zum Ausschluss von akuter Suizidalität durch einen:eine Arzt:in der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die Bezugspersonen wurden ebenfalls zum Nutzen des Safety-Plans, zur Umsetzung von Empfehlungen und zur Entwicklung von Problemen befragt. Zudem erfolgten eine erneute Problemanalyse und die Erfassung der elterlichen Behandlungsmotivation.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie und auf Wunsch der Familie (z.B. aufgrund längerer Fahrzeit in die Klinik), wurden die Follow-Up-Termine teils telefonisch durchgeführt. Dabei wurde darauf geachtet, dass sowohl die Bezugspersonen als auch die die Kinder- und Jugendlichen in Ruhe die gestellten Fragen beantworten können.

2.2.2.2 Follow-Up 2

Der zweite Follow-Up-Termin fand 8-10 Wochen nach dem dritten Termin statt. Der Ablauf entsprach dabei dem ersten Follow-Up-Termin. Zusätzlich wurde jedoch erneut, in Rücksprache mit einem:einer kinder- und jugendpsychiatrischen Facharzt:in, das allgemeine Funktionsniveau sowie der Schweregrad der psychischen Erkrankung erhoben. Nach Abschluss des zweiten Follow-Up-Termins wurde den Patient:innen ein Gutschein als Aufwandsentschädigung ausgehändigt.

2.3 Rekrutierung und Stichprobe

2.3.1 Rekrutierung

Die Patient:innen für die Studie wurden zwischen Juli 2019 und April 2021 über die Notfallambulanz der Klinik für Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Regensburg, Deutschland, rekrutiert. Die Klinik ist eine typische kinder- und jugendpsychiatrische Klinik der Maximalversorgung. Die Rekrutierung erfolgte dabei bei Termin 3 des ambulanten Notfallmanagements. Dabei wurde auf ein ausreichendes Sprachverständnis und auf ein Alter zwischen 11 und 19 Jahren bei Studienbeginn geachtet. Die Patient:innen und deren sorgeberechtigten Bezugspersonen wurden schriftlich und mündlich über die beiden Follow-Up-Termine aufgeklärt und nach ihrem Einverständnis gefragt. Dabei wurde über das Wesen und die Tragweite der geplanten Untersuchung, insbesondere über den möglichen Nutzen für ihre Gesundheit und eventuelle Risiken, informiert. Ihre Zustimmung wurde durch Unterschrift auf der Einwilligungserklärung dokumentiert. Bei Rücktritt von der Studie wurden die bereits gewonnenen Daten vernichtet oder die Patient:innen und deren sorgeberechtigte Bezugspersonen gefragt, ob sie mit der Auswertung der Daten einverstanden sind. Patient:innen wurde eine Aufwandsentschädigung angeboten

(Universalgutschein über 25 Euro für die Durchführung der beiden Follow-Up-Termine).

2.3.2 Ausschlusskriterien

Patient:innen mit akuter psychotischer Störung oder anderen akut psychiatrischen Zuständen, die die Einwilligungsfähigkeit der Patient:innen beeinträchtigen könnten, intellektueller Beeinträchtigung (IQ unter 80) gemäß klinischer Beurteilung oder akuter Suizidalität, für die eine längere stationäre Behandlung (mehr als 12 Nächte) auf einer der Stationen des Krankenhauses nötig ist, wurden nicht berücksichtigt. Zudem wurden Patient:innen mit mangelndem Sprachverständnis oder einer fehlenden Einwilligung nicht in die Studie eingeschlossen.

2.3.3 Stichprobe

Die ursprüngliche Stichprobe umfasste 120 Patient:innen. Nachträglich wurden 13 Patient:innen aufgrund von fehlendem selbstverletzendem Verhalten (fehlende Daten im SITBI) [$n = 5$], mangelndem Sprachverständnis [$n = 2$], mangelnder Compliance [$n = 1$], längerem stationären Aufenthalt [$n = 1$] und Studienabbruch [$n = 2$] bzw. Nichterscheinen [$n = 2$] ausgeschlossen.

Die aktualisierte Stichprobe umfasste 107 Patient:innen [77,6% weiblich] im Alter zwischen 11 und 18 Jahren [$Md = 15,00$; $SD = 1,54$].

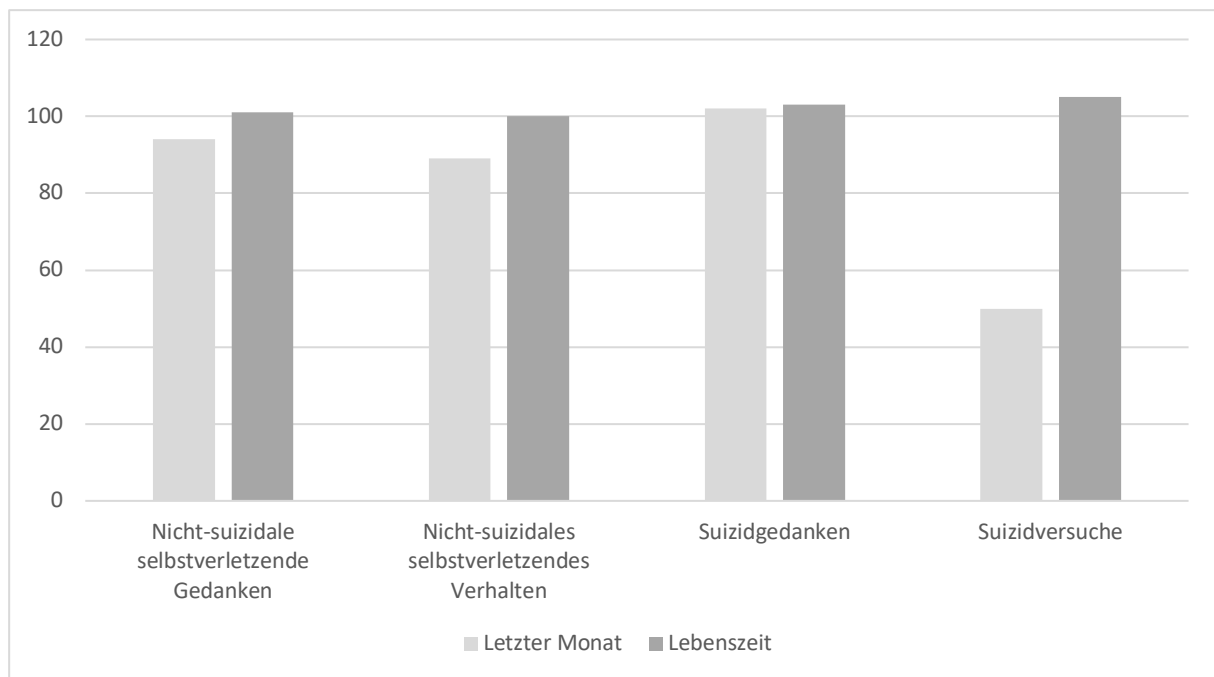


Abbildung 6: Häufigkeit von selbstverletzendem Verhalten in der Stichprobe (N = 107) zu Termin 2 nach Auswertung der deutschen Version des „Self-injurious thoughts and behaviors interview“ (SITBI-G)

Zu Termin 2 wurden 79 Patient:innen von der Mutter bzw. Stiefmutter, 15 von ihrem Vater bzw. Stiefvater, zwei von einem Erziehungsbeistand und einer von einem Erzieher begleitet. Von 10 Patient:innen fehlten diese Daten.

Zum ersten Follow-Up wurden 57 der Patient:innen von ihrer Mutter bzw. Stiefmutter, 12 von ihrem Vater bzw. Stiefvater und 3 von anderen begleitet. Von 33 Patient:innen fehlten diese Daten.

Zum zweiten Follow-Up wurden 49 der Patient:innen von ihrer Mutter bzw. Stiefmutter, 15 von ihrem Vater bzw. Stiefvater und 3 von anderen begleitet. Von 38 Patient:innen fehlten diese Daten.

2.4 Methodik

Die gewonnenen Daten wurden zu verschiedenen Zeitpunkten mithilfe von unterschiedlichen Fragebögen und strukturierten Interviews gewonnen (siehe Tabelle 3). Diese sollen in folgenden Kapiteln näher erläutert werden.

2.4.1 Untersuchungsinstrumente: Bezugspersonen

2.4.1.1 Fragen an die Sorgeberechtigten im Termin 2

Dieser Fragebogen wurde selbst entworfen und dient der Erfassung allgemeiner sowie soziobiographischer Daten über das Kind und die Bezugspersonen.

Er beginnt mit der Nennung des Namens des Kindes und der ausfüllenden Person (Mutter, Vater, andere). Danach werden Basisdaten wie die gegenwärtige besuchte Schule, der Beziehungsstatus der Eltern, der Wohnort bzw. die Wohnform des Kindes und Informationen zu Geschwistern (Anzahl, gemeinsames Aufwachsen mit Geschwistern) abgefragt. Außerdem wird der Erstkontakt mit dem psychologischen bzw. psychiatrischen Gesundheitssystem, eingenommene Medikamente und metrische Daten (Größe, Gewicht) des Kindes erfasst.

Im Anschluss folgt eine Problemanalyse mithilfe der Fragen der deutschen Version des Self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G) (siehe SITBI-Eltern). Außerdem werden Erkrankungen bei Familienmitgliedern (neurologische Krankheiten, psychische Krankheiten, Alkohol-/Drogenmissbrauch, Suizidversuch/vollendeter Suizid, absichtliche Selbstverletzung, chronische Schmerzen) erfragt. Dabei soll zuerst mithilfe von vorgefertigten Kästchen (nein; ja) angekreuzt werden, ob diese Krankheiten bei Familienmitgliedern bestehen und in einem freien Textfeld dann die betroffene Person genannt werden. Zuletzt soll genannt werden, ob enge Freunde der Kinder und Jugendlichen einen Selbstmordversuch begangen haben oder sich selbst verletzt haben.

Dieser Fragebogen wird in Termin 2 den Bezugspersonen vorgelegt. Damit soll ein umfassenderes Bild über die familiäre Situation und die Lebenssituation der Patient:innen geschaffen werden und deren möglicher Einfluss auf das Outcome bzw. die Umsetzung von Empfehlungen geworfen werden.

2.4.1.2 Fragen an die Sorgeberechtigten im ersten und zweiten Follow-Up-Termin

Diese Fragebögen wurden selbst entworfen und dienen der Evaluierung des ambulanten Notfallmanagements. Die Fragebögen „Fragen an die Sorgeberechtigten im ersten Follow-Up-Termin“ und „Fragen an die Sorgeberechtigten im zweiten Follow-Up-Termin“ sind dabei identisch und wurden zum jeweiligen Termin ausgehändigt.

Sie beginnen mit der Nennung des Namens des Kindes und der ausfüllenden Person (Mutter, Vater, andere). Anschließend wird auf verschiedene Themen eingegangen:

- „Hat aus Ihrer Sicht der Safety-Plan geholfen“ (ja; nein; nicht beurteilbar) und mögliche Erläuterung dazu
- Problementwicklung im Vergleich zum zweiten Termin (größer; kleiner; unverändert)
- Umsetzung der jeweiligen Empfehlungen (ja; nein) und Gründe, falls eine Empfehlung nicht umgesetzt wurde (Vorauswahl und Freitext)
- Anzahl und Art von zwischenzeitlichen Terminen aufgrund von Symptomatik (Freitext)
- Notfallmäßige Termine oder stationäre Krisenaufnahmen (Freitext)
- Problemanalyse mithilfe der Fragen des SITBI-G (siehe SITBI-Eltern)

Die Beantwortung der Fragen sollte Aufschluss über den Stand und die Entwicklung der Symptomatik und Probleme aus Sicht der Bezugspersonen liefern. Außerdem sollte evaluiert werden, ob empfohlene Maßnahmen des ambulanten Notfallmanagements umgesetzt wurden, um eventuelle wahrgenommene Hürden aufzuzeigen. Zuletzt sollte der Nutzen des Safety-Plans aus Sicht der Bezugspersonen erfasst werden.

Auch die Patient:innen wurden in den Follow-Up-Terminen hinsichtlich des Stands und der Entwicklung der Probleme und hinsichtlich des Nutzens des Safety-Plans befragt (Siehe „Fragen an den Probanden in den Nachuntersuchungsterminen“). Durch einen Vergleich der Antworten sollte ein eventueller Unterschied in der Einschätzung aufgezeigt werden.

2.4.1.3 SITBI-Eltern

Den Bezugspersonen wurde der Teil des SITBI-G vorlegt, welcher mögliche Ursachen für die aktuelle Krise ihres Kindes abfragt. Dabei ist bereits eine Vorauswahl für Ursachen angegeben, jedoch besteht mit einem freien Textfeld auch die Möglichkeit andere Gründe zu nennen. Auch die Nennung mehrerer Gründe ist möglich.

Das SITBI-G ist ein gut geeignetes diagnostisches Testverfahren für die Klinik und Forschung und weist gute psychometrische Eigenschaften auf (Fischer et al., 2014).

Die Erfassung erfolgte sowohl in Termin 2 sowie beiden Follow-Up-Terminen und sollte die Sichtweise der Bezugspersonen auf die Probleme aufzeigen.

2.4.1.4 CBCL

Die „Child-Behavior-Checklist“ (CBCL) (Döpfner et al., 2014) dient der Erfassung von Verhaltensauffälligkeiten, emotionalen Auffälligkeiten, somatischen Beschwerden sowie sozialen Kompetenzen von Kindern und Jugendlichen im Schulalter aus Sicht der Eltern. Sie richtet sich an Eltern von Kindern und Jugendlichen von 6 bis 18 Jahren. Der Fragebogen besteht aus einem allgemeinen Teil mit soziodemographischen Angaben und offenen Fragen sowie einem geschlossenen Teil mit Items, die auf einer 3-Punkte Likert-Skala (0 = zutreffend; 2 = etwas oder manchmal zutreffend; 3 = genau oder häufig zutreffend) zu beantworten sind.

Bei der Auswertung werden acht Problemskalen gebildet (ängstlich/depressiv, rückzüglich/depressiv, Körperliche Beschwerden, Soziale Probleme, Denk-, (Schlaf-) und repetitive Probleme, Aufmerksamkeitsprobleme, Regelverletzendes Verhalten und Aggressives Verhalten) sowie drei übergeordnete Skalen berechnet (Gesamtauffälligkeit, Internale Probleme, Externale Probleme). Zudem können DSM-orientierte Skalen bestimmt werden (Affektive Symptome, Angstsymptome, Körperliche Symptome, Unaufmerksamkeits-Hyperaktivitätssymptome, Oppositionelle Verhaltenssymptome, Dissoziale Symptome).

Die CBCL ist seit vielen Jahren fester Standard in der klinischen Praxis und Forschung und weist mit einem Cronbachs $\alpha > .80$ für Skalen zweiter Ordnung (Internale Probleme, Externale Probleme) bzw. mit einem Cronbachs α von mindestens .93 für die Gesamtauffälligkeit eine gute bzw. sehr gute interne Konsistenz auf (Döpfner et al., 2014).

Die Anwendung der CBCL im zweiten Termin diene der dimensionalen Diagnostik.

2.4.1.5 PMI

Das „Parent Motivation Inventory“ (PMI) ist ein von Nock und Photos (2006) entwickelter Fragebogen zur Selbsteinschätzung der Behandlungsmotivation der Eltern. Der Fragebogen umfasst 25 Items mit Likert-Skala (1 = stimme überhaupt nicht zu; 5 = stimme voll zu).

Die Items umfassen dabei die drei Hauptkomponenten der Motivation: Wunsch nach Veränderung des Kindes (z. B. "Ich möchte, dass sich das Verhalten meines Kindes verbessert"), Bereitschaft zur Änderung des Erziehungsverhaltens (z. B. "Ich bin bereit, meine derzeitigen Erziehungsmethoden zu ändern und neue auszuprobieren")

und die wahrgenommene Fähigkeit, das Erziehungsverhalten zu ändern (z. B. "Ich glaube, dass ich in der Lage bin, die notwendigen Fähigkeiten zu erlernen, um das Verhalten meines Kindes zu ändern").

Die Autoren konnte eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = .96$) und Retestreliabilität des PMI nachweisen (Nock & Photos, 2006).

Der Messung der elterlichen Behandlungsmotivation mithilfe des PMI erfolgte an Termin 2 des ambulanten Notfallmanagements sowie zu beiden Follow-Up-Terminen. Damit soll die Motivation der Eltern, an einer Behandlung mitzuwirken, gemessen und deren Einfluss auf das Outcome der Patient:innen evaluiert werden. Zudem soll eine eventuelle Dynamik der Motivation im Beobachtungszeitraum erfasst werden.

2.4.1.6 EBI

Das EBI dient der Erfassung der elterlichen Belastung. Es wurde von Tröster (2011) aus dem Englischen übersetzt und orientiert sich am Parenting Stress Index von Abidin (1983). Dort werden zwei Hauptquellen elterlicher Belastung unterschieden: Eigenschaften und Verhaltensweisen des Kindes, aus denen sich spezifische Anforderungen für die Eltern ergeben sowie Einschränkungen elterlicher Funktionen, die die Ressourcen beeinträchtigen, die den Eltern zur Bewältigung der Anforderungen in der Erziehung, Betreuung und Versorgung ihres Kindes zur Verfügung stehen.

Das EBI erfragt zunächst soziodemografische Angaben zum Elternteil und erfasst dann in fünf Subskalen die Belastungsquellen, die vom Verhalten des Kindes ausgehen und mit besonderen Anforderungen für die Eltern verbunden sind (Ablenkbarkeit / Hyperaktivität des Kindes, Akzeptierbarkeit, Anforderung, Anpassungsfähigkeit und Stimmung). In weiteren sieben Subskalen werden die Beeinträchtigungen elterlicher Funktionsbereiche erfasst (Bindung, soziale Isolation, Zweifel an der elterlichen Kompetenz, Depression, Gesundheit, persönliche Einschränkung, Partnerbeziehung). Insgesamt handelt es sich um 48 Items mit Likert-Skala (trifft gar nicht zu = 1; trifft genau zu = 5).

Die interne Konsistenz der EBI-Gesamtskala beträgt Cronbachs $\alpha = .95$ und die Retestreliabilität nach einem Jahr liegt bei Cronbachs $\alpha = .87$ (Irlbauer-Müller et al., 2018).

Die Erfassung der Belastung der Eltern erfolgte an Termin 2. Mit dem errechneten Wert soll ein möglicher Zusammenhang zwischen elterlicher Belastung und dem Outcome der Patient:innen aufgezeigt werden.

2.4.2 Untersuchungsinstrumente: Patient:innen

2.4.2.1 MINI-KID

Das „Mini-International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents“ (MINI-KID) (Sheehan et al., 1998) ist ein kurzes, strukturiertes diagnostisches Interview für psychiatrische Störungen bei Kindern und Jugendlichen gemäß DSM-IV und ICD-10.

Es ist ein zuverlässiges und valides Instrument (Sheehan et al., 2010) und die deutsche Übersetzung wurde im Rahmen des zweiten Termins für eine kategoriale Diagnostik angewendet.

2.4.2.2 SKID-II

Das „SKID-II“ (Fydrich et al., 1997) ist ein strukturiertes klinisches Interview für Achse II Störungen des DSM-IV. Das SKID-II dient der kategorialen Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen.

Im zweiten Termin wurden aus dem SKID-II gezielt die Fragen gestellt, welche die Kriterien für eine Borderline-Persönlichkeitsstörung überprüfen und bewerten.

2.4.2.3 SITBI

Das „Self-injurious thoughts and behaviors interview“ (SITBI) (Nock et al., 2007) ist ein strukturiertes Interview, welches das Vorhandensein, die Häufigkeit und die Merkmale eines breiten Spektrums von selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen erfasst werden.

Die deutsche Version, das SITBI-G (Fischer et al., 2014), umfasst 169 Items in 6 Modulen, welche Suizidgedanken, Suizidpläne, suizidale Gesten, Suizidversuche, nicht-suizidale selbstverletzende Gedanken und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten abfragen.

Jedes Modul prüft zu Beginn mit einer Screening-Frage, ob die jeweils zu untersuchenden Gedanken oder Verhaltensweisen im bisherigen Leben aufgetreten sind. Nur wenn die Patient:innen dies mit „ja“ beantworten, wird mit weiteren Fragen (u.a. Auftrittsalter, Häufigkeit, Ursachen und Methoden) intensiver auf die jeweiligen Gedanken und Verhaltensweisen eingegangen.

Dabei eignet sich das SITBI-G, auch im Hinblick auf die neuen diagnostischen Kategorien in der aktuellen Auflage des DSM-5, für Forschung und klinischen Alltag (Fischer et al., 2014).

So erfolgte die Anwendung zu Termin 2 sowie in den Follow-Up-Terminen. Dies diente neben der kategorialen und dimensional Diagnostik auch der Problemanalyse zur Ursachenforschung und als Grundlage für die folgenden Empfehlungen.

2.4.2.4 SCL-90-S

Die „Symptom-Checklist-90-Standard“ (SCL-90-S) (Franke, 2014) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erfassung der psychischen Belastung. Es misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome einer Person innerhalb der letzten 7 Tage. Er umfasst 90 Items in 9 Skalen und beschreibt die Bereiche Aggressivität/Feindseligkeit, Ängstlichkeit, Depressivität, Paranoides Denken, Phobische Angst, Psychotizismus, Somatisierung, Unsicherheit im Sozialkontakt und Zwanghaftigkeit. Bei der Auswertung wird die grundsätzliche psychische Belastung, die Intensität der Antworten und die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, betrachtet. Dabei bildet der Mittelwert über alle 90 Items den Global Severity Index (GSI), welcher einen besonders guten Indikator für die psychische Belastung darstellt (Koch, 2014).

Die Reliabilität der SCL-90-S kann, je nach Skala, als zufriedenstellend bis sehr gut bezeichnet werden und allem der GSI erreichte durchgängig sehr gute Reliabilitätswerte von Cronbachs $\alpha = .97$ bis $.98$ (Franke, 2014).

Der SCL-90-S wurde sowohl in Termin 2 als auch in beiden Follow-Up-Untersuchungen vorgelegt, um die psychische Belastung der Patient:innen und deren Dynamik im Laufe des ambulanten Notfallmanagements zu beobachten.

2.4.2.5 ERS

Die „Emotion Reactivity Scale“ (ERS) (Nock, Wedig et al., 2008) ist ein Instrument zur Messung der emotionalen Reaktivität. In 21 Items können in Selbsteinschätzung beantwortet werden, wobei eine Likert-Skala von 0 bis 4 (0 = trifft gar nicht auf mich zu; 4 = trifft völlig auf mich zu) zur Verfügung steht. Das Ergebnis gibt Aussage über die Emotionssensibilität, -intensität und -persistenz der Kinder und Jugendlichen.

Die Autoren konnten die Validität und Reliabilität der ERS nachweisen, wobei Cronbachs $\alpha = .94$ betrug (Nock, Wedig et al., 2008).

Die ERS wurde sowohl in Termin 2 als auch in beiden Follow-Up-Terminen verwendet. Die erhobenen Daten wurden in dieser Arbeit nicht benötigt.

2.4.2.6 Fragen zur Motivation

Die sechs Fragen aus der Studie von Armitage et al. (Armitage et al., 2016) untersuchen die Motivation der Patient:innen Selbstverletzung in Zukunft zu vermeiden. Dabei messen drei Items die Verhaltensabsicht und drei Items die Selbstwirksamkeit, wobei alle Items auf einer Likert-Skala (1 = Ich stimme gar nicht zu; 7 = ich stimme zu) beantwortet werden.

Die Fragen zur Motivation wurden sowohl in Termin 2 als auch in den Follow-Up-Terminen verwendet. Die erhobenen Daten wurden in dieser Arbeit nicht benötigt.

2.4.2.7 Fragen an den Probanden in den Nachuntersuchungsterminen

Dieser Fragebogen wurden selbst entworfen und dient der Evaluierung des ambulanten Notfallmanagements aus Sicht der Patient:innen. Er wurde in beiden Follow-Up-Terminen ausgehändigt.

Dabei wird auf verschiedene Themen eingegangen:

- „Hat Dir der Safety-Plan geholfen“ (ja; nein; nicht beurteilbar) und mögliche Erläuterung dazu
- Problementwicklung im Vergleich zum zweiten Termin (größer; kleiner; unverändert)
- Umsetzung der jeweiligen Empfehlungen (ja; nein) und Gründe, falls eine Empfehlung nicht umgesetzt wurde (Vorauswahl und Freitext)

Die Beantwortung der Fragen sollte Aufschluss über den Stand und die Entwicklung der Symptomatik und Probleme aus Sicht der Kinder und Jugendlichen liefern. Außerdem sollte evaluiert werden, ob empfohlene Maßnahmen des ambulanten Notfallmanagements umgesetzt wurden und ob die Kinder und Jugendlichen vom Safety-Plan erfasst profitiert haben.

2.4.2.8 GAF-Skala

Das „Global Assessment of Functioning“ (GAF) (Endicott, 1976) erfasst das allgemeine Funktionsniveau auf Achse V. Die Skala reicht dabei von 0 bis 100, wobei von einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit

ausgegangen wird. Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden.

Das GAF zeigt, insbesondere bei mit Erhebungsinstrumenten erfahrenen Behandlern, eine zufriedenstellende Reliabilität (Söderberg et al., 2005).

Die Erhebung des Funktionsniveaus in Rücksprache mit einem:einer kinder- und jugendpsychiatrischen Facharzt:in erfolgte an Termin 2 sowie nach Ende des zweiten Follow-Up-Termins im Rahmen der dimensionalen Diagnostik.

2.4.2.9 CGI-S-Skala

Die „Clinical Global Impression-Severity“-Skala (CGI-S) (Guy, 1976) misst den Schweregrad von Symptomen bei Patient:innen mit psychischen Störungen. Auf einer 7-Punkte-Skala („normal“ bis „schwerstkrank“) wird der Schweregrad der Erkrankung der Patient:innen zum aktuellen Zeitpunkt beurteilt.

Als nützliches und leicht verständliches Instrument (Busner & Targum, 2007) wurde es in Rücksprache mit einem:einer kinder- und jugendpsychiatrischen Facharzt:in an Termin 2 sowie nach Ende des zweiten Follow-Up-Termins im Rahmen der dimensionalen Diagnostik angewandt.

Tabelle 3: Fragebögen und strukturierte Interviews

	Zeitpunkt	Fragebogen	Befragte
Klinisches Standardverfahren	Termin 2	Mini-Kid	Patient:innen
		SKID-II	
		SITBI	
		SCL-90-S	
		ERS	
		Fragen zur Motivation	
		GAF-Skala	
		CGI-S-Skala	
	Follow-Up-1	Fragen an die Sorgeberechtigten	Bezugspersonen
		SITBI-Eltern	
		CBCL	
		EBI	
	Studienanteil	Follow-Up-1	PMI
SITBI			Patient:innen
SCL-90-S			
ERS			
Fragen zur Motivation			
Follow-Up-Fragen			
PMI			
Follow-Up-2		SITBI-Eltern	
		Follow-Up-Fragen	
		SITBI	
Follow-Up-2	SCL-90-S	Patient:innen	
	ERS		
	Fragen zur Motivation		
	Follow-Up-Fragen		
	GAF-Skala		
	CGI-S-Skala		
	Follow-Up-2	PMI	Eltern
		SITBI-Eltern	Bezugspersonen
		Follow-Up-Fragen	

2.5 Statistische Methoden

Die statistischen Analysen erfolgten mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics Version 28.0.0.0 für Microsoft Windows. (IBM Corp., 2021)

2.5.1 Hypothese 1 – elterliche Motivation und Patient:innenoutcome

Die erste Hypothese lautete, dass eine höhere Motivation der Eltern für ein signifikant besseres Outcome der Patient:innen sorgt. Die Motivation wurde in Termin 2 mithilfe des PMI erfasst. Dabei wurden der Gesamtwert sowie die jeweiligen Subskalen (Wunsch nach Veränderung des Kindes, Bereitschaft zur Änderung des Erziehungsverhaltens und die wahrgenommene Fähigkeit, das Erziehungsverhalten zu ändern) berechnet.

Um das Outcome zu beurteilen, wurde die Anzahl von Suizidgedanken, Suizidversuchen, nicht-suizidalen selbstverletzenden Gedanken und nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhalten von Termin 2 auf Follow-Up-Termin 2 beobachtet, welche im SITBI erfasst wurden. Eine prozentuale Abnahme der jeweiligen Gedanken bzw. Verhaltensweisen $\geq 50\%$ wurde dabei als verbessertes Outcome definiert. Dabei wurden die Daten zur Häufigkeit durch Addition von 1 transformiert, um eine Division durch 0 zu vermeiden. Zudem wurde die Differenz des GSI (siehe 2.4.2.4) von Termin 2 zu Follow-Up-Termin 2 zur Beurteilung des Outcomes herangezogen, wobei positive Werte einer Abnahme der psychischen Belastung und negative Werte einer Zunahme der psychischen Belastung entsprechen.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde in einem ersten Schritt mithilfe von Kendall-Tau die Korrelation berechnet, um die Beziehung zwischen Motivation und Outcome zu bestimmen. In einem zweiten Schritt wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt, um die Art der Beziehung zu bestimmen, wobei die Motivation der unabhängigen Variablen entspricht und das Outcome der abhängigen Variable.

2.5.2 Hypothese 2 – Verlauf der elterlichen Motivation

Die zweite Hypothese besagte, dass die Motivation der Eltern im Lauf des ambulanten Notfallmanagements signifikant zunimmt. Um diese Hypothese zu prüfen, wurde die Motivation mithilfe des PMI (Gesamtwert und Subskalen) zu verschiedenen Zeitpunkten (Termin 2, Follow-Up-Termin 1 und Follow-Up-Termin 2) erfasst. Es wurde der Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test gerechnet, wobei die erfasste Motivation dabei der abhängigen Variablen und die Zeit, gebildet über drei Zeitpunkte, der unabhängigen Variablen entsprachen.

2.5.3 Hypothese 3 – elterliche Belastung und Patient:innenoutcome

Die dritte Hypothese besagt, dass Patient:innen mit belasteten Eltern ein signifikant schlechteres Outcome haben. Dies wurde mithilfe einer Korrelations- und Regressionsanalyse überprüft. Dazu wurde die Daten des EBI aus Termin 2 ausgewertet und als unabhängige Variable definiert. Das Outcome, wie bereits in Hypothese 1 berechnet und festgelegt, wurde als abhängige Variable definiert. Nach der Berechnung der Korrelation mithilfe von Kendall-Tau erfolgte dazu in einem zweiten Schritt eine Regressionsanalyse.

2.5.4 Hypothese 4 – besondere Elternsituation und Patient:innenoutcome

Die vierte Hypothese sagte aus, dass Patient:innen mit Eltern in einer besonderen Elternsituation ein signifikant schlechteres Outcome haben. Das Outcome wurde wie bei den vorherigen Fragestellungen als abhängige Variable definiert.

Zur Beurteilung der besonderen Elternsituation wurden Daten aus dem Termin 2 („Sind sie alleinerziehend?“ und der Beziehungsstatus der Eltern) herangezogen. Beide Variablen wurden getrennt voneinander als unabhängige Variablen betrachtet.

Anschließend wurde mithilfe einer Varianzanalyse (ANOVA) getestet, ob es einen Unterschied bezüglich des Outcomes zwischen Eltern mit und ohne besonderer Elternsituation gibt.

2.5.5 Hypothese 5 – elterliche Erkrankungen und Empfehlungsumsetzung

Zur Überprüfung der fünften Hypothese, Eltern mit neurologischen oder psychischen Begleiterkrankungen setzen weniger der Empfehlungen um, wurde ebenfalls eine Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt. Die neurologischen und psychischen Begleiterkrankungen sowie NSSV und Suizidversuche bzw. vollendete Suizide bei den Familienmitgliedern wurden in Termin 2 erfragt und stellten die unabhängige Variable dar – dabei wurde eine Gruppe von Eltern mit psychischen Begleiterkrankungen (Neurologische Krankheiten, psychische Krankheiten, nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten oder ein Suizidversuch bzw. vollendeter Suizid bei Vater bzw. Stiefvater oder Mutter bzw. Stiefmutter) und eine Gruppe von Eltern ohne psychische Begleiterkrankungen gebildet. Wie viel Prozent der Empfehlungen umgesetzt wurde, wurde sowohl im ersten als auch im zweiten Follow-Up-Termin erfasst und der errechnete Mittelwert stellte dabei die abhängige Variable dar.

2.5.6 Nebenfragestellung: Hypothese 6 und 7 - Übereinstimmung hinsichtlich Problementwicklung und Nutzen des Safety-Plans

Zur Beantwortung der Nebenfragestellungen, inwieweit sich die Einschätzung bezüglich der Entwicklung der Probleme und bezüglich des Nutzens des Safety-Plans zwischen den Patient:innen und den Bezugspersonen unterscheiden, wurde das Cohen's Kappa berechnet. Es wurde hypothetisiert, dass es jeweils einen signifikanten Unterschied in der Einschätzung bezüglich der Entwicklung der Probleme und bezüglich des Nutzens des Safety-Plans gibt. Durch das Cohen's Kappa sollte die Stärke der Übereinstimmung zwischen den beiden Gruppen aufgezeigt werden. Als Daten wurden hierfür die jeweilige Einschätzung bezüglich der Entwicklung der Probleme und bezüglich des Nutzens des Safety-Plans im ersten sowie zweiten Follow-Up-Termin herangezogen. Cohen's Kappa kann dabei Werte zwischen -1 und +1 annehmen, wobei +1 für vollkommene Übereinstimmung steht. Landis und Koch (Landis & Koch, 1977) definierten weitere Intervalle zur Interpretation von Cohen's Kappa.

3 Ergebnisse

Aufgrund fehlender Daten (z.B. benötigtes Item nicht ausgefüllt) bzw. aufgrund des Nichterfüllens der benötigten Kriterien (z.B. zu allen Zeitpunkten von der gleichen Person ausgefüllt) wurde zur Testung der aufgestellten Hypothesen teilweise eine angepasste Stichprobe verwendet. Falls eine angepasste Stichprobe verwendet wurde, wurde dies im jeweiligen Ergebnisteil spezifisch angegeben und erläutert.

3.1 Hypothese 1 – elterliche Motivation und Patient:innenoutcome

Zur Beantwortung der Hypothese wurden Daten von 94 Eltern (79 Müttern bzw. Stiefmüttern und 15 Vätern bzw. Stiefvätern) und deren Kindern (Alter von $M = 14,86$ Jahren [$SD = 1,56$] und 77,7% weiblichen Geschlechts) ausgewertet.

Hier zeigte sich nur ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Subskala „Wunsch nach Veränderung des Kindes“ und dem Outcome in Bezug auf Suizidgedanken (siehe Tabelle 4).

Tabelle 4: Kendall-Tau-b-Korrelationskoeffizient für die Outcomevariablen und des „Parent Motivation Inventory“ (PMI) und dessen Subskalen

	PMI Gesamt	Wunsch nach Veränderung des Kindes	Wahrgenommene Fähigkeit, das Erziehungsverhalten zu ändern	Bereitschaft zur Änderung des Erziehungsverhaltens
Nicht-suizidale selbstverletzende Gedanken	-.05 [.580]	-.08 [.374]	-.05 [.581]	.02 [.824]
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	-.05 [.574]	-.02 [.835]	-.06 [.530]	-.02 [.841]
Suizidgedanken	-.17 [.065]	-.22* [.022]	-.09 [.374]	-.09 [.364]
Suizidversuche	.15 [.346]	-.09 [.602]	0.06 [.726]	.22 [.173]
Global Severity Index (GSI)	.05 [.528]	.08 [.339]	.03 [.696]	-.002 [.978]

Anmerkung. Werte in Klammern entsprechen Signifikanz. * $p < .05$

Um den Zusammenhang weiter zu untersuchen, wurde eine lineare Regression durchgeführt. Die unabhängige Variable war dabei „Wunsch nach Veränderung des Kindes“, die abhängige Variable war das Outcome in Bezug auf Suizidgedanken. Dabei stellte sich eine nicht signifikante Regression dar, $R^2 = .005$, $F(1, 60) = .32$, $p = .576$.

3.2 Hypothese 2 – Verlauf der elterlichen Motivation

Bei der Auswahl der Daten wurde darauf geachtet, dass zu allen Testzeitpunkten die Motivation desselben Elternteils erhoben wurde. Nur so war eine valide Aussage über den Verlauf der Motivation möglich. Den geforderten Kriterien entsprach eine Stichprobe von 54 Eltern (47 Müttern bzw. Stiefmüttern und 7 Vätern bzw. Stiefvätern ausgefüllt) und deren Kindern (Alter von $M = 14,63$ Jahren [$SD = 1,47$] und 77,8 % weiblichen Geschlechts).

Tabelle 5: Wilcoxon-Test für das „Parent Motivation Inventory“ (PMI) und dessen Subskalen im zeitlichen Verlauf

	PMI Gesamt	Wunsch nach Veränderung des Kindes	Wahrgenommene Fähigkeit, das Erziehungsverhalten zu ändern	Bereitschaft zur Änderung des Erziehungsverhaltens
Termin 2 – Follow-Up 1	.011* [-2.54]	.003* [-2.98]	.217 [-1.23]	.058 [-1.89]
Termin 2 – Follow-Up 2	.089 [-1.70]	.064 [-1.86]	.772 [-.29]	.119 [-1.56]
Follow-Up 1 – Follow-Up 2	.584 [-.55]	.767 [-.30]	.746 [-.32]	.634 [-.48]

Anmerkung. Werte in Klammern entsprechen z-score. * $p < .05$

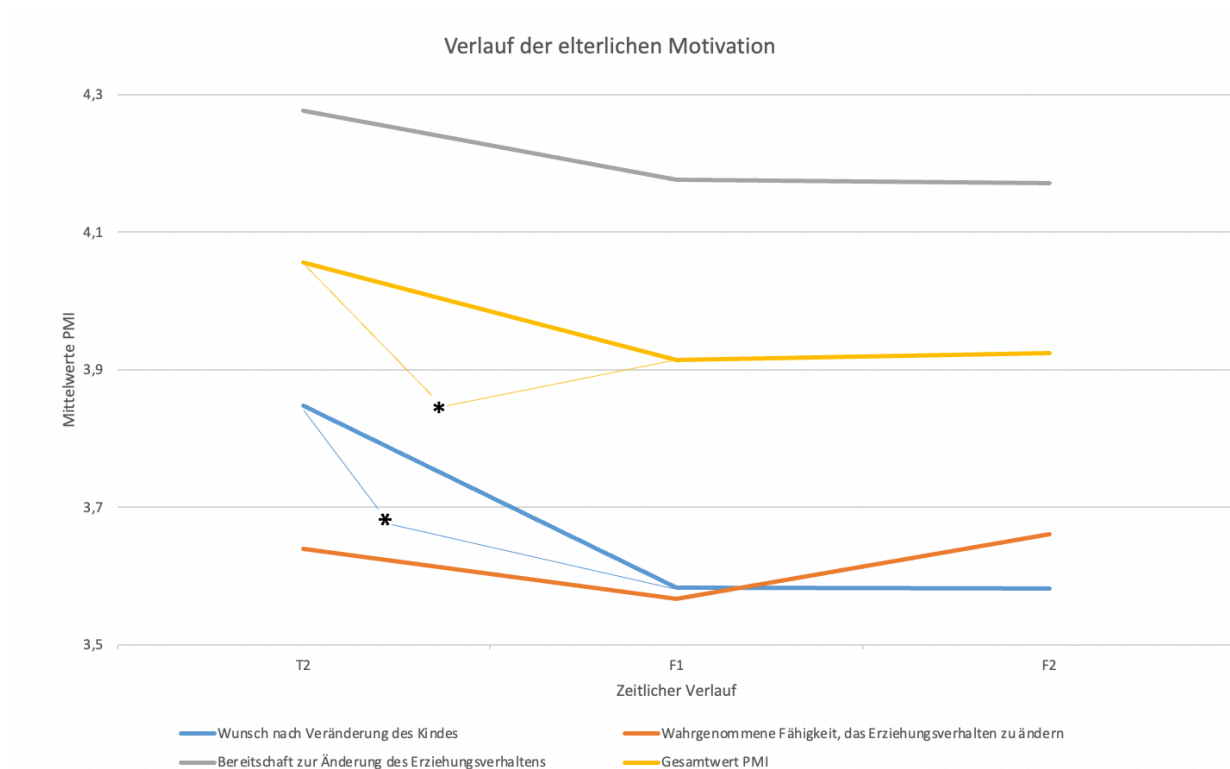


Abbildung 7: Graphische Darstellung des Verlaufs der Motivation der Eltern anhand des „Parent Motivation Inventory“ (PMI) und dessen Subskalen. * $p < .05$

Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied im PMI Gesamtwert und im Wunsch nach Veränderung des Kindes zwischen Termin 2 und Follow-Up-Termin 1 (siehe Tabelle 5 bzw. Abbildung 7). Für die anderen Subskalen bzw. anderen Messzeitpunkte zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

3.3 Hypothese 3 – elterliche Belastung und Patient:innenoutcome

Zur Beantwortung der Hypothese wurden Daten von 94 (79 Müttern bzw. Stiefmüttern und 15 Vätern bzw. Stiefvätern) und deren Kindern (Alter von $M = 14,86$ Jahren [$SD = 1,56$] und 77,7% weiblichen Geschlechts) ausgewertet.

Die Überprüfung der Korrelation von elterlicher Belastung zu Termin 2 und dem Outcome der Kinder ergab folgende Werte:

Tabelle 6: Kendall-Tau-b-Korrelationskoeffizient für die Outcomevariablen und das „Eltern-Belastungs-Inventar“ (EBI)

	EBI Kindbereich	EBI Elternbereich	EBI Gesamtbereich
Nicht-suizidale selbstverletzende Gedanken	.03 [.750]	.11 [.230]	.10 [.269]
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	.09 [.358]	.05 [.597]	.05 [.601]
Suizidgedanken	.06 [.528]	.12 [.213]	.12 [.215]
Suizidversuche	-.21 [.188]	-.06 [.707]	-.18 [.259]
Global Severity Index (GSI)	-.09 [.267]	-.10 [.225]	-.09 [.309]

Anmerkung. Werte in Klammern entsprechen Signifikanz. * $p < .05$

Es zeigte sich, dass es keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der elterlichen Belastung und dem Outcome ihrer Kinder gab. Damit musste die Alternativhypothese verworfen werden.

3.4 Hypothese 4 – besondere Elternsituation und Patient:innenoutcome

Eine detaillierte Aufgliederung des Beziehungsstatus bzw. der Erziehungsform sind in Abbildung 8 bzw. Abbildung 9 ersichtlich.

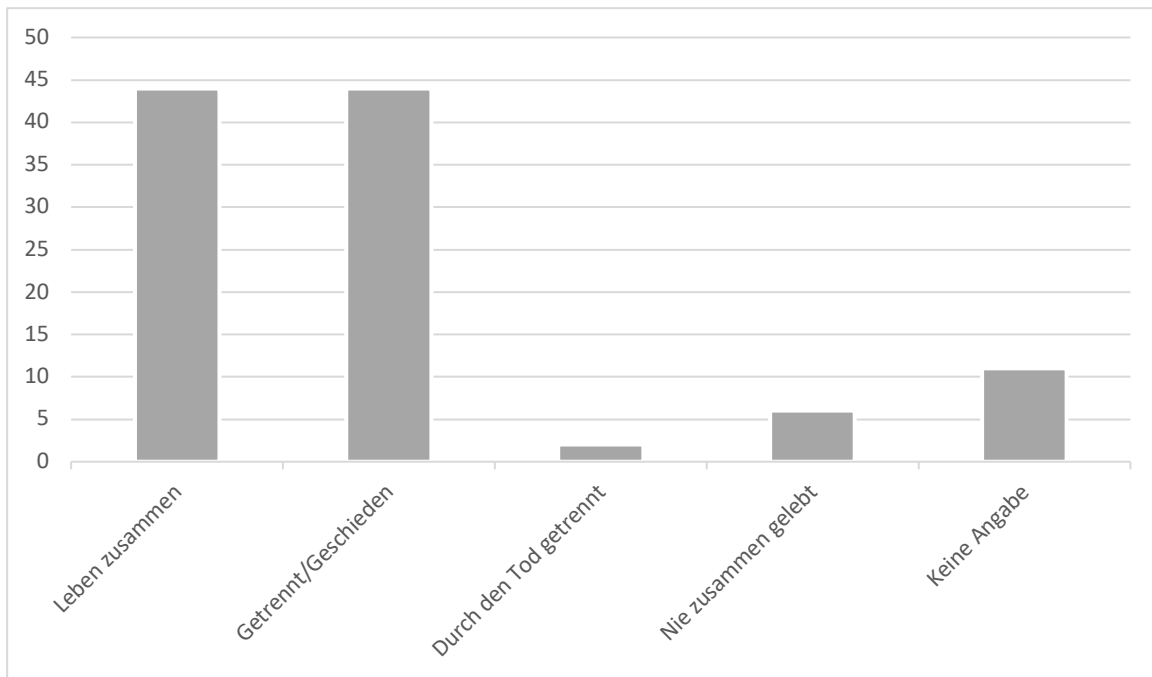


Abbildung 8: Beziehungsstatus der Eltern in absoluten Zahlen

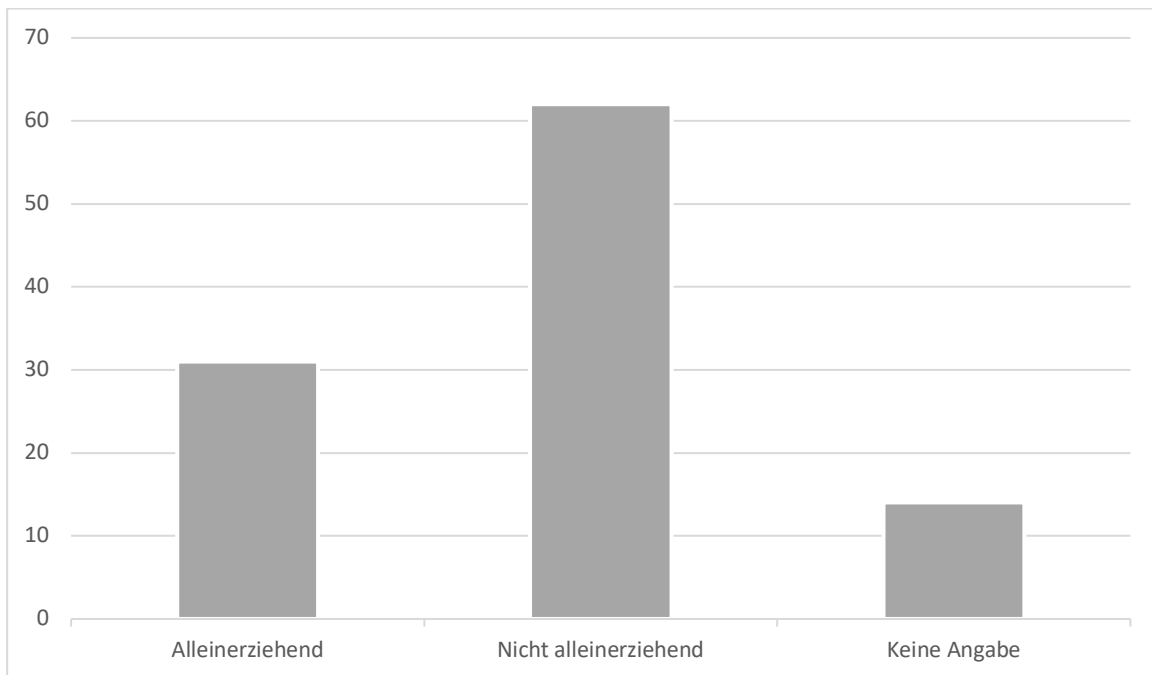


Abbildung 9: Erziehungsform der Eltern in absoluten Zahlen

Die durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalysen zeigten keine signifikanten Unterschiede zwischen dem Beziehungsstatus der Eltern bzw. der Erziehungsform und dem Outcome ihrer Kinder (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: F-Verteilung und F-Werte der durchgeführten Varianzanalysen (ANOVA)

	Nicht-suizidale selbstverletzende Gedanken	Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten	Suizidgedanken	Suizidversuche	GSI
Beziehungs-status	$F(3, 58) = .41$ [.749]	$F(3, 56) = .67$ [.574]	$F(3, 61) = 1.35$ [.266]	$F(3, 24) = .50$ [.689]	$F(3, 65) = 1.08$ [.363]
Erziehungs-form	$F(1, 57) = 1.18$ [.282]	$F(1, 55) = .004$ [.948]	$F(1, 58) = .15$ [.700]	$F(1, 24) = 1.48$ [.236]	$F(1, 62) = .76$ [.386]

Anmerkung. Werte in Klammern entsprechen Signifikanz. * $p < .05$

3.5 Hypothese 5 – elterliche Erkrankungen und Empfehlungsumsetzung

Die Auswertung der Daten (siehe Abbildung 10) ergab, dass 25 Kinder bzw. Jugendlichen im Alter von $M = 15,04$ Jahren [$SD = 1,54$] und 80% weiblichen Geschlechts Eltern mit neurologischen oder psychischen Begleiterkrankungen bzw. einem Suizidversuch/ vollendeten Suizidversuch in der Vorgeschichte haben. NSSV wurde bei keinem Elternteil genannt. Bei 24 der Kinder bzw. Jugendlichen war ein Elternteil, bei einem Kind bzw. Jugendlichen waren beide Elternteile betroffen.

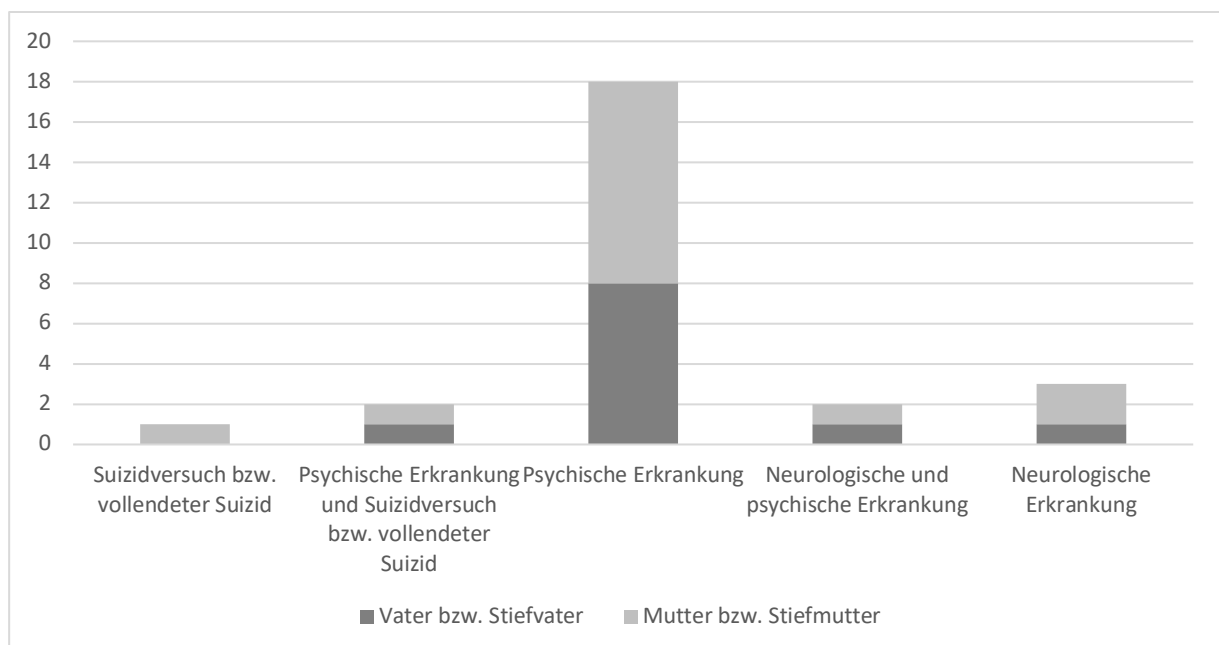


Abbildung 10: Anzahl und Verteilung der Begleiterkrankungen bei den Eltern

Demgegenüber stand eine Gruppe von 82 Kindern und Jugendlichen im Alter von $M = 14,84$ Jahren [$SD = 1,55$] und 76,8% weiblichen Geschlechts mit Eltern ohne neurologische oder psychische Begleiterkrankungen bzw. einem Suizidversuch/vollendeten Suizidversuch in der Vorgeschichte.

Die durchgeführten einfaktoriellen Varianzanalysen ergaben für den Follow-Up-Termin 1 $F(1, 68) = 1.74, p = .191$ und für den Follow-Up-Termin 2 $F(1, 65) = 0.35, p = .556$ und somit nicht signifikant.

3.6 Nebenfragestellung: Hypothese 6 und 7 – Übereinstimmung hinsichtlich Problementwicklung und Nutzen des Safety-Plans

Bei der Auswahl der Daten wurde darauf geachtet, dass die Einschätzung bezüglich der Entwicklung der Probleme und bezüglich des Nutzens des Safety-Plans zu beiden Follow-Up-Terminen von derselben Bezugsperson getroffen wurde. Nur so war eine valide Aussage hinsichtlich der Einschätzung möglich. Den geforderten Kriterien entsprach eine Stichprobe von 59 Bezugspersonen (50 Müttern bzw. Stiefmüttern und 9 Vätern bzw. Stiefvätern) und deren Kindern im Alter von $M = 14,8$ Jahren [$SD = 1,54$] und 79,7% weiblichen Geschlechts.

Die Auswertung der Interrater-Reliabilität bezüglich der Einschätzung der Entwicklung der Probleme (siehe Tabelle 8) ergab bei Follow-Up-Termin 1 ein Kappa von 0,35 (näherungsweise Signifikanz $< 0,01$) und bei Follow-Up-Termin 2 ein Kappa von 0,32 (näherungsweise Signifikanz 0,002). Diese Werte entsprechen nach Landis und Koch (Landis & Koch, 1977) der Übereinstimmungsstärke „fair“, was eine mäßige Übereinstimmung bedeutet.

Die Auswertung der Interrater-Reliabilität bezüglich der Einschätzung des Nutzens des Safety-Plans ergab bei Follow-Up-Termin 1 ein Kappa von 0,63 (näherungsweise Signifikanz 0,489) und bei Follow-Up-Termin ein Kappa von 0,18 (näherungsweise Signifikanz 0,034), wobei bei letzterer Berechnung aufgrund fehlender Werte nur Daten von 58 Kindern und Jugendlichen und deren Bezugspersonen verwendet wurden. Die berechneten Werte für Kappa entsprechen nach Landis und Koch (Landis

& Koch, 1977) der Übereinstimmungsstärke „substantial“, was eine wesentliche Übereinstimmung bedeutet.

Tabelle 8: Übereinstimmung von Bezugspersonen und deren Kindern.

	Einschätzung Probleme F1	Einschätzung Probleme F2	Einschätzung Safety-Plan F1	Einschätzung Safety-Plan F2
Kappa	.35	.32	.63	.18
Signifikanz	< .01	.002	.489	.034
Übereinstimmungsstärke nach Landis und Koch	fair	fair	substantial	substantial

4 Diskussion

Mit der vorliegenden Arbeit sollte der Einfluss der Bezugspersonen im ambulanten Notfallmanagement näher untersucht werden.

Es wurde untersucht, inwieweit die elterliche Motivation mit dem klinischen Outcome ihrer Kinder korreliert. Dabei wurde angenommen, dass eine höhere Motivation der Eltern mit signifikant besserem Outcome assoziiert ist. Die durchgeführte Studie konnte zeigen, dass der Wunsch nach Veränderung des Kindes mit dem Outcome in Bezug auf Suizidgedanken korreliert, wobei in der durchgeführten Regressionsanalyse kein signifikanter linearer Zusammenhang festgestellt werden konnte. Der PMI Gesamtwert und die anderen Subskalen des PMI (Wahrgenommene Fähigkeit, das Erziehungsverhalten zu ändern; Bereitschaft zur Änderung des Erziehungsverhaltens) korrelierten jedoch nicht mit den anderen Outcomevariablen (Nicht-suizidale selbstverletzende Gedanken; Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten; Suizidversuche; Global Severity Index).

Dabei ist der gefundene, nur geringe, Zusammenhang zwischen elterlicher Motivation und dem Outcome der Patient:innen nicht im Widerspruch mit der Literatur. Die Motivation der Eltern scheint für die Behandlungsteilnahme und -umsetzung eine wesentliche Rolle zu spielen (Nock & Ferriter, 2005). In der vorliegenden Studie wurden jedoch nur Patient:innen eingeschlossen, welche das ambulante Notfallmanagement und die nachfolgenden katamnestischen Untersuchungen abgeschlossen haben. Das Outcome von Patient:innen mit einem vorzeitigen Behandlungsabbruch, der möglicherweise auch geringerer elterlicher Motivation bzw. geringer Erwartungen der Eltern an die Therapie geschuldet ist, wurde somit nicht erfasst. Eine hohe elterliche Motivation zu Termin 2, welche sich eben auch durch eine regelmäßige nachfolgende Teilnahme der Patient:innen und somit zum Einschluss in die Studie zeigte, wirkt sich möglicherweise nicht mehr weiter auf das Outcome aus, da die Rolle der elterlichen Motivation auf das Outcome womöglich eher im Ermöglichen der Behandlung liegt, während für den weiteren Verlauf und das weitere Outcome vielmehr die Motivation der Patient:innen selbst eine entscheidende Rolle spielt. Da jedoch auch die Einstellung und die Erwartungen der Eltern zur Therapie die Kinder und deren Entscheidungen beeinflusst (Clarke et al., 2004; Nock et al., 2001), könnte man annehmen, dass eine hohe Motivation der Eltern sich auch in einer hohen

Motivation der Kinder und damit einem besseren Outcome widerspiegelt. Ob die Rolle der Motivation auf das Outcome aber tatsächlich vor allem in physischer Unterstützung (also z.B. zu Terminen fahren) liegt und inwieweit psychische Unterstützung (z.B. positiver Zuspruch) eine Rolle spielt, sollte Ziel weiterer Forschung sein. Zusätzlich ist zu beachten, dass es sich beim ambulanten Notfallmanagement um eine Unterstützung in einer akuten bzw. postakuten Situation handelt. In dieser ist möglicherweise der Einfluss der elterlichen Motivation auf das Outcome geringer als bei langfristigen kindlichen Therapien, da das ambulante Notfallmanagement zunächst kein längerfristiges Engagement der Eltern erfordert und z.B. negative Einstellungen der Eltern bezüglich einer psychiatrischen Behandlung noch nicht zum Vorschein kommen.

Weiter wurde beobachtet, wie sich die Motivation der Eltern im Lauf des ambulanten Notfallmanagements entwickelt. Dabei zeigte sich, dass weder im Gesamtwert noch bei den Subskalen des PMI eine signifikante Zunahme der Motivation vorzufinden war. Stattdessen zeigte sich sogar eine signifikante Abnahme des PMI Gesamtwerts und der Subskala „Wunsch nach Veränderung des Kindes“ im Verlauf von Termin 2 zu Follow-Up-Termin 1. Allgemein zeigte sich, wie in Abbildung 7 ersichtlich, eine durch den PMI gemessene Abnahme der elterlichen Motivation zur Behandlung über den Beobachtungszeitraum. Lediglich die wahrgenommene Fähigkeit, das Erziehungsverhalten zu ändern, erreichte zu Follow-Up-Termin 2 ähnliche Werte wie zu Beginn.

Es könnte dabei mehrere Gründe für die Abnahme der elterlichen Behandlungsmotivation geben: Zum einen könnte der Beobachtungszeitraum zu kurz gewesen sein, so dass anfangs möglicherweise der empfundene Aufwand für die Behandlung (Anfahrt, Umsetzung der Empfehlungen, usw.) den empfundenen Nutzen für die Eltern übersteigt. Diese wahrgenommene Belastung entspricht einer Behandlungsbarriere (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997), welche Einfluss auf die Bewertung der Behandlung hat (Kazdin, 2000) und somit möglicherweise die elterliche Motivation senkte. Auch ein durch den relativ kurzen Beobachtungszeitraum noch nicht vorhandener Behandlungserfolg bekräftigte möglicherweise eine bereits vorhandene geringe Wertschätzung der Behandlung durch die Eltern, was wiederum einer Behandlungsbarriere entspricht (Kazdin, Holland, Crowley et al., 1997) und somit eventuell Einfluss auf den Motivationsverlauf hatte. Dieser Effekt könnte insbesondere

bei initial stark motivierten Eltern auftreten, da diese möglicherweise auch besonders hohe Erwartungen an die Therapie bzw. Behandlung haben. Da die elterliche Motivation die wahrgenommenen Behandlungsbarrieren voraussagt (Nock & Photos, 2006), ist es vorstellbar, dass im Umkehrschluss ebenso wahrgenommene Behandlungsbarrieren die Motivation voraussagen bzw. beeinflussen.

Ebenso könnte auch eine Entlastung der Eltern dazu beitragen, dass die Motivation rückläufig ist. Das Gefühl, dass den Kindern- und Jugendlichen durch den Safety-Plan und durch die klinische Anbindung eine Unterstützung zur Verfügung steht, vermittelt den Eltern möglicherweise Sicherheit und wirkt sich so auch auf die elterliche Motivation im Verlauf der Behandlung aus. Auch eine Abnahme der selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen könnte sich in der Reduktion der Motivation und insbesondere in der Subskala „Wunsch nach Veränderung des Kindes“ widerspiegeln. Hierfür würde auch der, wenn auch nicht signifikante Anstieg, in der Subskala „Wahrgenommene Fähigkeit das Erziehungsverhalten zu ändern“, sprechen. Eine Erhebung der elterlichen Belastung im Verlauf des ambulanten Notfallmanagements würde möglicherweise diese Zusammenhangsvermutung weiter festigen.

Zudem wurde untersucht, wie sich die Belastung der Eltern auf das Outcome auswirkt. Dabei konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen elterlicher Belastung und dem Outcome ihrer Kinder festgestellt werden.

Während Semke et al. (2010) zeigen konnte, dass gestresste Eltern ein Gefühl von reduzierter Selbstwirksamkeit empfinden können, welches ihre familiäre Mitwirkung beeinflusst, scheint dies in der aktuellen Studie keinen Einfluss auf das Outcome ihrer Kinder zu haben. Elterlicher Stress kann als Behandlungsbarriere angesehen werden (Kazdin, Holland, & Crowley, 1997) und gilt als Prädiktor für einen Behandlungsabbruch (Kazdin & Mazurick, 1994). Der nicht gefundene Zusammenhang zwischen elterlicher Belastung und dem Outcome lässt sich möglicherweise darin begründen, dass nur Patient:innen in die Studie eingeschlossen wurden, welche das ambulante Notfallmanagement und die Follow-Up-Termine durchlaufen haben. Eltern, die aufgrund elterlicher Belastung und somit geringen Ressourcen, eine Vorstellung ihrer Kinder nicht ermöglichen konnten oder wollten, wurden nicht erfasst. Auch wurde nicht evaluiert, ob eventuell eine zu hohe elterliche Belastung zum Abbruch des ambulanten Notfallmanagements oder der Follow-Up-Termine führte. Somit konnte eine Bewertung des Outcomes dieser

Patient:innengruppe nicht erfolgen. Aber auch ein, wie von Crawford und Manassis (2001) beschrieben, schlechteres Therapieansprechen bei elterlicher Belastung wurde nicht gefunden. Hier besteht möglicherweise ein Unterschied bei Patient:innen mit Angststörungen und mit selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen. Aber auch die Tatsache, dass es sich beim ambulanten Notfallmanagement eher um eine Intervention als eine Therapie im klassischen Sinne handelt, könnte hierfür eine Rolle gespielt haben, da eine langfristige Therapie für belastete Eltern wiederum mit mehr Aufwand verbunden ist. Zudem erfolgte die Bewertung des Therapieansprechens in der oben erwähnten Studie unter anderem durch subjektive Bewertung durch die Eltern, wobei in unserer Studie eine Bewertung anhand klinischer Kriterien erfolgte. Auch wenn in dieser Studie die initiale elterliche Belastung offenbar nicht mit dem Outcome zusammenhängt, ist auch denkbar, dass, wie bereits diskutiert, eine Abnahme der Belastung durch das ambulante Notfallmanagement entsteht. Die Reduktion der Belastung und damit von Behandlungsbarrieren könnte somit im Verlauf des ambulanten Notfallmanagements letztendlich durch frei gewordene Ressourcen doch einen Einfluss auf das Outcome haben. Auch hier würde eine Erhebung der elterlichen Belastung im Verlauf hilfreich sein.

Auch wurden die Eltern gefragt, ob sie alleinerziehend sind und welchen Beziehungsstatus sie haben. In der vorliegenden Studie hatte dabei keines der beiden Merkmale einen Einfluss auf das Outcome.

Abidin (1990b) beschreibt die Partnerbeziehung der Eltern als einen der Einflussfaktoren auf die elterliche Belastung, welche dann in einem dysfunktionalen Erziehungsverhalten enden kann und an der Genese von NSSV (Baetens et al., 2015; Cassels et al., 2018; Gatta et al., 2017; Tatnell et al., 2014; Victor et al., 2019) und suizidalem Verhalten (Sheftall et al., 2013; Wilkinson et al., 2011) beteiligt beschrieben wird. Aber auch Kazdin und Mazurick (1994) beschreiben zum Beispiel alleinerziehende Mütter und ein nichtbiologisches Elternteil als Familienoberhaupt als Prädiktoren für einen Behandlungsabbruch.

Inwieweit diese Faktoren in der aktuellen Studie einen Einfluss auf die Therapieteilnahme und einen eventuellen Behandlungsabbruch haben, lässt sich durch das Studiendesign nicht evaluieren, jedoch scheinen diese Faktoren bei den Patient:innen, welche das ambulante Notfallmanagement und die katamnestischen Termine abgeschlossen haben, keinen Einfluss auf das Outcome zu haben. Auch hier

ist vorstellbar, dass insbesondere alleinerziehende Eltern mit einem hohen Stresslevel von einer kurzen Intervention wie dem ambulanten Notfallmanagement profitieren und es so keinen signifikanten Unterschied im Outcome gibt.

Die Eltern wurden außerdem bezüglich neurologischen oder psychischen Erkrankungen befragt. Dabei zeigt sich, dass es keinen Zusammenhang zwischen neurologischen oder psychischen Begleiterkrankungen und der Umsetzung von Behandlungsempfehlungen gab.

Auch Psychopathologie ist ein Faktor für elterliche Belastung und für ein dysfunktionales Erziehungsverhalten (Abidin, 1990b) und vermindert die vorhandenen Ressourcen, da diese für die eigene Krankheitsbewältigung benötigt werden (Irlbauer-Müller et al., 2018). Auch verstärkt elterliche Belastung und insbesondere eine psychische Erkrankung der Eltern die kindlichen psychischen Symptome (Irlbauer-Müller et al., 2018; Stadelmann et al., 2010), was im Umkehrschluss wieder zu einer noch höheren elterlichen Belastung führt.

Dies scheint in der aktuellen Studie jedoch nicht die Umsetzung der Empfehlungen zu beeinflussen. Dies lässt sich möglicherweise darin begründen, dass das erkrankte Elternteil nicht in die Behandlung ihrer Kinder involviert ist und stattdessen ein gesundes Elternteil bzw. andere Bezugspersonen diese Aufgaben übernehmen. Ein weiterer zu beachtender Aspekt ist, dass nicht jede neurologische oder psychische Begleiterkrankung zu einer gleichen elterlichen Belastung und damit zu einer gleichen Verminderung von Ressourcen führt. Floride psychische oder neurologische Erkrankungen fordern vermutlich deutlich mehr persönliche Ressourcen als gut kontrollierbare Erkrankungen. Auch ist die Anzahl der Erkrankungen sicher ein wesentlicher Aspekt und summiert den Ressourcenverbrauch. Da diesbezüglich keine Differenzierung bei der Auswertung stattgefunden hat, ist es möglich, dass signifikante Unterschiede nicht zur Geltung kamen. Ebenso können auch somatische Erkrankungen Einfluss auf die Belastung und die Ressourcen der Eltern haben. Eine verminderte Umsetzung der Empfehlung durch Eltern mit somatischen Erkrankungen könnte einen etwaigen Unterschied der beiden Gruppen, also Eltern mit und ohne psychische/neurologische Erkrankungen, nicht signifikant wirken lassen. Auch nicht wahrheitsgemäße Beantwortung der Fragen hinsichtlich psychischer/neurologischer Vorerkrankungen könnte einen Unterschied der beiden Gruppen durch falsche Zuteilung verfälscht haben.

Hinsichtlich der Einschätzung der Entwicklung der Probleme und des Nutzen des Safety-Plan zeigte sich eine gemischte Übereinstimmung.

Hinsichtlich der Entwicklung der Probleme gab es nur eine mäßige Übereinstimmung zwischen den Patient:innen und ihren Bezugspersonen. Hierbei gibt es verschiedene Erklärungsansätze: Elterliche Belastung kann zu einem dysfunktionalen Erziehungserhalten (Abidin, 1990b) und einem ungünstigen Familienklima führen (U. Petermann & Petermann, 2005). Dieses schlechte Eltern-Kind-Verhältnis ist nicht nur ein Risikofaktor für NSSV (Martin et al., 2016) sondern führt letztendlich zu einer dysregulierten emotionalen Entwicklung (Schore, 2001). Diese Umstände tragen möglicherweise zur fehlenden Offenbarung von Gefühlszuständen und Problemen bei, was somit zu einer unterschiedlichen Einschätzung hinsichtlich der Entwicklung der Probleme führt. Eine andere Erklärung ist, dass es Eltern schwer fällt mit ihren Kindern, insbesondere über NSSV, zu sprechen (Fu et al., 2020) oder die Kinder ihre Eltern durch Offenbarung ihrer Probleme nicht belasten oder verletzen wollen – so zeigte eine Studie unter Jugendlichen, die sich selbst verletzen, dass viele das Gefühl haben mit ihren Problemen alleine zurechtzukommen zu müssen und dass ein Hilfesuchen unter anderem Leute verletzt, die ihnen wichtig sind (Fortune et al., 2008). Auch wäre es denkbar, dass die Definition der Probleme und somit auch deren Entwicklung subjektiv ist und ein Problem des Kindes von den Bezugspersonen nicht als Problem aufgefasst wird und es somit zu einer unterschiedlichen Einschätzung kommt. Hierfür spricht auch die Tatsache, dass in beiden Follow-Up-Terminen prozentual mehr Bezugspersonen die Probleme der Kinder als geringer im Vergleich zum Termin 2 eingeschätzt haben als die Kinder selbst. Auch Kandsperger, Jarvers, Ecker et al. (2021) konnte in Bezug auf krisenauslösende Faktoren nach NSSV zeigen, dass Kinder und Jugendliche und ihre Bezugspersonen teilweise andere Faktoren angeben, wobei die Meinung der Bezugspersonen diesbezüglich beachtet, aber auch nicht überbewertet werden sollte.

Bezüglich der Einschätzung des Nutzen des Safety-Plans gab es hingegen eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Patient:innen und Bezugspersonen. Dies ist möglicherweise darin zu begründen, dass der Nutzen des Safety-Plans in akuten Situationen einfach zu sehen ist und die Bezugspersonen dies auch wahrnehmen können, ohne dass das Kind Einzelheiten über genaue Gefühlszustände oder Probleme offenbaren muss.

4.1 Limitationen und Stärken der Studie

Diese Arbeit beschäftigt sich mit der, in der Forschung bisher wenig beachteten Rolle der Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen mit selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen in der ambulanten kinder- und jugendpsychiatrischen Notfallversorgung. Es gibt jedoch auch einige Einschränkungen hinsichtlich der durchgeführten Studie.

Auch wenn die Gesamtzahl der Patient:innen eine respektable Stichprobe erreicht, verringert sich die Stichprobe, insbesondere in Bezug auf die Bezugspersonen, durch die teils spezifischen Hypothesen und der Notwendigkeit, dass die Kinder jeweils von der gleichen Bezugsperson begleitet werden, was insbesondere für die Verlaufsbeobachtung von großer Bedeutung ist. Hier konnten jedoch in Anbetracht des organisatorischen Aufwands für die Bezugspersonen keine Vorgaben gemacht werden. Auch wurde die Stichprobe aus einer einzigen psychiatrischen Klinik gebildet und regionale Unterschiede sind möglich. Auch waren in unserer Stichprobe Patient:innen mit langfristigem stationären kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsbedarf und Patient:innen, die bereits eine adäquate ambulante Versorgung hatten, ausgeschlossen. Daher repräsentieren unsere Ergebnisse nicht die volle Bandbreite der Patient:innen, die sich wegen selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen in einer Notaufnahme vorstellen. Dennoch kann die aktuelle Stichprobe als repräsentativ für ambulante Patient:innen einer psychiatrischen Klinik für Kinder und Jugendlichen angesehen werden, die keine langfristige stationäre Behandlung benötigen, aber dennoch einen hohen Bedarf an Interventionen haben. Eine weitere Einschränkung ist, dass Gründe für einen Abbruch des ambulanten Notfallmanagements oder der katamnestischen Nachbeobachtung nicht in die Auswertung eingeflossen sind, was insbesondere bei elterlichen Ursachen von großem Interesse gewesen wäre.

Die initialen psychiatrischen Beurteilungen im ambulanten Notfallmanagement wurden von vier erfahrenen und geschulten Klinikern durchgeführt und die endgültige Entscheidung über kategorische Diagnosen wurde zusammen mit Fachärzten der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie getroffen. Auch die Follow-Up-Studie wurden von geschulten Doktorand:innen betreut, um ein hohes Maß an Objektivität und

Reliabilität zu erreichen. Trotzdem ist möglicherweise die fehlende Berechnung der Interrater-Reliabilität als weitere Einschränkung zu werten.

Auch die Bezugspersonen wurden mithilfe von Fragebögen ohne Anwesenheit von Studienpersonal befragt, wobei dieses für Rückfragen jederzeit zur Verfügung stand. Dennoch ist es möglich, dass dadurch die Fragebögen nicht gewissenhaft ausgefüllt und somit Ergebnisse verfälscht wurden.

Ein weiterer Aspekt, der als Einschränkung betrachtet werden kann ist, dass die Anzahl der verschiedenen selbstverletzenden Gedanken- und Verhaltensweisen eine große Spannweite aufweist. Das ist darauf zurückzuführen, dass die Patient:innen diesbezüglich numerische Angaben machen, da es nicht viele objektive Möglichkeiten gibt um die Häufigkeit von selbstverletzenden Gedanken- und Verhaltensweise zu erfassen. In Fällen mit unrealistischen Antworten achteten die Kliniker sowie die betreuenden Doktorand:innen dennoch darauf eine möglichst realistische Antwort zu erhalten. Zudem wurden zu der Berechnung des Outcome die prozentuale Veränderung über den Beobachtungszeitraum herangezogen, um den Einfluss von möglicherweise unrealistischen absoluten Zahlen zu minimieren.

Zuletzt ist als Einschränkung zu nennen, dass, wie bereits erwähnt, keine Erhebung der elterlichen Belastung im Studienverlauf stattgefunden hat und Gründe für ein Abbrechen des ambulanten Notfallmanagements nicht erfasst wurden. Dies würde die Situation sowie den Nutzen und die Hürden des ambulanten Notfallmanagements noch genauer abbilden.

Trotzdem können die aktuelle Studie und die daraus gewonnen Ergebnisse ein gutes Bild über die Situation der Bezugspersonen von Kindern- und Jugendlichen mit selbstverletzendem Gedanken- und Verhaltensweisen aufzeigen und liefern wichtige Informationen über den Nutzen und die Hürden bei der Teilnahme am ambulanten Notfallmanagement. Wie bereits erwähnt, hat die Gesamtstichprobe eine respektable Größe und repräsentiert gut das Patient:innenklientel mit selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen, die sich in einer Notaufnahme vorstellen.

Die initialen psychiatrischen Beurteilungen erfolgten nach klinischem Goldstandard und auch die Follow-Ups wurden so durchgeführt, dass sie die Gütekriterien

wissenschaftlichen Arbeitens erfüllen. Insgesamt erfolgte eine sehr genaue Erhebung der elterlichen und kindlichen Symptomatik und Sichtweisen.

Dabei wurde in dieser Arbeit insbesondere auf die bisher wenig beachtete Rolle der Eltern und elterlichen Bezugspersonen im ambulanten Notfallmanagement eingegangen und versucht, diese zu beleuchten. Somit können ambulante Notfallangebote noch besser auch an die Bedürfnisse von Eltern und elterlichen Bezugspersonen angepasst werden und somit auch indirekt die Kinder und Jugendlichen langfristig davon profitieren.

5 Zusammenfassung

NSSV und Suizidalität sind ein häufiges Phänomen in Kliniken der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Zahl der notfallmäßigen Vorstellungen aufgrund dieses selbstschädigen Verhaltens steigt stetig an. Das standardisierte ambulante Notfallmanagement soll durch eine rasche Terminvergabe und eine erste Frühintervention selbstverletzende Gedanken- und Verhaltensweisen verhindern bzw. reduzieren. Dabei werden die Kinder und Jugendlichen oft von ihren Bezugspersonen, insbesondere den Eltern, begleitet.

Ziel dieser Arbeit war es, die Rolle der Bezugspersonen im standardisierten ambulanten Notfallmanagement und deren Einfluss auf das Behandlungsergebnis zu untersuchen.

Hierfür wurden mithilfe von strukturierten klinischen Interviews und Fragebögen während des ambulanten Notfallmanagements soziodemographische Daten der Eltern (Psychische Erkrankungen, Beziehungsstatus), die elterliche Belastung und die Motivation zur Behandlung ihrer Kinder erhoben. In zwei katamnestischen Follow-Up-Terminen erfolgte eine erneute Erhebung der Behandlungsmotivation, Fragen zur Umsetzung der Behandlungsempfehlungen sowie eine erneute Erhebung der selbstverletzenden Gedanken und Verhaltensweisen der Kinder und Jugendlichen.

Es zeigte sich, dass die elterliche Belastung und die Motivation der Eltern in dieser akuten Situation keinen signifikanten Einfluss auf das klinische Outcome der Kinder und Jugendlichen hatte und die Motivation der Eltern im Nachbeobachtungszeitraum eher abnahm, was zum einen unter anderem an wahrgenommenen Behandlungsbarrieren liegen kann, aber auch an einer durch die Intervention entstandenen Entlastung. Hier könnte in weiteren Arbeiten eine Erhebung der elterlichen Belastung im Verlauf sinnvoll sein, um einen eventuellen Zusammenhang aufzudecken.

Auch Merkmale wie der Beziehungsstatus der Eltern und „alleinerziehend“ hatten keinen signifikanten Einfluss auf das Outcome. Hier ist denkbar, dass insbesondere alleinerziehende Eltern von einer kurzfristigen Intervention wie dem ambulanten

Notfallmanagement profitieren und sich so kein signifikanter Unterschied in den gebildeten Gruppen aufzeigt.

Neurologische oder psychischen Erkrankungen der Eltern scheinen sich nicht auf die Umsetzung der Empfehlungen des ambulanten Notfallmanagements auszuwirken. Dieses Ergebnis könnten mehrere Aspekte beeinflusst haben und für genauere Aussagen dazu sind ausführlichere Erhebungen notwendig.

Zuletzt zeigte sich hinsichtlich der Einschätzung der Entwicklung der Probleme und des Nutzen des Safety-Plan eine gemischte Übereinstimmung. Die mäßige Übereinstimmung in Bezug auf die Entwicklung der Probleme ist hier möglicherweise unter anderem auf eine subjektive Bewertung der Probleme und eine eingeschränkte Kommunikation bzw. tiefgreifenden Austausch zwischen Eltern und ihren Kindern zurückzuführen, während der Nutzen des Safety-Plan offensichtlicher zu erkennen ist und es so zu einer wesentlichen Übereinstimmung hinsichtlich des Nutzens kommt.

Weitere Forschung sollte, sowohl im Hinblick auf die elterliche Gesundheit als auch auf die kindliche Gesundheit, weiterhin auch auf die Rolle der Bezugspersonen, insbesondere der Eltern, eingehen, um ambulante Notfallangebote aber auch langfristige Therapieangebote anzupassen und zu optimieren.

6 Literaturverzeichnis

- Abidin, R. R. (1983). *Parenting Stress Index: Manual*. Pediatric Psychology Press, 2915 Idlewood Drive, Charlottesville, VA 22901.
- Abidin, R. R. (1990a). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298–301.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1
- Abidin, R. R. (1990b). Introduction to the Special issue: The Stresses of Parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298–301.
https://doi.org/10.1207/s15374424jccp1904_1
- American Psychiatric Association. (1986). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2018). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5®* (P. Falkai, H.-U. Wittchen, M. Döpfner, W. Gaebel, W. Maier, W. Rief, H. Saß, & M. Zaudig, Hrsg.; 2. Aufl.). Hogrefe.
<https://doi.org/10.1026/02803-000>
- Armitage, C. J., Rahim, W. A., Rowe, R., & O'Connor, R. C. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 208(5), 470–476.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162495>
- Baetens, I., Andrews, T., Claes, L., & Martin, G. (2015). The association between family functioning and NSSI in adolescence: The mediating role of depressive symptoms. *Family Science*, 6(1), 330–337.
<https://doi.org/10.1080/19424620.2015.1056917>

- Becker, K., Adam, H., In-Albon, T., Kaess, M., Kapusta, N., & Plener, P. L. (2017). *Diagnostik und Therapie von Suizidalität im Jugendalter: Das Wichtigste in Kürze aus den aktuellen Leitlinien*. 13.
- Becker, K., Kaess, M., & Plener, P. L. (2017). Suizidalität und nicht-suizidale selbstverletzende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter: Suicidality and Nonsuicidal Self-Injury in childhood and adolescence. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(6), 437–440. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000553>
- Bresin, K., & Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55–64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Brown, G. K., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E., & Beck, A. T. (2005). *Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts*. 8.
- Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Fischer, G., Carli, V., Hoven, C. W., Wasserman, C., Sarchiapone, M., Resch, F., Apter, A., Balazs, J., Barzilay, S., Bobes, J., Corcoran, P., Cosman, D., Haring, C., Iosuec, M., Kahn, J.-P., Keeley, H., ... Wasserman, D. (2014). Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: A comparative study of findings in 11 European countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 55(4), 337–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12166>
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 641. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.641>

- Brunner, R., & Schmahl, C. (2012). Nicht-suizidale Selbstverletzung (NSSV) bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Kindheit und Entwicklung, 21*(1), 5–15. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000065>
- Burchard, F., & Diebenbusch, T. (2017). Krisenintervention in einer Versorgungsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 66*(1), 5–25. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.1.5>
- Bureau, J.-F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2010). Perceived Dimensions of Parenting and Non-suicidal Self-injury in Young Adults. *Journal of Youth and Adolescence, 39*(5), 484–494. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9470-4>
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township)), 4*(7), 28–37.
- Cassels, M., van Harmelen, A.-L., Neufeld, S., Goodyer, I., Jones, P. B., & Wilkinson, P. (2018). Poor family functioning mediates the link between childhood adversity and adolescent nonsuicidal self-injury. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(8), 881–887. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12866>
- Clarke, A. R., Schnieden, V., Hamilton, B. A., Dudley, A. M., Beard, J., Einfeld, S. L., Buss, R., Tobin, M., Knowles, M., Stevens, G., & Gibbs, N. (2004). Factors Associated with Treatment Compliance in Young People Following an Emergency Department Presentation for Deliberate Self-Harm. *Archives of Suicide Research, 8*(2), 147–152. <https://doi.org/10.1080/13811110490270994>
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial Predictors of Treatment Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Journal of the American Academy of Child &*

Adolescent Psychiatry, 40(10), 1182–1189. <https://doi.org/10.1097/00004583-200110000-00012>

Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314–332. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00152.x>

Döpfner, M., Plück, J., & Kinnen, C. (2014). *Deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (CBCL/6-18R), Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (TRF/6-18R), Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R)* (1. Auflage). Hogrefe.

Dorsch, F. (2021). *Dorsch—Lexikon der Psychologie* (M. A. Wirtz, Hrsg.; 20., überarbeitete Auflage). Hogrefe.

Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2012). Family Factors in the Development, Treatment, and Prevention of Childhood Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(2), 144–162. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>

Endicott, J. (1976). The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33(6), 766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770060086012>

Fehling, K. B., & Selby, E. A. (2021). Suicide in DSM-5: Current Evidence for the Proposed Suicide Behavior Disorder and Other Possible Improvements. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 499980. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.499980>

Fischer, G., Ameis, N., Parzer, P., Plener, P. L., Groschwitz, R., Vonderlin, E., Kölch, M., Brunner, R., & Kaess, M. (2014). The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): A tool to assess non-suicidal self-

- injury and suicidal behavior disorder. *BMC Psychiatry*, 14(1), 265.
<https://doi.org/10.1186/s12888-014-0265-0>
- Fliege, H., Lee, J.-R., Grimm, A., & Klapp, B. F. (2009). Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(6), 477–493. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.013>
- Fortune, S., Sinclair, J., & Hawton, K. (2008). Help-seeking before and after episodes of self-harm: A descriptive study in school pupils in England. *BMC Public Health*, 8(1), 369. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-369>
- Franke, G. H. (2014). *Symptom-Checklist-90®-Standard (SCL-90®-S)*. Hogrefe.
- Franzen, M., Keller, F., Brown, R. C., & Plener, P. L. (2020). Emergency Presentations to Child and Adolescent Psychiatry: Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 979. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00979>
- Fu, X., Yang, J., Liao, X., Lin, J., Peng, Y., Shen, Y., Ou, J., Li, Y., & Chen, R. (2020). Parents' Attitudes Toward and Experience of Non-Suicidal Self-Injury in Adolescents: A Qualitative Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 651. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00651>
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B., & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft. Eine deutschsprachige, erw. Bearb. d. amerikanischen Originalversion d. SKID-II von: M.B. First, R.L. Spitzer, M. Gibbon, J.B.W. Williams, L. Benjamin, (Version 3/96)*. <http://hdl.handle.net/11858/00-001M-0000-000E-A9B3-8>
- Gatta, M., Miscioscia, M., Sisti, M., Comis, I., & Battistella, P. A. (2017). Interactive Family Dynamics and Non-suicidal Self-Injury in Psychiatric Adolescent

- Patients: A Single Case Study. *Frontiers in Psychology*, 08.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00046>
- Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 44(1), 1–29.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2014.945211>
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>
- Glenn, C. R., Lanzillo, E. C., Esposito, E. C., Santee, A. C., Nock, M. K., & Auerbach, R. P. (2017). Examining the Course of Suicidal and Nonsuicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Outpatient and Inpatient Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 45(5), 971–983. <https://doi.org/10.1007/s10802-016-0214-0>
- Guy, W. (1976). *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs.
- IBM Corp. (2021). *IBM SPSS Statistics for Windows (28.0.0.0)*.
- In-Albon, T., Ruf, C., & Schmid, M. (2013). Proposed Diagnostic Criteria for the DSM-5 of Nonsuicidal Self-Injury in Female Adolescents: Diagnostic and Clinical Correlates. *Psychiatry Journal*, 2013, 1–12.
<https://doi.org/10.1155/2013/159208>

- In-Albon, T., Tschan, T., Schwarz, D., & Schmid, M. (2015). Emotionsregulation bei Jugendlichen mit Nichtsuizidalen Selbstverletzungen/ Emotion Regulation in Adolescents with Nonsuicidal Self-Injury. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *64*(5), 386–403. <https://doi.org/10.13109/prkk.2015.64.5.386>
- Irlbauer-Müller, V., Eichler, A., A. Donhauser, J., E. Poehlmann, N., Stemmler, M., H. Moll, G., & Kratz, O. (2018). Das Eltern-Belastungs-Inventar (EBI): Einsatz und Nutzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. *Diagnostica*, *64*(1), 37–48. <https://doi.org/10.1026/0012-1924/a000191>
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The Epidemiology and Phenomenology of Non-Suicidal Self-Injurious Behavior Among Adolescents: A Critical Review of the Literature. *Archives of Suicide Research*, *11*(2), 129–147. <https://doi.org/10.1080/13811110701247602>
- Joiner, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(3), 634–646. <https://doi.org/10.1037/a0016500>
- Kaess, M., Brunner, R., & Resch, F. (2013). Nichtsuizidale Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH up2date*, *7*(02), 105–120. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1332947>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., & Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, *206*(2–3), 265–272. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.10.012>
- Kandsperger, S., Jarvers, I., Ecker, A., Schleicher, D., Madurkay, J., Otto, A., & Brunner, R. (2021). Emotional Reactivity and Family-Related Factors

- Associated With Self-Injurious Behavior in Adolescents Presenting to a Child and Adolescent Psychiatric Emergency Service. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 634346. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.634346>
- Kandsperger, S., Jarvers, I., Schleicher, D., Ecker, A., Wirth, M., & Brunner, R. (2021). Suicidality Presented to a Child and Adolescent Psychiatry Emergency Service: Increasing Rate and Changing Characteristics. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 708208. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.708208>
- Kazdin, A. E. (2000). Perceived Barriers to Treatment Participation and Treatment Acceptability Among Antisocial Children and Their Families. *Journal of Child and Family Studies*, 18.
- Kazdin, A. E., Holland, L., & Crowley, M. (1997). *Family Experience of Barriers to Treatment and Premature Termination From Child Therapy*. 11.
- Kazdin, A. E., Holland, L., Crowley, M., & Breton, S. (1997). Barriers to Treatment Participation Scale: Evaluation and Validation in the Context of Child Outpatient Treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(8), 1051–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01621.x>
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). *Dropping Out of Child Psychotherapy: Distinguishing Early and Late Dropouts Over the Course of Treatment*. 6.
- Kazdin, A. E., & Wassell, G. (1999). Barriers to Treatment Participation and Therapeutic Change Among Children Referred for Conduct Disorder. *Journal of Clinical Child Psychology*, 28(2), 160–172. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2802_4
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 226–239. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.08.002>

- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating Suicide Attempters from Suicide Ideators: A Critical Frontier for Suicidology Research. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 44*(1), 1–5. <https://doi.org/10.1111/sltb.12068>
- Koch, J. (2014). Psychologische Diagnostik—Testverfahren im Überblick. *Deutsches Ärzteblatt, Heft 8*, 361–364.
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics, 33*(1), 159. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (2015). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(8), 1183–1192. <https://doi.org/10.1017/S003329170700027X>
- Martin, J., Bureau, J.-F., Cloutier, P., & Lafontaine, M.-F. (2011). A Comparison of Invalidating Family Environment Characteristics Between University Students Engaging in Self-Injurious Thoughts & Actions and Non-Self-Injuring University Students. *Journal of Youth and Adolescence, 40*(11), 1477–1488. <https://doi.org/10.1007/s10964-011-9643-9>
- Martin, J., Bureau, J.-F., Yurkowski, K., Fournier, T. R., Lafontaine, M.-F., & Cloutier, P. (2016). Family-based risk factors for non-suicidal self-injury: Considering influences of maltreatment, adverse family-life experiences, and parent–child relational risk. *Journal of Adolescence, 49*, 170–180. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2016.03.015>

- Mechanic, D., & Hansell, S. (1989). Divorce, Family Conflict, and Adolescents' Well-Being. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(1), 105.
<https://doi.org/10.2307/2136916>
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(2), 324–333.
<https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 10.
<https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-10>
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for Suicide Attempts Among Adolescents Who Engage in Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 11(1), 69–82. <https://doi.org/10.1080/13811110600992902>
- Nitkowski, D., & Petermann, F. (2011). Selbstverletzendes Verhalten und komorbide psychische Störungen: Ein Überblick. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 79(01), 9–20. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245772>
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 339–363.
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258>
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R. C., Lepine, J. P., Medina-Mora, M. E., Ono, Y., ... Williams, D. R. (2009). *Cross-National Prevalence and Risk Factors for Suicidal Ideation, Plans, and Attempts*. 21.

- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., & Ferriter, C. (2005). Parent Management of Attendance and Adherence in Child and Adolescent Therapy: A Conceptual and Empirical Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *8*(2), 149–166. <https://doi.org/10.1007/s10567-005-4753-0>
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, *19*(3), 309–317. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.19.3.309>
- Nock, M. K., Phil, M., & Kazdin, A. E. (2001). Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, *26*.
- Nock, M. K., & Photos, V. (2006). Parent Motivation to Participate in Treatment: Assessment and Prediction of Subsequent Participation. *Journal of Child and Family Studies*, *15*(3), 333–346. <https://doi.org/10.1007/s10826-006-9022-4>
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The Emotion Reactivity Scale: Development, Evaluation, and Relation to Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Behavior Therapy*, *39*(2), 107–116. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.05.005>
- Oquendo, M. A., & Baca-Garcia, E. (2014). Suicidal behavior disorder as a diagnostic entity in the DSM-5 classification system: Advantages outweigh limitations. *World Psychiatry*, *13*(2), 128–130. <https://doi.org/10.1002/wps.20116>

- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.10.009>
- Pesonen, A.-K., Räikkönen, K., Heinonen, K., Komsj, N., Järvenpää, A.-L., & Strandberg, T. (2008). A Transactional Model of Temperamental Development: Evidence of a Relationship between Child Temperament and Maternal Stress over Five Years. *Social Development*, 17(2), 326–340. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00427.x>
- Petermann, F., & Nitkowski, D. (2011). Selbstverletzendes Verhalten: Merkmale, Diagnostik und Risikofaktoren. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 61(01), 6–15. <https://doi.org/10.1055/s-0030-1255086>
- Petermann, U., & Petermann, F. (2005). Risiko- und Schutzfaktoren in der kindlichen Entwicklung. In J. Althammer (Hrsg.), *Familienpolitik und soziale Sicherung* (S. 39–55). Springer-Verlag. https://doi.org/10.1007/3-540-27292-5_3
- Plener, P. L., Brunner, R., Resch, F., Fegert, J. M., & Libal, G. (2010). Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(2), 77–89. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.a000015>
- Plener, P. L., Fegert, J. M., Kaess, M., Kapusta, N. D., Brunner, R., Groschwitz, R. C., In-Albon, T., Resch, F., & Becker, K. (2017). Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und

- Therapie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(6), 463–474. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000463>
- Plener, P. L., Kapusta, N. D., Brunner, R., & Kaess, M. (2014). Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) und Suizidale Verhaltensstörung (SVS) im DSM-5. *Zeitschrift Für Kinder- Und Jugendpsychiatrie Und Psychotherapie*, 42(6), 405–413. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000319>
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1–2), 201–269. [https://doi.org/10.1002/1097-0355\(200101/04\)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<201::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-9)
- Semke, C. A., Garbacz, S. A., Kwon, K., Sheridan, S. M., & Woods, K. E. (2010). Family involvement for children with disruptive behaviors: The role of parenting stress and motivational beliefs. *Journal of School Psychology*, 48(4), 293–312. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2010.04.001>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59 Suppl 20, 22-33;quiz 34-57.
- Sheehan, D. V., Sheehan, K. H., Shytle, R. D., Janavs, J., Bannon, Y., Rogers, J. E., Milo, K. M., Stock, S. L., & Wilkinson, B. (2010). Reliability and validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview for Children and Adolescents (MINI-KID). *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(3), 313–326. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>

- Sheftall, A. H., Mathias, C. W., Furr, R. M., & Dougherty, D. M. (2013). Adolescent attachment security, family functioning, and suicide attempts. *Attachment & Human Development*, 15(4), 368–383.
<https://doi.org/10.1080/14616734.2013.782649>
- Söderberg, Tungström, S., & Armelius, B. A. (2005). Special Section on the GAF: Reliability of Global Assessment of Functioning Ratings Made by Clinical Psychiatric Staff. *Psychiatric Services*, 56(4), 434–438.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.56.4.434>
- Stadelmann, S., Perren, S., Kölch, M., Groeben, M., & Schmid, M. (2010). Psychisch kranke und unbelastete Eltern: Elterliche Stressbelastung und psychische Symptomatik der Kinder. *Kindheit und Entwicklung*, 19(2), 72–81.
<https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000011>
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
- Stanley, B., Chaudhury, S. R., Chesin, M., Pontoski, K., Bush, A. M., Knox, K. L., & Brown, G. K. (2016). An Emergency Department Intervention and Follow-Up to Reduce Suicide Risk in the VA: Acceptability and Effectiveness. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 67(6), 680–683.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500082>
- Statistisches Bundesamt. (o. J.). *Suizide*.
<https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html>
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., & Martin, G. (2014). Longitudinal Analysis of Adolescent NSSI: The Role of Intrapersonal and Interpersonal Factors. *Journal*

of Abnormal Child Psychology, 42(6), 885–896. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9837-6>

- Tröster, H. (2011). *Eltern-Belastungs-Inventar: EBI ; deutsche Version des Parenting stress index (PSI) von R. R. Abidin*. Hogrefe (Göttingen).
- Victor, S. E., Hipwell, A. E., Stepp, S. D., & Scott, L. N. (2019). Parent and peer relationships as longitudinal predictors of adolescent non-suicidal self-injury onset. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0261-0>
- Wan, Y., Chen, R., Ma, S., McFeeters, D., Sun, Y., Hao, J., & Tao, F. (2019). Associations of adverse childhood experiences and social support with self-injurious behaviour and suicidality in adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 214(3), 146–152. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.263>
- Wilkinson, P., Psych, M. R. C., Roberts, C., & Goodyer, I. (2011). Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT). *Am J Psychiatry*, 7.
- Wolfersdorf, M., & Franke, C. (2006). Suizidalität—Suizid und Suizidprävention. *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, 74(7), 400–419. <https://doi.org/10.1055/s-2005-915640>
- Yates, T. M., Tracy, A. J., & Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among „privileged“ youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 52–62. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.52>

Zetterqvist, M. (2015). The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0062-7>

7 Danksagung

In erster Linie gilt mein Dank Herrn Prof. Dr. med. Romuald Brunner für die Überlassung des Themas für meine Dissertation sowie die kompetente und schnelle Unterstützung bei allen Fragen und Problemen.

Ebenso danke ich Frau Dr. med. Stephanie Kandsperger. Vielen Dank für die ausgesprochen tolle Betreuung, die motivierenden Worte sowie die große Geduld.

Außerdem danke ich den wissenschaftlichen Mitarbeiter:innen, besonders Frau Dr. Irina Jarvers, für die große Hilfe und Geduld bei allen Statistikfragen.

Auch geht ein großer Dank an Frau Florentina Keck und Herr Dr. Joseph Madurkay für die gute Zusammenarbeit bei der Rekrutierung und Datenerhebung.

Danken möchte ich außerdem meinen Freunden, die mich während des gesamten Studiums und darüber hinaus begleitet und unterstützt haben – nur mit den Echten!

Ein besonderer Dank gilt zuletzt meiner gesamten Familie, vor allem meinen Eltern und Großeltern, für ihre große Unterstützung, ihre Liebe und ihr Vertrauen in mich. Ohne Euch wäre alles nichts.