

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

Welche Faktoren tragen zu einer Verminderung von nicht-suizidalem  
selbstverletzendem Verhalten und suizidalem Verhalten bei Jugendlichen bei?  
Evaluation eines neuen standardisierten Notfallmanagements der KJPP Regensburg  
- Blick auf die jugendlichen Patient:innen -

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Florentina Keck

2024



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

Welche Faktoren tragen zu einer Verminderung von nicht-suizidalem  
selbstverletzendem Verhalten und suizidalem Verhalten bei Jugendlichen bei?  
Evaluation eines neuen standardisierten Notfallmanagements der KJPP Regensburg  
- Blick auf die jugendlichen Patient:innen -

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Florentina Keck

2024

Dekan:

Prof. Dr. Dirk Hellwig

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Romuald Brunner

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Caroline Nothdurfter

Tag der mündlichen Prüfung:

12.04.2024

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Einleitung</b>	<b>7</b>
2.1	Einführung in das Thema	7
2.2	Theoretischer Hintergrund	9
2.2.1	Definition	9
2.2.2	Epidemiologie	10
2.2.3	Theoretische Grundlagen und Modelle	11
2.2.3.1	Suizidalität	11
2.2.3.2	NSSV (Nicht-suizidale Selbstverletzung)	12
2.2.4	Psychopathologie	15
2.2.5	Zusammenhang zwischen NSSV und suizidalem Verhalten	16
2.2.6	Psychosoziale Risikofaktoren	17
2.2.6.1	Suizidalität	17
2.2.6.2	NSSV	18
2.2.7	Behandlungsmotivation	19
2.2.8	Notfallmanagement	20
2.2.9	Ambulante, kurzfristige Diagnostik- und Therapiekonzepte	21
2.2.9.1	AtR!Sk-Ambulanz am Universitätsklinikum Heidelberg	21
2.2.9.2	Cutting Down Programm	22
2.2.9.3	Implementierte Intentionen	22
2.2.9.4	Sicherheitspläne	23
2.2.10	Psychotherapeutische Behandlungsoptionen	24
2.3	Fragestellungen	26
<b>3</b>	<b>Material und Methoden</b>	<b>28</b>
3.1	Studiendesign	28
3.2	Teilnehmer und Rekrutierung	28
3.3	Ein- und Ausschlusskriterien	28
3.4	Ablauf	29
3.4.1	Standardisiertes Notfallmanagement	29
3.4.2	Follow-Up Untersuchungen	31
3.5	Sicherheitsplan	33

3.6	Interviews und Fragebögen .....	35
3.6.1	Anamnese.....	35
3.6.2	Diagnostik.....	35
3.6.3	Erfassung von selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen .....	36
3.6.4	Erfassung der psychischen Belastung .....	36
3.6.5	Erfassung der Motivation .....	37
3.6.6	Erfassung des Funktionsniveaus.....	38
3.6.7	Erfassung des Schweregrades der psychischen Erkrankung .....	38
3.6.8	Evaluation des Notfallmanagements in den Follow-Up Terminen.....	38
3.7	Statistische Auswertung .....	40
<b>4</b>	<b>Ergebnisdarstellung.....</b>	<b>43</b>
4.1	Soziodemographische Charakterisierung .....	43
4.2	Klinisch-psychiatrische Charakterisierung .....	45
4.3	Evaluation des Notfallmanagements.....	47
4.4	Charakterisierung der SITB (Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen).....	50
4.4.1	Suizidgedanken.....	50
4.4.2	Suizidpläne und Suizidversuche .....	51
4.4.3	NSSV und Gedanken an NSSV.....	53
4.5	Veränderungen im zeitlichen Verlauf .....	55
4.5.1	SITB .....	55
4.5.2	Allgemeines Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung.....	57
4.6	Zusammenhang zwischen dem subjektivem Nutzen des Sicherheitsplans und der Veränderung der SITB .....	59
4.7	Zusammenhang zwischen suizidalem bzw. selbstverletzendem Verhalten im sozialen Umfeld und der Veränderung der SITB .....	62
4.8	Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und der Veränderung der SITB.....	64
4.9	Zusammenhang zwischen Handlungsabsicht bzw. Selbsteffizienz und der Veränderung von NSSV .....	66
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>69</b>
5.1	Soziodemographische Charakterisierung .....	69
5.2	Klinisch-psychiatrische Charakterisierung .....	70

5.3	Empfehlungen und deren Umsetzung.....	71
5.3.1	Einzeltherapie.....	72
5.3.2	Gruppentherapie.....	73
5.3.3	Familientherapie.....	73
5.4	Charakterisierung der SITB .....	75
5.5	Veränderungen im zeitlichen Verlauf .....	77
5.6	Nutzung des Sicherheitsplans und Zusammenhang mit der Veränderung der SITB .....	79
5.7	Zusammenhang zwischen einer positiven Anamnese für Selbstverletzung und Suizidversuche im sozialen Umfeld und der Veränderung der SITB ....	83
5.7.1	Suizidale SITB .....	83
5.7.2	Nicht-suizidale SITB .....	85
5.8	Zusammenhang zwischen der generellen Psychopathologie und der Veränderung der SITB .....	86
5.8.1	Suizidale SITB .....	87
5.8.2	Nicht-suizidale SITB .....	86
5.9	Zusammenhang zwischen der Motivation und der Veränderung nicht- suizidaler SITB .....	89
5.9.1	Handlungsabsicht.....	89
5.9.2	Selbsteffizienz .....	90
5.10	Limitationen.....	93
5.11	Stärken .....	95
5.12	Forschungsansätze für künftige Studien.....	97
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>99</b>
<b>7</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>102</b>
7.1	Tabellenverzeichnis .....	102
7.2	Abbildungsverzeichnis .....	102
7.3	Sicherheitsplan.....	103
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>105</b>
<b>9</b>	<b>Danksagung .....</b>	
<b>10</b>	<b>Erklärung .....</b>	
<b>11</b>	<b>Lebenslauf.....</b>	

## 1 Abkürzungsverzeichnis

BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung
CBT	Kognitive Verhaltenstherapie
CGI-S	Clinical Global Impressions - Severity
DBT	Dialektisch-Behaviorale Therapie
DBT-A	Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ERS	Emotion Reactivity Scale
FU	Follow-Up
GAF	Global Assessment of Functioning
GSI	Global Severity Index
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10. Version)
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
M	Mittelwert
MBT-A	Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente
Mdn	Median
M.I.N.I.-KID	Mini International Neuropsychiatric Interview Kid Screen
NSSV	Nicht-suizidale Selbstverletzung
PB	Perceived Burdensomeness
SD	Standardabweichung
SKID-II	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV, Achse II: Persönlichkeitsstörungen
SCL-90-S	Symptom-Check-Liste-90-S
SITB	Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen
SITBI-G	Self-injurious thoughts and behaviors interview: German
T	Termin
TB	Thwarted Belongingness

## 2 Einleitung

### 2.1 Einführung in das Thema

*„She felt so much emotionally, she would say, that a physical outlet - physical pain - was the only way to make her internal pain go away. It was the only way she could control it” (Mead, 2009, S.162).*

Dieses Zitat stammt aus der international berühmten Buchreihe „Vampire Academy“ der Autorin Richelle Mead (2009). Die Buchreihe richtet sich vor allem an Jugendliche und beinhaltet, wie auch eine weitere Reihe der Autorin namens „Bloodlines“, zahlreiche übernatürliche Charaktere, die mit psychischen Problemen zu kämpfen haben. Nicht nur Selbstverletzung spielt hierbei eine Rolle, auch Suizidalität und verschiedene psychische Erkrankungen werden von der Autorin thematisiert (Mead, 2009, 2012).

Derartige Bücher aus dem Fantasy Genre erleichtern es Jugendlichen, sich durch einen gewissen Grad an Abstand und Maskierung mit solch schwierigen Themen zu befassen (Reynolds, 2007). Zahlreiche Jugendliche sind entweder selbst von suizidalem oder selbstverletzendem Verhalten betroffen oder werden zumindest im Freundeskreis damit konfrontiert. Dies zeigte auch eine deutsche Schulstudie, in der 26% der befragten Neuntklässler:innen angegeben haben, sich mindestens einmal in ihrem Leben selbst verletzt zu haben und 36% berichtet haben, schon einmal darüber nachgedacht oder darüber gesprochen zu haben, sich das Leben zu nehmen (Plener et al., 2009). Trotzdem handelt es sich immer noch um gesellschaftliche Tabuthemen. Daher ist die aktive Auseinandersetzung mit Suizidalität und Selbstverletzung zu befürworten, um damit der vermehrten Aufklärung und Prävention beizutragen.

Obwohl bekannt ist, dass sich betroffene Jugendliche nur in seltenen Fällen professionelle Hilfe suchen (Doyle et al., 2015; Fortune und Hawton, 2007), zählen Suizidalität und Selbstverletzung zu den weitverbreitetsten und auch immer häufiger werdenden Gründen, wieso sich Jugendliche notfallmäßig in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken vorstellen (Franzen et al., 2020; Kandsperger et al., 2021). Daher ist es dringend nötig, standardisierte Vorgehensweisen im Umgang mit

Jugendlichen zu entwickeln, die aufgrund einer Selbstverletzungsepisode oder einer suizidalen Krise eine Klinik aufsuchen. Gerade weil die Hürde, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, so groß zu sein scheint und sich nur ein Bruchteil der Betroffenen in weiterführender Therapie befindet (Kaess, 2012), ist es von enormer Wichtigkeit, diejenigen, die sich vorstellen, für eine weitere Behandlung zu motivieren. Studien konnten nämlich zeigen, dass psychotherapeutische Interventionen durchaus einen positiven Effekt auf Selbstverletzung und Suizidalität haben können (Kapusta et al., 2014; Ougrin et al., 2015). Bereits durch eine einfache und kurze Intervention beim ersten Kontakt mit den Jugendlichen kann deren Bereitschaft, an einer nachfolgenden Therapie teilzunehmen, gesteigert werden (Ougrin et al., 2011).

Das neue Notfallmanagement der Institutsambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg bietet Jugendlichen, die sich auf Grund von suizidalem und/oder selbstverletzendem Verhalten notfallmäßig vorstellen, eine zeitnahe standardisierte Diagnostik inklusive einer Kurzzeitkrisenintervention in Form eines Sicherheitsplans an.

Ziel dieser Arbeit ist es, im Rahmen der Studie *„Evaluation eines standardisierten ambulanten Notfallmanagements für Jugendliche mit nicht-suizidalen selbstschädigenden Verhaltensweisen und suizidalem Verhalten“* das standardisierte Notfallmanagement anhand zweier Follow-Up Termine zu evaluieren. Außerdem möchte man neue Erkenntnisse darüber erlangen, welche Faktoren dazu beitragen, dass sich suizidales und selbstverletzendes Verhalten bei Jugendlichen im Verlauf verbessert bzw. verschlechtert.

## **2.2 Theoretischer Hintergrund**

### **2.2.1 Definition**

Selbstverletzende Gedanken und Verhaltensweisen (im Folgendem SITB) umfassen eine Bandbreite an absichtlicher, gegen sich selbst gerichteter Gedanken und Handlungen, bei denen sich die betroffene Person darüber bewusst ist, dass sie zu körperlichen Schäden führen können oder werden (Nock, 2010). Man kann hier grob in zwei Unterkategorien einteilen: „nicht-suizidal“ und „suizidal“ (Nock, 2010).

In die Kategorie „nicht-suizidal“ fallen sowohl die nicht-suizidale Selbstverletzung (im Folgenden NSSV) als auch die bloßen Gedanken an diese. Beide zeichnen sich dadurch aus, dass zu keinem Zeitpunkt eine Absicht zu sterben besteht (Nock, 2010). Um sich selbst zu verletzen, verwenden die meisten Jugendlichen verschiedene Methoden (Whitlock et al., 2006). Unter diesen ist das Schneiden oder Ritzen mit einem scharfen Gegenstand allerdings die, die am häufigsten angewendet wird, was meist auf Armen, Beinen oder dem Bauch stattfindet (Nock und Prinstein, 2004; Whitlock et al., 2008).

Im Gegensatz dazu werden Gedanken bzw. Verhaltensweisen immer dann als suizidal bezeichnet, wenn eine gewisse Absicht zu sterben zumindest nicht verneint werden kann (Nock, 2010). Diese Gedanken und Verhaltensweisen wiederum kann man in drei Gruppen unterteilen. Zum einen zählen dazu die Suizidgedanken, also Gedanken daran, sich selbst das Leben zu nehmen. Zum anderen gehören auch Suizidpläne zur Kategorie der suizidalen Verhaltensweisen. Das bedeutet, dass bereits eine spezifische Methode gewählt wurde, mittels derer man beabsichtigt, sich zu töten. Darüber hinaus werden auch Suizidversuche den suizidalen Verhaltensweisen zugeordnet. Hierbei wird eine potenziell selbstverletzende Handlung durchgeführt, bei der zumindest eine gewisse Absicht zu sterben besteht (Nock, 2010).

Auch wenn man NSSV und suizidales Verhalten hinsichtlich der Intention und des medizinischen Schweregrades sicherlich getrennt voneinander betrachten muss, gibt es große, nicht unerhebliche Überschneidungen zwischen den beiden Verhaltensweisen (Brunner et al., 2014), was die kombinierte Untersuchung im Rahmen des Notfallmanagements rechtfertigt.

### **2.2.2 Epidemiologie**

Während die Prävalenz von SITB in der Kindheit sehr niedrig ist (Resch et al., 2008), entwickeln sich diese in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter zu einem relativ häufigen Phänomen, welches im Erwachsenenalter wieder abnimmt (Nock et al., 2008). Im Rahmen einer großen Studie wurde unter Jugendlichen aus 11 verschiedenen europäischen Ländern eine Lebenszeitprävalenz von 27.6% für selbstverletzendes Verhalten, unabhängig vom Vorhandensein einer suizidalen Absicht, festgestellt (Brunner et al., 2014). Zudem war Deutschland mit 35.1% nach Frankreich das Land mit dem größten Anteil an Jugendlichen, die berichtet haben, dass sie sich selbst verletzt hatten (Brunner et al., 2014). Im kinder- und jugendpsychiatrischen Setting zeigten sich sogar noch höhere Zahlen für selbstverletzendes Verhalten, diese lagen zwischen 40 und 60% (Brunner und Schmahl, 2012).

Hinsichtlich suizidaler Verhaltensweisen gaben gemäß der Heidelberger Schulstudie 14.5% der Schüler:innen an, mindestens einmal suizidale Gedanken gehabt zu haben, 7.8% der befragten Neuntklässler:innen hatten mindestens einen Suizidversuch unternommen (Kaess et al., 2011). Darüber hinaus ist Suizid die zweithäufigste Todesursache in dieser Altersgruppe (Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2019).

Des Weiteren sind SITB von enormer Bedeutung, wenn man einen Blick auf die verschiedenen Gründe für notfallmäßige Vorstellungen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie wirft. Kandsperger et al. (2021) haben in einer retrospektiven Studie festgestellt, dass Suizidgedanken mit 54.2% der häufigste Vorstellungsgrund waren. NSSV wurde in einem Viertel der Fälle als Grund angegeben, während in 5% der Fälle die Notfallambulanz wegen eines Suizidversuchs aufgesucht wurde (Kandsperger et al., 2021).

Betrachtet man die Geschlechterunterschiede ist NSSV unter Mädchen deutlich häufiger als unter Jungen (Wilkinson et al., 2022). Unter Jugendlichen mit suizidalem Verhalten hingegen existiert ein Paradoxon bezüglich des Geschlechts: Während die Suizidrate unter Jungen höher ist (Värnik et al., 2009), berichten Mädchen deutlich häufiger von Suizidgedanken und Suizidversuchen (Kaess et al., 2011).

### 2.2.3 Theoretische Grundlagen und Modelle

Um zu verstehen, wieso suizidales und selbstverletzendes Verhalten entstehen und wie sie aufrechterhalten werden, werden im Folgenden ausgewählte theoretische Modelle erläutert, die sich mit dieser Frage auseinandersetzen.

#### 2.2.3.1 Suizidalität

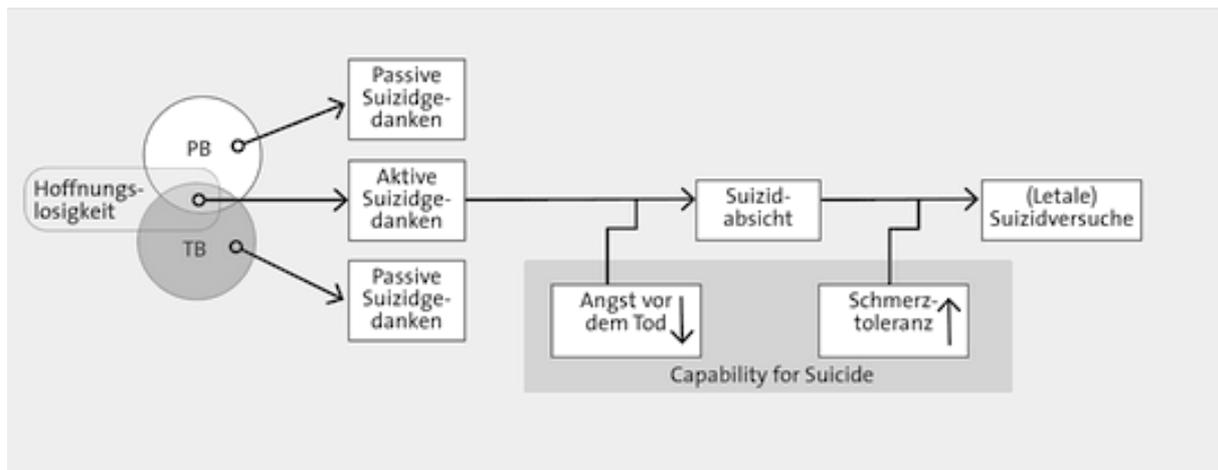


Abbildung 1

*Schematische Darstellung der Interpersonalen Theorie des suizidalen Verhaltens; PB: perceived burdensomeness, TB: thwarted belongingness (Tiesmann et al., 2021)*

Die *Interpersonale Theorie des suizidalen Verhaltens* von Joiner (2005) ist eine der derzeit bekanntesten Theorien, die versucht zu erklären, worin der Ursprung suizidalen Verhaltens liegt.

Gemäß dieser Theorie gibt es zwei ausschlaggebende Faktoren: Zum einen das fehlende Zugehörigkeitsgefühl, also nicht zu einer wertschätzenden Gruppe wie einer Familie oder Freundesgruppe zu gehören, obwohl ein großer Wunsch danach besteht (thwarted belongingness) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Zum anderen die Wahrnehmung, dass man eine Last für sein Umfeld bzw. die Gesellschaft wäre und der Tod somit eine Erleichterung für andere wäre (perceived burdensomeness) (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Wenn die Betroffenen das Gefühl haben, dass sich an diesen zwei Punkten nichts mehr ändern wird, kommt es zu aktiven Suizidgedanken. Damit die Gedanken in die Tat umgesetzt werden, muss allerdings noch ein dritter Faktor erfüllt sein: die Fähigkeit zum Suizid. Man geht in diesem

Zusammenhang davon aus, dass wiederholtes selbstverletzendes und suizidales Verhalten, aber auch Erfahrungen von Gewalt und riskantes Verhalten eine Art Gewöhnungseffekt verursachen, wodurch es zu einer erhöhten Schmerztoleranz sowie einer verminderten Angst vor dem Tod kommt (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). Die Grundzüge der *Interpersonalen Theorie des suizidalen Verhaltens* können in Abbildung 1 betrachtet werden (Tiesmann et al., 2021).

### 2.2.3.2 NSSV

#### **Nocks integratives theoretisches Modell der Entstehung von NSSV**

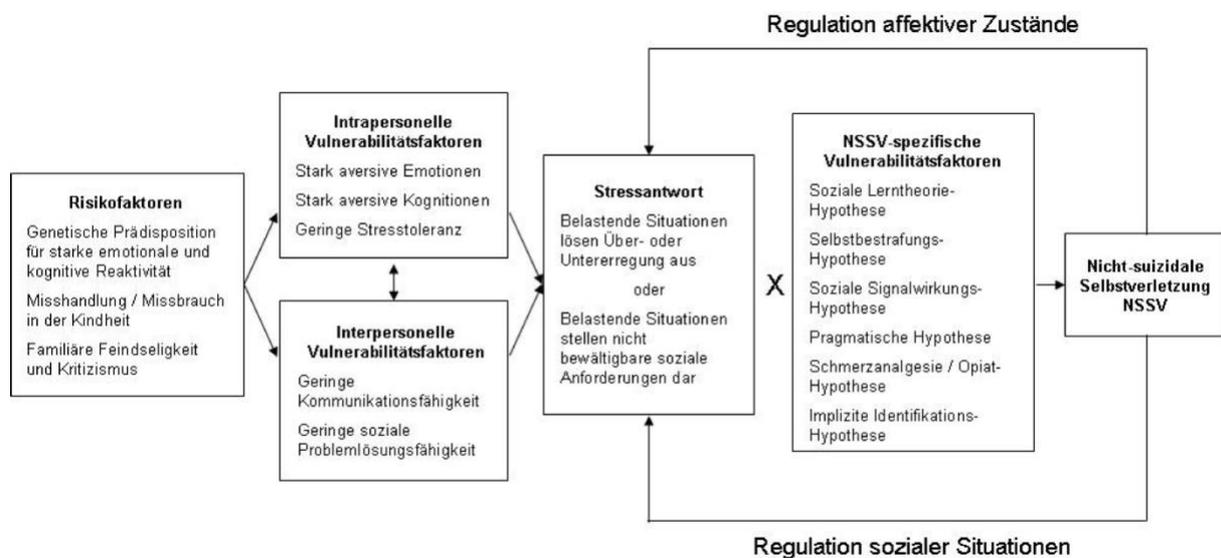


Abbildung 2

*Integratives theoretisches Modell der Entstehung von NSSV (übersetzt nach Nock (2009)) (Brunner und Schmahl, 2012)*

Das von Nock (2009) entwickelte *integrative theoretische Modell der Entstehung von NSSV*, welches auch in der oben dargestellten Abbildung 2 veranschaulicht wird, stellt wie eine Art Stress-Diathese-Modell dar, wie verschiedene biologische, soziale und psychologische Faktoren zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von NSSV beitragen.

Demnach gibt es Risikofaktoren, wie eine genetische Prädisposition oder Kindesmissbrauch, die zur Entwicklung intra- und interpersoneller Vulnerabilitätsfaktoren führen. Diese wiederum erschweren es der betroffenen Person in einer herausfordernden oder stressreichen Situation adäquat zu reagieren (Nock, 2010). Kommen weitere NSSV-spezifische Vulnerabilitätsfaktoren hinzu, ist es

wahrscheinlich, dass Selbstverletzung als effektivste Strategie gewählt wird, um die entsprechende Situation zu bewältigen (Nock, 2010). Die NSSV-spezifischen Vulnerabilitätsfaktoren sind auf verschiedene Hypothesen zurückzuführen, die versuchen zu erklären, warum NSSV als bevorzugte Bewältigungsstrategie gewählt wird.

Die *soziale Lerntheorie-Hypothese* besagt, dass Jugendliche, die in ihrem Umfeld und vor allem in ihrer Peer-Gruppe selbstverletzendes Verhalten beobachten, dieses übernehmen bzw. nachahmen (Kaess et al., 2013a). Dahingegen geht die *Selbstbestrafungshypothese* davon aus, dass die Selbstverletzung ein mögliches Resultat aus Schuldgefühlen und Selbsthass ist. Die *Schmerzanalgesie/Opiat-Hypothese* stellt die Theorie auf, dass eine veränderte Verarbeitung von Schmerz eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung von NSSV spielt (Kaess et al., 2013a). Darüber hinaus kann NSSV als Mittel fungieren, um mit der Außenwelt zu kommunizieren und Freunde oder Familie auf Probleme und den erlebten Leidensdruck aufmerksam zu machen (*Soziale Signalwirkungs-Hypothese*) (Kaess et al., 2013a). Von enormer Bedeutung ist auch die Tatsache, dass NSSV für die Jugendlichen eine emotionsregulierende, spannungslösende Methode ist. Im Vergleich zu anderen Strategien zeichnet sie sich durch ihre Schnelligkeit, leichte Durchführbarkeit und Effektivität aus, was den Grundsatz der *Pragmatischen Hypothese* darstellt (Kaess et al., 2013a). Die *Identifikations-Hypothese* beruht auf der Möglichkeit, dass sich Jugendliche aufgrund einer positiven Einstellung gegenüber NSSV (bspw. durch NSSV im Freundeskreis) mit diesen selbstschädigen Verhaltensweisen identifizieren (Kaess et al., 2013a).

#### ***Vier-Faktoren-Modell* von Nock und Prinstein (2004)**

Das *Vier-Faktoren-Modell* von Nock und Prinstein (2004) ist einer der weitverbreitetsten Erklärungsansätze für die Aufrechterhaltung von NSSV. Demnach hat NSSV eine Wirkung als positiver bzw. negativer interpersoneller („sozialer“) bzw. intrapersoneller („automatischer“) Verstärker (Nock und Prinstein, 2004):

Ein durch die Selbstschädigung ausgelöster positiver sozialer Kontakt, wie z.B. die Anteilnahme von Familienmitgliedern, wäre ein positiver sozialer Verstärker (Nock und Prinstein, 2004). Als negativ sozial kann ein Verstärker bezeichnet werden, wenn das

Verhalten der Person erlaubt, sich aus negativ erlebten, sozialen Situationen zurückzuziehen (Nock und Prinstein, 2004). Kann das Individuum mittels NSSV einen angenehm erlebten Zustand erreichen, handelt es sich um einen positiven automatischen Verstärker (Nock und Prinstein, 2004). Wenn NSSV dabei hilft, einen unangenehmen emotionalen Zustand wie Wut oder Trauer zu beenden, hat sie eine Wirkung als negativer automatischer Verstärker (Nock und Prinstein, 2004). Diese vier Funktionen werden in Tabelle 1 mit Beispielen veranschaulicht.

Tabelle 1

*Veranschaulichung interpersoneller und intrapersoneller Verstärker*

	<b>Interpersonelle Verstärker (sozial)</b>	<b>Intrapersonelle Verstärker (automatisch)</b>
<b>Positiv</b>	Anteilnahme von Familienmitgliedern	Wieder etwas spüren, nachdem man sich taub/leer gefühlt hat
<b>Negativ</b>	Rückzug aus sozialen Situationen, in welchen man sich überfordert fühlt	Beenden von Wut oder Trauer

### **2.2.4 Psychopathologie**

SITB können isoliert, aber auch im Zusammenhang mit verschiedenen, oft auch mehreren psychischen Erkrankungen auftreten (Carballo et al., 2020; Klonsky et al., 2003; Nock et al., 2006).

Laut einer Studie von Nock et al. (2006) leiden 88% der Jugendlichen mit NSSV unter einer DSM-IV Achse-I-Störung (klinisch-psychiatrische Störung) und 67% unter einer Achse-II-Störung (Persönlichkeitsstörung) (Nock et al., 2006). Dabei zählt die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) zu den häufigsten Komorbiditäten von selbstverletzendem Verhalten (Kaess et al., 2013c). Gleichzeitig gehören SITB neben schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen, Impulsivität, emotionaler Instabilität und einer Störung der Affektregulation zu den Hauptmerkmalen einer BPS (Kaess et al., 2013c; Lieb et al., 2004). Dieser enge Zusammenhang zwischen NSSV und BPS ist nicht verwunderlich, da insbesondere eine affektive Dysregulation und auch negative Emotionalität Hauptbestandteile beider Krankheitsbilder darstellen (Klonsky und Muehlenkamp, 2007).

Auch der Großteil der Jugendlichen mit suizidalen Verhaltensweisen weisen mindestens eine psychische Erkrankung auf (Carballo et al., 2020). Darunter fallen einige Störungen, die gleichzeitig als Risikofaktoren eine Rolle spielen. Während eine depressive Störung ein Risikofaktor für Suizidgedanken ist, gibt es Hinweise darauf, dass schwere Angst/Agitation, z.B. im Rahmen einer posttraumatischen Belastungsstörung, und eine schwache Impulskontrolle, z.B. bei Suchterkrankungen, diejenigen identifizieren können, die die Gedanken in die Tat umsetzen und Suizidpläne erstellen bzw. einen Suizidversuch unternehmen (Nock et al., 2010).

Die hohe Prävalenz von psychiatrischen Komorbiditäten verdeutlicht die Notwendigkeit einer umfassenden psychosozialen Diagnostik zur Beurteilung psychischer Symptome bei Patient:innen mit SITB (Hawton et al., 2013).

### **2.2.5 Zusammenhang zwischen NSSV und suizidalem Verhalten**

Der Zusammenhang von NSSV und Suizidalität muss differenziert betrachtet werden. Bekannt ist, dass sich die zwei Verhaltensweisen bezüglich ihrer Phänomenologie, Charakteristika und Absicht unterscheiden, allerdings teilen sie sich auch einige psychosoziale Risikofaktoren (Muehlenkamp, 2005; Walsh, 2006). Darüber hinaus haben in einer Studie von Nock et al. (2006) 70% der Jugendlichen mit NSSV von einem, 55% sogar von mehreren Suizidversuchen in der Vorgeschichte berichtet. Es scheint so, als hätten Patient:innen mit NSSV verglichen mit Patient:innen ohne Vorgeschichte mit NSSV weniger Hemmungen, Selbstmordversuche tatsächlich auszuführen (Muehlenkamp und Gutierrez, 2007). Im Einklang damit konnten verschiedene Studien belegen, dass NSSV nicht nur ein Prädiktor für Suizidversuche (Klonsky et al., 2013; O'Connor und Nock, 2014), sondern auch einer der wichtigsten Prädiktoren für den Übergang vom Suizidgedanken zum Suizidversuch ist (Taliaferro und Muehlenkamp, 2014). Jugendliche, die sowohl Suizidgedanken als auch NSSV aufweisen, scheinen somit eine besonders gefährdete Risikogruppe zu verkörpern (Mars et al., 2019b). Des Weiteren gibt es Hinweise darauf, dass unter denen, die sich selbst verletzen, diejenigen mit einem hohen Maß an Anhedonie, wenig Selbstakzeptanz, wenig familiärer Unterstützung, kaum Zukunftsperspektiven und wenig Angst vor Suizid einem erhöhten Selbstmordrisiko ausgesetzt sind (Muehlenkamp und Gutierrez, 2007). Daher ist es wichtig im Rahmen therapeutischer Maßnahmen mit gefährdeten Jugendlichen genau an diesen Punkten zu arbeiten (Muehlenkamp und Gutierrez, 2007). Außerdem ist bekannt: Je mehr verschiedene Methoden zur Selbstverletzung verwendet werden, je länger die Vorgeschichte von NSSV ist und je geringer das Schmerzempfinden während der Selbstverletzung ist, desto mehr steigt die Rate an Suizidversuchen (Anestis et al., 2015; Nock et al., 2006).

## **2.2.6 Psychosoziale Risikofaktoren**

### **2.2.6.1 Suizidalität**

Die Mehrheit der Jugendlichen, die suizidale Verhaltensweisen aufzeigen, weisen mindestens eine psychische Erkrankung auf, wobei insbesondere Jugendliche mit einer depressiven Störung sowie Substanzmissbrauch eine Risikogruppe darstellen (Carballo et al., 2020). Darüber hinaus liegen Hinweise vor, dass bestimmte psychiatrische Erkrankungen, wie Cluster B Persönlichkeitsstörungen (May et al., 2012), Angststörungen und Drogenmissbrauch (May und Klonsky, 2016) nicht nur mit einem erhöhten Risiko für Suizidgedanken einhergehen, sondern auch für den Übergang zum Suizidversuch. Wie bereits erwähnt, nimmt neben diesen psychischen Erkrankungen auch Selbstverletzung eine zentrale Rolle als Risikofaktor für suizidales Verhalten ein. Patient:innen, die auf Grund selbstverletzenden Verhaltens, unabhängig von der dahinterstehenden Absicht, hospitalisiert werden, weisen eine 30-fach höhere Wahrscheinlichkeit auf, durch Suizid zu sterben, als die Allgemeinbevölkerung (Cooper et al., 2005). Darüber hinaus ist bereits erfolgtes suizidales Verhalten sowohl ein Prädiktor für künftige Suizidversuche als auch ein Prädiktor für die Umsetzung von Suizidgedanken in einen Suizidversuch (May et al., 2012; Horwitz et al., 2015).

Außerdem scheinen Jugendliche, die im familiären Umfeld oder im Freundeskreis einen Suizidversuch erlebt haben, häufiger selbst unter Suizidgedanken zu leiden (Crepeau-Hobson und Leech, 2014; Trémeau et al., 2005). Haben Freunde versucht, sich das Leben zu nehmen, so konnte auch dies den Prozess vom Selbstmordgedanken zum -versuch vorhersagen (Bearman und Moody, 2004). Eine populationsbasierte Kohortenstudie stellte fest, dass die Konfrontation mit dem selbstverletzenden Verhalten im Familien- und/oder Freundeskreis ein zuverlässiger Faktor ist, der die Differenzierung von Jugendlichen, die Suizidgedanken haben, und denjenigen, die bereits einen Suizidversuch unternommen haben, ermöglicht (Mars et al., 2019a). Eine denkbare Erklärung im Rahmen der unter 2.2.3.1 beschriebenen *Interpersonalen Theorie des Suizidalen Verhaltens* ist die Hypothese, dass suizidales bzw. selbstverletzendes Verhalten im Umfeld die Suizidfähigkeit derjenigen Jugendlichen erhöht, die sich bereits gedanklich mit Suizid auseinandersetzen (Klonsky et al., 2017; Mars et al., 2019a).

Zudem ist bekannt, dass verschiedene Lebensumstände wie Kindheitstraumata, Familienprobleme oder Mobbing, vor allem in Kombination mit Impulsivität und unzureichenden Strategien zur Emotionsregulation, Suizidalität begünstigen können. Es scheint allerdings meist nicht nur ein spezielles Ereignis ausschlaggebend zu sein. Vielmehr ist es das Zusammentreffen verschiedener belastender Umstände, welches mit dem Auftreten suizidalen Verhaltens assoziiert ist (Carballo et al., 2020).

#### 2.2.6.2 NSSV

Obwohl schwere Missbrauchserfahrungen in der Kindheit lange als herausragender Risikofaktor für NSSV galten, hat sich in einer Übersichtsarbeit von 43 Studien herausgestellt, dass hier nur ein moderater Zusammenhang besteht (Klonsky und Moyer, 2008). Dahingegen konnte gezeigt werden, dass Erfahrungen von elterlicher Antipathie und Vernachlässigung, vor allem mütterlicherseits, die Entstehung des selbstverletzenden Verhaltens sehr viel stärker begünstigen (Kaess et al., 2013b).

Neben der Familie ist die Peer-Gruppe ein weiterer zentraler Punkt im Leben eines Jugendlichen. Daher ist es nachvollziehbar, dass bestimmte Dynamiken in der Gruppe die Entstehung von psychischen Störungen, wie auch NSSV, beeinflussen können. Man hat festgestellt, dass ein Zusammenhang zwischen dem selbstschädigendem Verhalten Jugendlicher und Beziehungsproblemen innerhalb ihrer Gruppe, insbesondere Mobbing, besteht (Esposito et al., 2019). Gleichzeitig ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Jugendliche beginnen sich selbst zu verletzen, wenn sie im Freundeskreis mit SITB konfrontiert werden (Prinstein et al., 2010), was wiederum die *Hypothese der sozialen Lerntheorie* unterstützt (Nock, 2010).

Darüber hinaus ist bekannt, dass eine emotionale Dysregulation mit einem erhöhten Risiko für NSSV einhergeht (Wang et al., 2022). Hier entsteht eine Art Teufelskreis: Jugendliche, die nicht über die notwendigen Coping-Strategien verfügen, um mit negativen Gefühlen umzugehen, haben ein erhöhtes Risiko für NSSV (Wang et al., 2022). Kommt es zur Selbstverletzung, kann dies wiederum erhebliche psychosoziale Folgen (wie Scham, Schuldgefühle, Diskriminierung in der Peergruppe, Kritik von Eltern) und Selbstkritik mit sich bringen (Wang et al., 2022). Dadurch kommt es jedoch zu noch mehr negativen Emotionen und schwierigen zwischenmenschlichen Beziehungen (Wang et al., 2022), was wiederum NSSV begünstigt.

### **2.2.7 Behandlungsmotivation**

Die Therapie suizidaler und sich selbstverletzender Jugendlicher stellt eine große Herausforderung dar. Studien haben gezeigt, dass sich nur ein kleiner Teil der Jugendlichen, die sich selbst verletzen, Hilfe sucht (Doyle et al., 2015; Fortune und Hawton, 2007). Wenn überhaupt, wenden sich die meisten an Familie oder Freunde, nicht aber an medizinische Einrichtungen oder Psycholog:innen (Doyle et al., 2015). Von den wenigen, die letztendlich in einer Klinik vorstellig werden, sei es wegen Selbstverletzung oder einer suizidalen Krise, wird eine anschließende ambulante Therapie oft vorzeitig abgebrochen (Ougrin und Latif, 2011; Spirito et al., 2011).

Die Vermutung liegt also nahe, dass Jugendliche mit SITB eine Patientenklientel darstellen, die schwer zu einer langfristigen Therapie zu motivieren ist. Daher stellt sich die Frage, wieso eine derart niedrige Therapiebereitschaft besteht. Dies könnte in der allgemein eher geringen Behandlungsmotivation von jungen Menschen begründet sein (Kaess et al., 2013a). Mehrere Studien wurden bereits zur der Frage durchgeführt, welche Faktoren die ambulante Therapiecompliance psychisch erkrankter Jugendlicher beeinflussen. Eine negative Auswirkung haben wohl spezielle klinische Aspekte wie zum Beispiel eine schwere Verhaltensstörung der Jugendlichen oder auch eine psychische Erkrankung der Eltern (Brookman-Frazee et al., 2008). Aber auch soziodemographische Faktoren wie ein niedriger soziökonomischer Status können die Compliance negativ beeinflussen (Brookman-Frazee et al., 2008). Dahingegen scheint sich eine gute therapeutische Allianz günstig auf die Therapiebereitschaft auszuwirken, insbesondere wenn die Allianz zwischen Therapeut:in und Elternteil aus Sicht der Eltern positiv wahrgenommen wird (Hawley und Weisz, 2005). Ein weiterer Erklärungsansatz, der direkt mit NSSV im Zusammenhang steht und auch bereits im Rahmen der *Pragmatischen Hypothese* erklärt wurde, könnte sein, dass die Jugendlichen Selbstverletzung als eine für sie praktisch erscheinende und auch funktionierende Coping-Strategie erleben. Da ihnen keine besseren Alternativen bekannt sind, haben sie wenig Motivation, an der Beendigung dieses Verhaltens zu arbeiten (Kaess et al., 2013a).

### **2.2.8 Notfallmanagement**

Obwohl nur ein Bruchteil der Jugendlichen mit SITB professionelle Hilfe in Anspruch nimmt (Doyle et al., 2015), sind suizidales und selbstverletzendes Verhalten die häufigsten Gründe für eine notfallmäßige Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Franzen et al., 2020; Kandsperger et al., 2021). Daher wäre es von Vorteil, standardisierte Vorgehensweisen im Umgang mit Jugendlichen zu entwickeln, die aufgrund einer Selbstverletzungsepisode oder einer suizidalen Krise eine Klinik aufsuchen.

Dieses Notfallmanagement sollte nicht nur eine Einschätzung des suizidalen Risikos, sondern auch eine allgemeine klinische Beurteilung der psychischen Probleme der Jugendlichen beinhalten (Shaffer und Pfeffer, 2001). Natürlich muss auch darüber entschieden werden, ob zur Krisenintervention ein stationärer Aufenthalt nötig ist (Shaffer und Pfeffer, 2001).

Abgesehen von der Diagnostik können die Jugendlichen auch von Kurzzeitinterventionen im Rahmen des Notfallprocedures profitieren. Es ist bekannt, dass die meisten Jugendlichen mit psychischen Problemen keine adäquate Therapie erhalten (Jensen et al., 2011). Zu den häufigsten Hürden gehören dabei auch Probleme hinsichtlich der Zugänglichkeit, wie lange Wartelisten, Kosten und weite Entfernungen (Brown et al., 2016). Ein weiteres Problem ist der bereits oben beschriebene Mangel an Therapiemotivation (Brown et al., 2016). Die meisten etablierten Therapieprogramme sind relativ langwierig und aufwändig, da sie zumeist verschiedene Therapiesettings beinhalten (Glenn et al., 2019).

Daher ist die Teilnahme an etablierten Behandlungen nicht für alle Jugendliche eine realistische Option, insbesondere jene mit benachteiligten Hintergründen (Glenn et al., 2019). Demnach wäre es essentiell, die ausschlaggebenden Komponenten der nachweislich effektiven Programme herauszuarbeiten und daraus kürzere Versionen zu erstellen (Glenn et al., 2019). So könnte eine größere Anzahl an Jugendlichen mit SITB erreicht werden, die eine therapeutische Intervention benötigen. Darüber hinaus können derartige Kurzzeitinterventionen nicht nur einen positiven therapeutischen Effekt haben, sondern können auch dazu beitragen, dass die Bereitschaft für eine längerfristige Anbindung gesteigert wird (Ougrin et al., 2011).

### **2.2.9 Ambulante, kurzfristige Diagnostik- und Therapiekonzepte**

Im Folgenden werden verschiedene Konzepte erläutert, die ein standardisiertes Diagnostikverfahren und/oder Kurzinterventionen für Jugendliche mit SITB beinhalten.

#### *2.2.9.1 AtR!Sk-Ambulanz am Universitätsklinikum Heidelberg*

Am Universitätsklinikum Heidelberg hat sich die AtR!Sk-Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung als ein Pionierkonzept der ambulanten Früherkennung und Frühintervention von BPS bei Jugendlichen etabliert (Kaess et al., 2017). Auch wenn hier sicherlich die Prävention der BPS im Fokus steht, werden verschiedene Ansätze, vor allem bezüglich der Diagnostik, angewendet, die auch im Rahmen von NSSV und suizidalem Verhalten ohne das Vorhandensein dieser Störung interessant sein können.

Das Konzept der Ambulanz beruht auf einem Vier-Stufen-Modell (Kaess et al., 2017): In Stufe 1 findet der Erstkontakt mit den Jugendlichen statt, die sich in einer offenen Sprechstunde vorstellen können.

Eine ausführliche weiterführende Diagnostik wird auf Stufe 2 durchgeführt. Hier finden verschiedene Interviews und das Beantworten einer Reihe von Fragebögen statt, durch welche die Kliniker:innen ein ausführliches Bild über die Symptomatik und Störungen der Patient:innen erlangt. Darunter finden sich auch Testverfahren, die in unserer Studie Anwendung fanden. Stellt sich heraus, dass die Symptomatik des riskanten/selbstverletzenden Verhaltens eine Begleiterscheinung einer Achse-I Störung (klinische Störung) ist, werden die Jugendlichen an andere Behandlungssettings der Klinik oder an niedergelassene Ärzt:innen bzw. Psycholog:innen weitervermittelt.

Andernfalls fährt das Konzept mit Stufe 3 fort. Je nachdem, welches konkrete Störungsbild vorliegt, haben die Patient:innen die Möglichkeit, an einer verhaltenstherapeutischen Kurzzeittherapie (bei Selbstverletzung/riskantem Verhalten ohne BPS, siehe 1.3.2 Cutting Down-Programme), an einer Dialektisch-Behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) (bei BPS) oder einer mentalisierungsbasierten Therapie für Adoleszente (bei Hauptdiagnose „Störung des Sozialverhaltens“) teilzunehmen. Jederzeit besteht die Möglichkeit einer kurzfristigen stationären Akutaufnahme zur Krisenintervention (Stufe 4: Eskalationsstufe), die allerdings auf 48

Stunden begrenzt ist, um die Weiterführung der ambulanten Therapie nicht zu gefährden (Kaess et al., 2017).

#### *2.2.9.2 Cutting Down Programm*

Im Rahmen der AtR!Sk Ambulanz in Heidelberg wurde auch die Wirksamkeit des „Cutting Down Programms“ evaluiert, bei welchem ein Handbuch zur kurzzeitigen kognitiv-behavioralen Psychotherapie im Fokus steht (Kaess et al., 2019). Dieses Programm setzt sich aus Elementen der kognitiv-behavioralen Therapie (CBT) und der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) zusammen und strebt spezifisch die Behandlung von NSSV bei Jugendlichen an (Kaess et al., 2019). Dabei werden vier Module innerhalb von acht bis 12 Therapiestunden bearbeitet: Die Förderung der Therapiemotivation, die Identifizierung der Gründe für NSSV, das Ausprobieren alternativer Verhaltensweisen zu NSSV und die Aufrechterhaltung dieser Alternativen (Kaess et al., 2019). Es zeigte sich, dass diese Maßnahme genau so effektiv war wie eine intensivierete Standardtherapie und eine schnellere Genesung zur Folge hatte (Kaess et al., 2019). Aus diesem Grund eignet sich das Programm gut für eine pragmatische erste Intervention im Rahmen eines gestuften Vorgehens bei der Behandlung von Jugendlichen mit NSSV (Kaess et al., 2019).

#### *2.2.9.3 Implementierte Intentionen*

Armitage et al. (2016) untersuchten, wie sich sogenannte „implementierte Intentionen“ als kurzfristige Intervention auf das suizidale Verhalten von Patient:innen auswirken, die aufgrund von Selbstverletzung notfallmäßig im Klinikum gesichtet wurden. Unter implementierten Intentionen versteht man Pläne, die eine konkrete Reaktion auf zu erwartende Situationen festlegen, um so letzten Endes einem gewissen Zielverhalten näher zu kommen. Es stellte sich heraus, dass diejenigen, die Implementierte Intentionen formuliert hatten, eine stärkere Reduktion der suizidalen Verhaltensweisen zeigten als die Kontrollgruppe (Armitage et al., 2016). Um eine möglichst starke Verhaltensänderung zu erzielen, ist es jedoch essenziell, diese implementierten Intentionen möglichst konkret zu formulieren, wie es hier mittels eines Volitions-Merkblatts („volitional help sheet“) gewährleistet wurde (Armitage et al., 2016). Dieses beinhaltete zwei Spalten nach dem „wenn..., dann...“-Prinzip: In der linken Spalte wurden verschiedene kritische Situationen aufgelistet, während in der rechten

bestimmte Strategien zur Vermeidung von NSSV beschrieben wurden. Diese sollten von den Proband:innen so miteinander verbunden werden, dass für sie individuell passende „wenn ..., dann ...“-Pläne entstanden sind (Armitage et al., 2016).

#### *2.2.9.4 Sicherheitspläne*

Suizidale Krisen sind bei Jugendlichen in der Regel eher kurzweilig und von Zwiespältigkeit und Impulsivität geprägt (Stanley und Brown, 2012). Das bedeutet, dass hier kurzfristige Interventionen den Patient:innen vor allem dabei helfen sollten, diese kurze Spanne der akuten Suizidalität zu überstehen. Auf diesem Prinzip beruhen auch Sicherheitspläne (Jobes und Linehan, 2016; Stanley und Brown, 2008). Sie werden vor allem als therapeutischer Bestandteil in kurzfristigen, empirisch unterstützten Therapien, wie z.B. der kognitiven Therapie von Brown, angewendet, welche nachweislich das Suizidrisiko senken (Brown et al., 2005). Aber auch als alleinstehende Maßnahme ist die Anwendung eines Sicherheitsplans mit einer verminderten Suizidalität assoziiert (Stanley et al., 2018).

Der Sicherheitsplan, der in unserer Studie verwendet wurde, ist angelehnt an den 2008 von Stanley und Brown (2008) erstellten Plan, welcher in Kapitel 3.5 genauer beschrieben wird. Hierbei handelt es sich um eine kurzfristige therapeutische Intervention, welche sowohl in der Notaufnahme als auch im ambulanten oder stationären Setting angewendet werden kann (Stanley et al., 2008). Ziel des Plans ist es, den Patient:innen mit einer Reihe an vorher niedergeschriebenen Coping-Strategien und privaten sowie professionellen Anlaufstellen zu helfen, eine akute Krise zu bewältigen, um so das Suizidrisiko zu senken (Stanley und Brown, 2012).

### **2.2.10 Psychotherapeutische Behandlungsoptionen**

Auch wenn die Therapiecompliance von Jugendlichen mit SITB eher niedrig zu sein scheint, wäre es dennoch wichtig, sie für eine langfristige Behandlung zu motivieren. Zum einen ist bekannt, dass das Suizidrisiko für Jugendliche, die sich selbst verletzen, sehr hoch ist (Beckman et al., 2016). Zum anderen treten Suizidgedanken und auch Selbstverletzung oft zusammen mit psychischen Erkrankungen auf und erhöhen darüber hinaus auch das Risiko für psychische Probleme im Erwachsenenalter (Beckman et al., 2016; Carballo et al., 2020; Fergusson et al., 2005; Nock et al., 2006). Junge Leute mit SITB würden also von professioneller Hilfe profitieren, nicht nur um psychiatrische Komorbiditäten zu therapieren, sondern auch um das Risiko für spätere psychische Erkrankungen und auch für Suizid zu reduzieren (Michelmores und Hindley, 2012).

Hier sollte in jedem therapeutischen Setting zunächst die akute Suizidalität abgeklärt werden (Schneider und Wolfersdorf, 2018). Um jedoch präventiv dem Wiederauftreten selbstverletzenden und suizidalen Verhaltens entgegenzuwirken, sollten sowohl aktuelle Krisen bewältigt werden als auch die Grundproblematik der Jugendlichen behandelt werden (Shaffer und Pfeffer, 2001). Drei ausgewählte Konzepte, die als psychotherapeutische Interventionsmöglichkeiten für Jugendliche mit SITB in Frage kommen, werden im Folgenden kurz erläutert.

Die Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) ist wohl das Behandlungskonzept, das in diesem Zusammenhang am häufigsten hinsichtlich seiner Effektivität getestet wurde (Linehan, 1996; Reichl und Kaess, 2021). Dabei handelt es sich um eine verhaltenstherapeutische, multimodale Therapie, welche ursprünglich für Erwachsene entwickelte wurde (Linehan, 1996; Reichl und Kaess, 2021). Dieses Konzept wurde dann speziell für Jugendliche mit einer BPS, die suizidales und selbstverletzendes Verhalten zeigen, angepasst (DBT-A) (Rathus und Miller, 2002). Hauptbestandteile dieser Intervention sind Einzeltherapiesitzungen, Skillsgruppen, Telefoncoachings und Teambesprechungen (Rathus und Miller, 2002). Besonders wichtig bei der DBT-A ist, dass die Eltern mit in die Therapie der Jugendlichen einbezogen werden. Sowohl die Jugendlichen als auch deren Eltern sollen lernen, dialektisch zu denken und zu handeln. Das bedeutet, dass extreme Verhaltensmuster und Sichtweisen vermieden werden sollen und akzeptiert werden sollte, dass keine absolute Wahrheit existiert (Rathus und Miller, 2002; von Auer und Ludewig, 2017).

Ein ebenfalls verhaltenstherapeutischer Ansatz ist die Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) (Plener, 2015). Selbstverletzung wird im Rahmen der CBT als maladaptive Strategie der Emotionsregulation angesehen. Daher steht hier im Fokus, zu erkennen, welche positiven und negativen Verstärker an der Aufrechterhaltung des Verhaltens beteiligt sind (Plener, 2015). Ziel ist es, diese kognitiven Muster zu ändern und alternative Coping-Strategien zu etablieren (Glenn et al., 2019).

Ein weiteres Konzept zur Behandlung von Jugendlichen mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten ist die Mentalisierungsbasierte Therapie für Adoleszente (MBT-A). Die MBT-A ist ein circa ein Jahr dauerndes psychodynamisches Therapieprogramm, welches wöchentliche Einzelsitzungen sowie monatliche Familiensitzungen beinhaltet (Rossouw und Fonagy, 2012). Mentalisierung ist die Fähigkeit, sich vorstellen zu können, welche mentalen Gründe, wie z.B. Emotionen oder Wünsche, hinter dem Verhalten anderer und dem eigenen Verhalten stecken (Taubner, 2018). Dadurch sollen die Patient:innen lernen, impulsives Verhalten einzudämmen und ihre Affektregulation zu verbessern (Rossouw und Fonagy, 2012).

### 2.3 Fragestellungen

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Regensburg hat in ihrer Institutsambulanz ein neues standardisiertes Notfallmanagement für Jugendliche etabliert, die sich dort aufgrund suizidalen oder selbstverletzenden Verhaltens vorstellen. Ziel dieser Arbeit ist es, dieses Procedere anhand von zwei Follow-Up Untersuchungen zu evaluieren. Neben einer ausführlichen Charakterisierung der Stichprobe und der angewendeten SITB, wird ausgewertet, inwieweit sich die SITB nach dem Notfallmanagement verändert haben und die Jugendlichen den erarbeiteten Sicherheitsplan verwendet haben. Zudem interessiert uns, ob die bei T3 ausgesprochenen Empfehlungen umgesetzt worden sind. Darüber hinaus wollte man herauszufinden, welche Faktoren zu einer Veränderung der SITB bei den Jugendlichen beitragen.

Wir erwarten, dass sich in der ersten katamnestischen Nachuntersuchung, die circa vier Wochen nach Abschluss des Notfallmanagements stattgefunden hat, eine Remission des selbstverletzenden und suizidalen Verhaltens nachweisen lässt und diese Verbesserung auch nach weiteren vier Wochen stabil bleibt.

Darüber hinaus wird untersucht, wie der im neuen Notfallmanagement als Kurzzeitintervention angewandte Sicherheitsplan von den Jugendlichen bewertet wurde. Stanley et al. (2018) konnten nachweisen, dass die Anwendung eines Sicherheitsplans bei suizidalen Patient:innen, die sich notfallmäßig vorstellten, mit einer Reduktion der Anzahl an Suizidversuchen über sechs Monate assoziiert war. Daher möchte man erfahren, ob die Jugendlichen, die angeben haben, den Plan als hilfreich empfunden zu haben, eher eine Reduktion der SITB aufweisen, als jene, die antworteten, dass er ihnen nicht geholfen hat.

Hinsichtlich der Einflussfaktoren auf die Veränderung der SITB scheint die eigene Einschätzung des künftigen selbstschädigenden Verhaltens eine der Variablen zu sein, die die Entwicklung der Selbstverletzung vorhersagen können (Glenn und Klonsky, 2011). Daran angelehnt ist davon auszugehen, dass eine starke Handlungsabsicht, NSSV zu beenden, und der Glaube an eine hohe Selbsteffizienz mit einer deutlichen Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens einhergehen.

Im Gegensatz dazu wird erwartet, dass das Vorliegen einer ausgeprägten psychischen Belastung eher mit einer Verschlechterung der SITB assoziiert ist. Guerry und Prinstein (2009) konnten in diesem Zusammenhang nachweisen, dass eine größere Anzahl an depressiven Symptomen bei Baseline zu einer schwächeren Abnahme von NSSV innerhalb von sechs Monaten führte.

In Bezug auf die Suizidalität wurde bereits festgestellt, dass NSSV sowohl im familiären Umfeld als auch im Freundeskreis ein ausschlaggebender Faktor für die Transition vom Suizidgedanken zum Suizidversuch ist (Mars et al., 2019a). Darüber hinaus scheint es auch bei NSSV eine Art Sozialisations-effekt zu geben. Prinstein et al. (2010) konnten nämlich zeigen, dass Selbstverletzung in der Peergruppe ein signifikanter Prädiktor für NSSV bei Jugendlichen ist, wenn auch nur für Mädchen. Daher soll überprüft werden, ob Selbstverletzung und Suizidversuche im sozialen Umfeld Einfluss auf die Entwicklung der SITB nehmen.

### **3 Material und Methoden**

#### **3.1 Studiendesign**

Bei der Studie „*Evaluation eines standardisierten ambulanten Notfallmanagements für Jugendliche mit nicht-suizidalen selbstschädigenden Verhaltensweisen und suizidalem Verhalten*“ handelt es sich um eine katamnestische Längsschnittstudie ohne Kontrollgruppe. Sie wurde durch die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Regensburg unter dem Aktenzeichen 19-1426-101 gestattet. Da die vorliegende Arbeit Teil eines größeren Forschungsprojekts ist, wurden bei den verschiedenen Terminen auch Daten erhoben, die nicht für diese Arbeit verwendet wurden, sondern für weitere Auswertungen relevant sind.

#### **3.2 Teilnehmer und Rekrutierung**

Insgesamt wurden für das Notfallmanagement 104 Patient:innen zwischen 11 und 18 Jahren rekrutiert, die sich wegen SITB notfallmäßig in der Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Universität Regensburg) vorgestellt hatten. Bei der Klinik handelt es sich um einen typischen Maximalversorger im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Daten wurden im Zeitraum von Juli 2019 bis Juni 2021 erhoben. Nachdem sich die Patient:innen notfallmäßig vorgestellt hatten, wurden ihnen zwei kurzfristige Termine im Rahmen des neuen klinischen Standardprocedures angeboten. Nach Abschluss dieser beiden Termine wurden die Jugendlichen und ihre Sorgeberechtigten über die zwei geplanten katamnestischen Follow-Up Untersuchungen informiert. Ihre Zustimmung wurde durch eine Unterschrift auf der Einwilligungserklärung dokumentiert.

#### **3.3 Ein- und Ausschlusskriterien**

In die Studie „*Evaluation eines standardisierten ambulanten Notfallmanagements für Jugendliche mit nicht-suizidalen selbstschädigenden Verhaltensweisen und suizidalem Verhalten*“ wurden Jugendliche eingeschlossen, die sich aufgrund von SITB notfallmäßig in der Ambulanz für Kinder- und Jugendpsychiatrie Regensburg vorgestellt hatten und im Anschluss daran die zwei standardisierten Termine zur Diagnostik und Beratung in der Institutsambulanz wahrgenommen hatten. Alle Proband:innen mussten ein ausreichendes Verständnis der deutschen Sprache aufweisen. Zusätzlich musste sowohl von Seiten der Patient:innen selbst als auch von

Seiten der Sorgeberechtigten nach ausführlicher Aufklärung eine unterschriebene Einverständniserklärung vorliegen. Die Patient:innen mussten zu Studienbeginn zwischen 11 und 19 Jahren alt sein.

Ausgeschlossen wurden Jugendliche, die wegen akuter Suizidalität eine längere stationäre Behandlung (ab 12 Tage) auf einer der Stationen der Klinik in Anspruch genommen haben. Weitere Ausschlusskriterien waren eine intellektuelle Beeinträchtigung (Intelligenzquotient <80 nach klinischer Einschätzung), eine akute psychotische Störung oder andere akutpsychiatrische Zustände, die die Einwilligungsfähigkeit der Patient:innen beeinträchtigen hätten können. Außerdem wurden Jugendliche, die sich bereits bei niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater:innen bzw. -psycholog:innen in regelmäßiger ambulanter Behandlung befanden und somit kein spezifisches Behandlungsangebot erforderten, nicht in die Studie eingeschlossen.

### **3.4 Ablauf**

Das Konzept setzte sich aus drei Terminen des standardisierten ambulanten Notfallmanagements sowie zwei Follow-Up Untersuchungen im Rahmen der Längsschnittstudie zusammen. Während im Folgenden der Fokus auf dem allgemeinen Ablauf liegt, wird in Kapitel 3.6 näher auf die spezifischen Interviews und Fragebögen eingegangen.

#### **3.4.1 Standardisiertes Notfallmanagement**

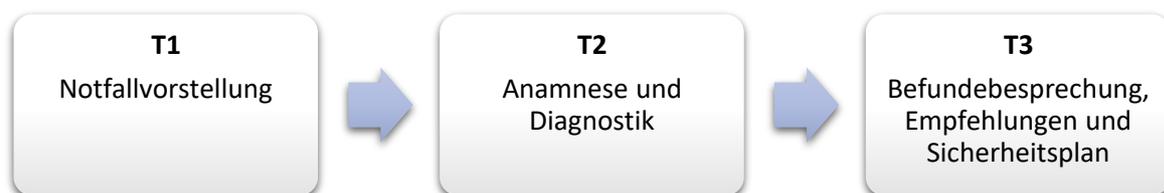


Abbildung 3

#### *Schematische Darstellung des Ablaufs des standardisierten Notfallmanagements*

Der grobe Ablauf des Notfallmanagements kann Abbildung 3 entnommen werden. Patient:innen, die sich mit Verdacht auf eine akute psychiatrische Symptomatik in der Institutsambulanz der Klinik vorstellen, erhalten dort eine notfallmäßige Sichtung durch

ein:e der diensthabenden Ärzt:innen. Bei diesem Termin 1 wird stets die aktuelle Symptomatik, die derzeitige Belastung und eine ggf. notwendige, sofortige stationäre Behandlungsindikation erhoben (T1). Haben sich die Patient:innen wegen SITB vorgestellt, wurden ihnen im Anschluss zwei weitere Termin im Rahmen des klinischen Standardprocedures angeboten.

Termin 2 (T2) diente neben der Erhebung einer allgemeinen soziobiographischen Anamnese der Diagnosesicherung. Des Weiteren wurden verschiedene Fragebögen zu SITB, psychischer Belastung, emotionaler Reaktivität (Emotion Reactivity Scale, ERS) sowie Änderungsmotivation angewendet, um die aktuelle Situation der Patient:innen einschätzen zu können und mit späteren Zeitpunkten vergleichen zu können.

Die begleitenden Sorgeberechtigten wurden nach ihrer Sicht bezüglich möglicher Ursachen für das Verhalten der Jugendlichen gefragt. Außerdem wurde mit ihnen eine Fremdanamnese hinsichtlich verschiedener Verhaltensauffälligkeiten, emotionaler Probleme, somatischer Beschwerden sowie sozialer Kompetenzen der Jugendlichen erhoben. Auch die Belastung der Eltern und deren Motivation, an einer Behandlung mitzuwirken, wurden untersucht. Haben Patient:innen nicht bei den Eltern gelebt, so wurden die Fragebögen entweder den Eltern/Sorgeberechtigten, dem zuständigen Vormund, den Pflegeeltern oder den Bezugsbetreuer:innen der Wohngruppe vorgelegt. Die Fragen zur Belastung und Motivation sollten jedoch nur von den Sorgeberechtigten beantwortet werden.

Unter Einbezug der Fremdeinschätzung durch die Bezugspersonen sowie der durchgeführten Interviews und Fragebögen beurteilten die behandelnden Ärzt:innen im Anschluss an T2 die Patient:innen im Hinblick auf ihr Funktionsniveau sowie den Schweregrad der psychischen Erkrankung. Zudem wurden die Ergebnisse aus T2 von zwei Ärzt:innen besprochen, darunter mindestens ein:e Fachärzt:in für Kinder- und Jugendpsychiatrie, sodass eine finale Diagnose gestellt werden konnte.

Im Rahmen des dritten Termins (T3) wurden mit den Patient:innen und ihren Sorgeberechtigten die Befundergebnisse besprochen und die Empfehlungen bezüglich weitergehender Diagnostik und/oder Behandlung ausgesprochen. Darüber hinaus wurde mit den Jugendlichen der Sicherheitsplan für Krisensituationen erarbeitet, der schließlich mit nach Hause genommen werden konnte. Nach Abschluss

des Termins wurden die Patient:innen und deren Sorgeberechtigte über die beiden Follow-Up Untersuchungen aufgeklärt und nach ihrem Einverständnis gefragt.

Damit die spezifische Diagnostik und die Kurzzeitintervention adäquat umgesetzt werden konnten, wurden vier Ärzt:innen der Kinder- und Jugendpsychiatrie ausführlich geschult und eingewiesen.

Die Termine zeichneten sich durch besonders kurze zeitliche Intervalle aus. Der Abstand zwischen der Notfallvorstellung T1 und T2 betrug  $M = 8.04$  Tage ( $SD = 5.90$  Tage) und der Abstand zwischen T1 und T3 betrug  $M = 18.37$  Tage ( $SD = 9.71$  Tage). Ziel des Procederes war es, durch die spezifische Diagnostik und frühzeitige Intervention bei Jugendlichen mit SITB eine weitere Verschlechterung so weit wie möglich zu verhindern und die Wahrscheinlichkeit für Verbesserung und Remission zu erhöhen.

### **3.4.2 Follow-Up Untersuchungen**

Mithilfe der Follow-Up Untersuchungen (FU) sollte evaluiert werden, ob diese Ziele erreicht werden konnten. Hierfür wurden mit den Patient:innen zwei jeweils 30- bis 60-minütige Termine vereinbart, die circa vier (FU1  $M = 31.97$  Tage nach T3,  $SD = 6.34$ ) und acht Wochen (FU2  $M = 60.56$  Tage nach T3,  $SD = 7.16$ ) nach dem Abschluss des regulären Notfallmanagements in der Institutsambulanz stattfinden sollten.

Die beiden Follow-Up Untersuchungen liefen nach demselben Prinzip ab und wurden von Doktorand:innen sowie Forschungsmitarbeiter:innen durchgeführt, die hinsichtlich der Untersuchungsmethoden ausführlich geschult wurden.

Der begleitende Elternteil beantwortete im Wartebereich eigenständig Fragebögen. Hierbei wollte man zum einen erfahren, was bezüglich der Umsetzung der Empfehlungen und der Situation der Jugendlichen seit T3 passiert ist. Zum anderen wurde zum Vergleich erneut die Motivation der Eltern festgehalten.

Währenddessen wurde mit den Jugendlichen ein kurzes Anamnesegespräch geführt, welches durch einen Fragebogen strukturiert wurde. Im Anschluss daran wurden Fragebögen und Interviews zu SITB, psychischer Belastung, emotionaler Reaktivität sowie der Änderungsmotivation bearbeitet, die die Patient:innen bereits aus T2 kannten. Nach jedem der Follow-Up Termine wurde ein:e diensthabende Ärzt:in dazu

gerufen, um zu klären, ob die Jugendlichen absprachefähig bezüglich ihres suizidalen Verhaltens waren. Falls dies nicht der Fall war, musste eine stationäre Krisenintervention in Erwägung gezogen werden.

Um die Patient:innen bezüglich ihres Funktionsniveaus sowie des Schweregrads ihrer Erkrankung erneut einzuschätzen, wurden die Befunde aus FU2 mit einer erfahrenen Oberärztin besprochen.

Aufgrund der Corona-Pandemie wurden die Follow-Up Termine ab Mitte März 2020 telefonisch durchgeführt. Ab August 2020 konnten die Termine unter Einhaltung strenger Hygienebedingungen wieder regulär in persönlichem Kontakt in der Institutsambulanz stattfinden, solange kein expliziter Wunsch nach einer telefonischen Abfrage bestand. Dies hatte zur Konsequenz, dass insgesamt 49% der Studientermine telefonisch stattgefunden haben.

Alle Angaben der Patient:innen sowie deren Sorgeberechtigten wurden pseudonymisiert gespeichert und ausgewertet. Alle Teilnehmer:innen erhielten nach Vervollständigung von FU2 einen Gutschein in Höhe von 25€ als Aufwandsentschädigung.

### 3.5 Sicherheitsplan

Wie bereits erwähnt war der Sicherheitsplan, der im Rahmen des ambulanten Notfallmanagements verwendet wurde (T3), angelehnt an den 2008 von Stanley und Brown erstellten Plan. Der Sicherheitsplan wurde in Zusammenarbeit der Jugendlichen mit ihren behandelnden Ärzt:innen erarbeitet:

In Schritt 1 wurden drei Warnzeichen, wie bestimmte Gedanken, Situationen oder Verhaltensweisen, aufgeschrieben, anhand derer die Jugendlichen eine sich entwickelnde Krisensituation identifizieren können.

Anschließend wurden in Schritt 2 drei Aktivitäten benannt, die die Patient:innen ausführen können, um sich abzulenken, ohne dabei mit jemand anderem reden zu müssen.

In Schritt 3 überlegten sich die Jugendlichen zwei Personen, die sie anrufen können und zwei Orte, an die sie gehen können, um auf andere Gedanken zu kommen, ohne dabei um Hilfe zu fragen. Die Namen der jeweiligen Personen wurden in der Form aufgeschrieben, wie die Patient:innen diese auch im Alltag nennen (z.B. Spitznamen, oder „Mama“). Zusätzlich sollte die Beziehung zu dieser Person und deren Telefonnummer genannt werden.

Im nächsten Schritt legten die Jugendlichen Personen fest, die sie um Hilfe bitten können, um ihnen aus der Krisensituation herauszuhelfen, wenn die Schritte 1 bis 3 nicht wirksam genug waren.

In Schritt 5 wurden Möglichkeiten benannt, wie andere Personen die Patient:innen unterstützen können und dazu beitragen können, ein sicheres Umfeld zu schaffen. Beispielsweise können sie potentiell gefährliche Gegenstände wie Rasierklingen entfernen oder den Patient:innen nur die täglich benötigte Dosis an Medikamenten aushändigen.

Für den Fall, dass die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichen, wurden den Jugendlichen in Schritt 6 verschiedene Telefonnummern professioneller Anlaufstellen (Telefonnummer der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Telefonseelsorge) an die Hand gegeben, die sie im Notfall kontaktieren können. Sollten die Patient:innen das Gefühl haben, die Kontrolle über die Situation verloren zu haben, wurde ihnen dringend geraten, den Notruf zu wählen.

Unabhängig von dieser schrittweisen Anleitung wurden Eigenschaften, die die Patient:innen an sich schätzen, und Stärken, die den Patient:innen bisher in schwierigen Zeiten geholfen haben, aufgeschrieben.

Ziel dieses Plans ist es, sich mit vorhandenen Bewältigungsstrategien und Ressourcen schon vor einer erneuten Krise auseinanderzusetzen. Dadurch war es den Patient:innen möglich, künftige Krisensituationen besser zu bewältigen und Zeit verstreichen zu lassen, ohne suizidales oder selbstverletzendes Verhalten anzuwenden.

### 3.6 Interviews und Fragebögen

Der Ablauf und die verwendeten Testverfahren des standardisierten ambulanten Notfallmanagements (T1-T3) sowie der zwei Follow-Up Untersuchungen (FU1 und FU2) werden in Abbildung 4 schematisch dargestellt.

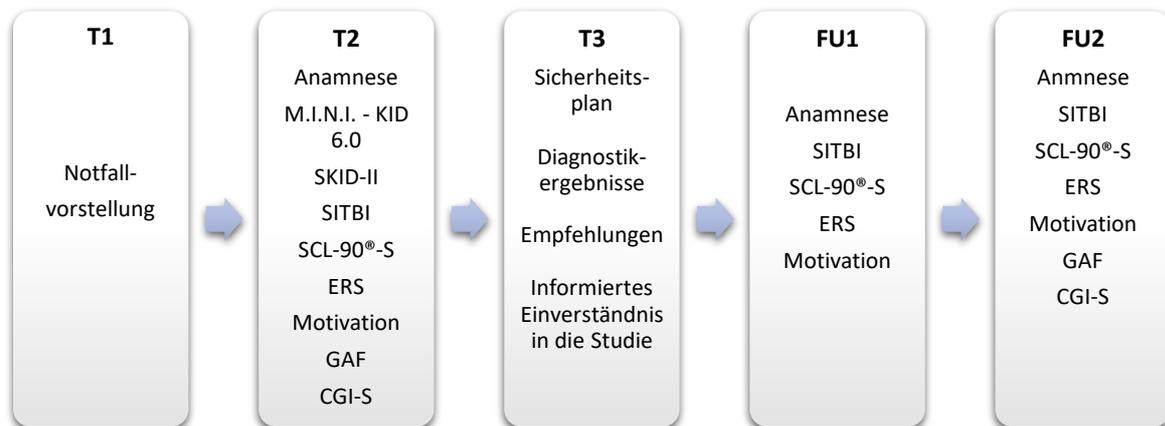


Abbildung 4

*Schematische Darstellung des standardisierten Notfallmanagements und der Follow-Up Untersuchungen*

#### 3.6.1 Anamnese

Um die relevanten soziodemographischen Informationen über die Jugendlichen zu erheben, wurde mit deren Eltern ein semi-strukturiertes Interview durchgeführt. Hier wurden in Bezug auf diese Arbeit folgende Variablen abgefragt: Alter/Geburtsdatum, Geschlecht, Schultyp, Beziehungsstatus der Eltern sowie Wohnsituation.

Die Jugendlichen wurden zudem explizit danach gefragt, ob sich enge Freunde und/oder Familienangehörige selbst verletzt haben oder versucht haben, sich das Leben zu nehmen.

#### 3.6.2 Diagnostik

Erfahrene Ärzt:innen führten mit den Jugendlichen die deutsche Version des Mini-Internationalen Neuropsychiatrischen Interviews für Kinder und Jugendliche (M.I.N.I. KID 6.0) durch. Dabei handelt es sich um ein kurzes strukturiertes Interview für die Diagnosestellung nach DSM-IV und ICD-10 Kriterien (Sheehan et al., 1998).

Darüber hinaus wurde die deutsche Version des strukturierten klinischen Interviews für DSM-IV, Achse II (SKID-II), Unterabschnitt BPS angewendet (First et al., 1997).

Dieser Unterabschnitt enthält Fragen zu neun Merkmalen, die auf den DSM-IV-Diagnosekriterien einer BPS basieren. Werden mindestens fünf davon erfüllt, so spricht dies für eine BPS (First et al., 1997).

Um jedoch die endgültigen Diagnosen stellen zu können, wurden die Ergebnisse der Interviews von zwei Ärzt:innen, darunter mindestens ein:e Fachärzt:in für Kinder- und Jugendpsychiatrie, ausführlich diskutiert. Die festgelegten Diagnosen wurden anschließend mit den Patient:innen sowie ihren Eltern in T3 besprochen.

### **3.6.3 Erfassung von selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen**

Zur Erfassung der SITB wurde die deutsche Version des „Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interviews“ (SITBI-G) verwendet (Fischer et al., 2014; Nock et al., 2007). Dabei handelt es sich um ein strukturiertes Interview, welches aus 169 Items besteht, die in sechs Module gegliedert werden. Die sechs Module, in welche sich das Interview unterteilt, entsprechen den verschiedenen Arten der SITB: Suizidgedanken, Suizidplanungen, suizidale Gesten, Suizidversuche, Gedanken an NSSV und NSSV. Das Interview erfragt grundsätzlich die Prävalenz, Frequenz und viele weitere Charakteristika der verschiedenen SITB (Nock et al., 2007). Darüber hinaus wird bei den Modulen Suizidversuch und NSSV nochmals explizit nach dem möglichen Zweck des jeweiligen SITB gefragt, angelehnt an die von Nock und Prinstein (2004) beschriebenen vier Funktionen von NSSV: soziale sowie automatische positive und negative Verstärker (Fischer et al., 2014; Nock und Prinstein, 2004).

Der SITBI eignet sich somit besonders gut für die genaue Erhebung von SITB. Da die guten psychometrischen Eigenschaften der deutschen Version vergleichbar mit dem englischen Original sind, kann das Interview sowohl im klinischen Setting als auch in der Forschung als diagnostisches Instrument seine Anwendung finden (Fischer et al., 2014).

### **3.6.4 Erfassung der psychischen Belastung**

Die deutsche Version der Symptom-Check-Liste-90®-S (SCL-90-S) wurde verwendet (Franke, 2014), um die psychische Belastung der Patient:innen zu erheben. Hierbei handelt es sich um ein Selbstbeurteilungsinstrument bestehend aus 90 Items, die auf

einer fünfstufigen Likert-Skala von 0 bis 4 bewertet werden. Außerdem können die Items neun Subskalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depression, Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit, phobische Angst, paranoide Ideation und Psychotizismus) zugeordnet werden und ergeben drei globale Kennwerte zur generellen Interpretation der Belastung (Franke, 2014). Von besonderer Bedeutung für diese Arbeit ist hierunter der Global Severity Index (GSI), da er die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf die 90 Items misst. Die interne Konsistenz, vor allem für den GSI-Wert, ist sehr gut ( $\alpha = .97$ ; deutsche Version  $\alpha = .94 - .98$ ). Zudem wurde die Validität des Messinstruments hinreichend nachgewiesen (Franke, 2014).

### **3.6.5 Erfassung der Motivation**

Um die Motivation der Jugendlichen, das selbstverletzende Verhalten zu beenden, zu erfassen, wurde ein Fragebogen ins Deutsche übersetzt, der in einer Studie von Armitage namens *„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“* (2016) zu diesem Zwecke eingesetzt worden war.

Hierbei handelt es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen mit sechs Items, die jeweils mittels einer Likert-Skala von 1 bis 7 von den Patient:innen bewertet werden. Einerseits werden anhand dreier Items die künftigen Verhaltensabsichten bezüglich des selbstverletzenden Verhaltens untersucht, andererseits wird mittels drei weiterer Items gemessen, wie selbsteffizient sich die Patient:innen in dieser Hinsicht einschätzen (Armitage et al., 2016).

Die Items sind angelehnt an einen Standardfragebogen zu Motivation und Selbsteffizienz, der sich bereits im Rahmen einer Studie zur Rauchentwöhnung etabliert hatte. Hier hatte sich eine hohe interne Reliabilität sowohl hinsichtlich der Handlungsabsicht ( $\alpha = .92$  bei Baseline und  $.94$  beim Follow-Up) als auch hinsichtlich der Selbsteffizienz ( $\alpha = .87$  bei Baseline und  $.92$  beim Follow-Up) gezeigt (Armitage, 2008). In unserer Studie konnte ebenfalls eine gute bis sehr gute interne Reliabilität für die Handlungsabsicht ( $\alpha = .87$  bei T2,  $.88$  bei FU1 und  $.89$  bei FU2) und auch für die Selbsteffizienz ( $\alpha = .93$  bei T2,  $.92$  bei FU1 und  $.91$  bei FU2) nachgewiesen werden.

Für die Vergleichbarkeit der Motivation wurden Summen für die Handlungsabsicht (Item 1-3) und die Selbstwirksamkeit (Item 4-6) berechnet. Auch hier konnte eine gute bis sehr gute interne Reliabilität für die Handlungsabsicht ( $\alpha = .87$  bei T2,  $.88$  bei FU1 und  $.89$  bei FU2) und für die Selbsteffizienz ( $\alpha = .93$  bei T2,  $.92$  bei FU1 und  $.91$  bei FU2) nachgewiesen werden.

### **3.6.6 Erfassung des Funktionsniveaus**

Zur Erfassung des allgemeinen Funktionssniveaus wurde die Global Assessment of Functioning Scale, kurz GAF, verwendet (*Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R*, 1989; Sass et al., 2003). Mit Hilfe dieser Skala wird die allgemeine psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit der Patient:innen eingeschätzt. Dafür muss ein Zahlenwert von 1 (niedrigstes Leistungsniveau) bis 100 (höchstes Leistungsniveau) angegeben werden, wobei zur Orientierung zehn klar definierte Bereiche à zehn Punkte vorgegeben werden. Der GAF fand auch Anwendung im DSM-IV auf der diagnostischen Achse V (Sass et al., 2003).

### **3.6.7 Erfassung des Schweregrades der psychischen Erkrankung**

Die Clinical Global Impressions Scale – Severity (CGI-S) wurde von uns eingesetzt, um den Schweregrad der psychischen Erkrankung der Patient:innen einzuschätzen. Hierbei handelt es sich um eine subjektive Beurteilung der Untersucher:innen, welche mit Hilfe ihres Erfahrungsschatzes sowohl den Schweregrad der Symptomatik als auch die Auswirkungen auf das Funktionsniveau in Relation zu anderen Patient:innen mit der gleichen Diagnose einordnen. Dafür sollten sie ihr Wissen über die Anamnese, die psychosozialen Umstände, das Verhalten, die Symptome und deren Konsequenzen für das Funktionsniveau in Betracht ziehen. Die siebenstufige Bewertungsskala reicht von 0 (normal) bis 6 (schwerstkrank) (Busner und Targum, 2007).

### **3.6.8 Evaluation des Notfallmanagements in den Follow-Up Terminen**

Zu Beginn der Follow-Up Termine wurde im Rahmen eines kurzen Anamnesegesprächs erfasst, ob den Patient:innen der Sicherheitsplan subjektiv eine Hilfe war und ob sich ihre Probleme im Vergleich zu T2 verbessert bzw. verschlechtert

hatten. Darüber hinaus wurde sich erkundigt, inwieweit die in T3 ausgesprochenen Empfehlungen umgesetzt worden waren.

Die Sorgeberechtigten bearbeiteten in der Zwischenzeit einen Fragebogen, der zusätzlich erfasste, ob seit T3 notfallmäßige Termine oder stationäre Krisenaufnahmen nötig gewesen waren.

### 3.7 Statistische Auswertung

Zu Beginn wurde der Effekt der Kontrollvariable Geschlecht auf die Hauptvariablen je nach Verteilung mittels t-Test für unabhängige Stichproben oder Mann-Whitney-U Tests geprüft. Die Hauptvariablen waren: Alter, Lebenszeitprävalenz der SITB, Alter des Erstauftretens, Lebenszeithäufigkeit der SITB, Anzahl an Phasen im letzten Monat, Intensität der Suizidgedanken und Gedanken an NSSV, Score der Handlungsabsicht, Score der Selbsteffizienz, CGI-Score, GAF-Score und der GSI-Wert. Um zu prüfen, ob Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz der einzelnen SITB und der positiven Familien-/Peeranamnese für SITB existieren, wurden Kreuztabellen erstellt und Chi-Quadrat Analysen durchgeführt.

Außerdem wurde für alle SITB je nach Skalierung mit Hilfe des Cochran-Q oder Friedman Tests getestet, ob sich die Angaben der Jugendlichen zu der Lebenszeitprävalenz, der Lebenszeithäufigkeit, dem Alter des Beginns bei den einzelnen Terminen unterschieden haben. Zudem wurde für die Gedanken an Suizid und NSSV mittels Friedman Test geprüft, ob sich die Intensität der Gedanken zwischen den Terminen unterschieden hat.

Im Hinblick auf die Hypothesen wurde zuerst geprüft, ob die SITB im Verlauf abgenommen hatten. Hierfür wurden bei allen Jugendlichen, die angegeben haben, dass sie schon einmal von der jeweiligen SITB betroffen waren, die Häufigkeiten der Suizidgedanken, Suizidpläne, Suizidversuche, Gedanken an NSSV und NSSV im letzten Monat über die drei Messzeitpunkte hinweg bei fehlender Normalverteilung mittels Friedman Test verglichen. Daraufhin wurden *post-hoc* Tests nach Bonferroni durchgeführt. Um zu testen, ob sich die Patient:innen auch bezüglich der klinischen Einschätzung der Ärzt:innen verbessert hatten, wurden die Ergebnisse des GAF und CGI-S von T2 und FU2 mittels Wilcoxon Test verglichen.

Nachdem für die Testung der weiteren Hypothesen die Veränderung der SITB relevant war, wurde eine neue Variable erstellt. Hierfür wurden die Angaben aus dem SITBI genutzt. Die Häufigkeit im letzten Monat der jeweiligen SITB von FU1 (bzw. FU2) wurde durch die Anzahl im letzten Monat von T2 dividiert. Sowohl auf Seiten des Nenners als auch des Zählers wurde +1 addiert, sodass keine Division durch Null

entstehen konnte. Um die statistische Analyse übersichtlich zu gestalten, wurden die Brüche in eine Variable transformiert, die die Art der Veränderung beschreibt. So wurde in „Verschlechterung“ (>1), „gleichbleibend“ (0) und „Verbesserung“ (<1) unterteilt. Da man einen Fokus darauflegen wollte, wie verschiedene Faktoren die akute Symptomatik beeinflussen, wurden alle Patient:innen aus der Gruppe „gleichbleibend“ entfernt, die zwar im SITBI berichtet haben, dass sie schon einmal von den jeweiligen Gedanken bzw. Verhaltensweise betroffen waren, aber sowohl bei T2 als auch FU1 und FU2 angegeben haben, dass sie im letzten Monat nicht darunter litten. Im Anschluss folgt zur Veranschaulichung der Gruppeneinteilung ein Beispiel mit der Veränderung der Suizidgedanken von T2 auf FU2:

*Veränderung der Suizidgedanken zwischen T2 und FU2*

$$= \frac{\text{Anzahl an Suizidgedanken im letzten Monat (FU2)} + 1}{\text{Anzahl an Suizidgedanken im letzten Monat (T2)} + 1}$$

> 1: Verschlechterung  
 = 1: Gleichbleibend  
 < 1: Verbesserung

Um zu erfahren, ob sich Jugendliche, die den Sicherheitsplan als hilfreich empfanden, bezüglich ihrer SITB eher verbessert hatten, wurden Kreuztabellen erstellt, mit deren Hilfe eine Chi-Quadrat Analyse durchgeführt werden konnte. Bei einem signifikanten Ergebnis wurde mittels Excel ein *post-hoc* Test durchgeführt, um zu erfahren, welche Kombination aus Veränderung der SITB und Bewertung des Sicherheitsplans sich bezüglich erwarteter und tatsächlicher Häufigkeiten signifikant unterschieden hat.

Auch um zu testen, inwieweit sich diejenigen, die eine positive Anamnese für Suizidversuche und Selbstverletzung im Freundes-/Familienkreis aufwiesen, seltener in ihren SITB verbessert hatten, wurden Kreuztabellen mit Chi-Quadrat-Analysen durchgeführt. Die positive Familienanamnese und Peeranamnese wurden getrennt voneinander betrachtet. Auch hier wurde bei signifikanten Ergebnissen ein *post-hoc* Test durchgeführt, um zu prüfen, welche Kombination aus Anamnese und Veränderung der SITB signifikant war.

Zudem wollte man erfahren, ob sich die allgemeine psychische Belastung über die drei Termine hinweg verbessert hatte. Auch hierfür wurden die GSI-Werte der drei Messzeitpunkte mit dem Friedman Test und anschließenden *post-hoc* Tests verglichen. Darüber hinaus wurde untersucht, ob diejenigen, die sich bezüglich ihrer SITB verschlechtert haben, bei T2 besonders psychisch belastet gewesen waren.

Diese Hypothese wurde mittels Kruskal-Wallis Test geprüft. Anschließend wurden bei signifikanten Ergebnissen für die paarweisen Vergleiche *post-hoc* Tests vorgenommen.

Abschließend wurde getestet, ob die Jugendlichen, bei denen die Häufigkeit der NSSV im Verlauf abgenommen hat, bei T2 besonders motiviert gewesen waren, die Selbstverletzung künftig zu vermeiden und sich zudem in dieser Hinsicht als sehr selbsteffizient eingeschätzt hatten. Ähnlich wie bei der vorherigen Hypothese wurde ein Kruskal-Wallis Test angewendet. Bei signifikanten Ergebnissen wurden auch hier *post-hoc* Tests vorgenommen, um die paarweisen Vergleiche durchzuführen. Außerdem wurden Friedman Tests und anschließende *post-hoc* Tests durchgeführt, um zu erfahren, ob die beiden Scores (Handlungsabsicht und Selbsteffizienz) über die drei Termine hinweg zugenommen haben.

Alle statistischen Analysen wurden mit SPSS 28 (IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp) durchgeführt. Lediglich die *post-hoc* Tests der Chi-Quadrat-Analysen wurden mittels Microsoft Excel (Microsoft Excel für Mac, Version 16.43, 2020) berechnet. Das statistische Signifikanzniveau wurde auf  $\alpha = .05$  festgelegt.

## 4 Ergebnisdarstellung

### 4.1 Soziodemographische Charakterisierung

Insgesamt haben  $N = 104$  Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 11 und 18 Jahren am Notfallmanagement (T1-T3) teilgenommen. Die Stichprobe verkleinerte sich auf  $N = 78$  Patient:innen bei FU1 und  $N = 71$  Patient:innen bei FU2. Weitere 16 Patient:innen waren ursprünglich Teil des Notfallmanagements, konnten jedoch nicht in die finale Analyse miteinbezogen werden, da sie keine der entscheidenden Variablen bezüglich SITB aufgezeigt hatten ( $n = 5$ ), das Notfallmanagement nicht vollständig durchlaufen hatten ( $n = 3$ ), Sprachbarrieren bestanden hatten ( $n = 4$ ), sie zu lange stationär gewesen waren ( $n = 2$ ) oder mangelnde Compliance bestanden hatte ( $n = 2$ ).

Das mittlere Alter betrug  $M = 15.37$  Jahre ( $SD = 1.61$ , *Spannweite* = 11.06-18.11) bei T2,  $M = 15.55$  Jahre ( $SD = 1.62$ , *Spannweite* = 11.16-18.21) bei FU1 und  $M = 15.60$  Jahre ( $SD = 1.63$ , *Spannweite* = 11.24-18.29) bei FU2. Die Altersverteilung zum Zeitpunkt T2 wird in Abbildung 5 dargestellt.

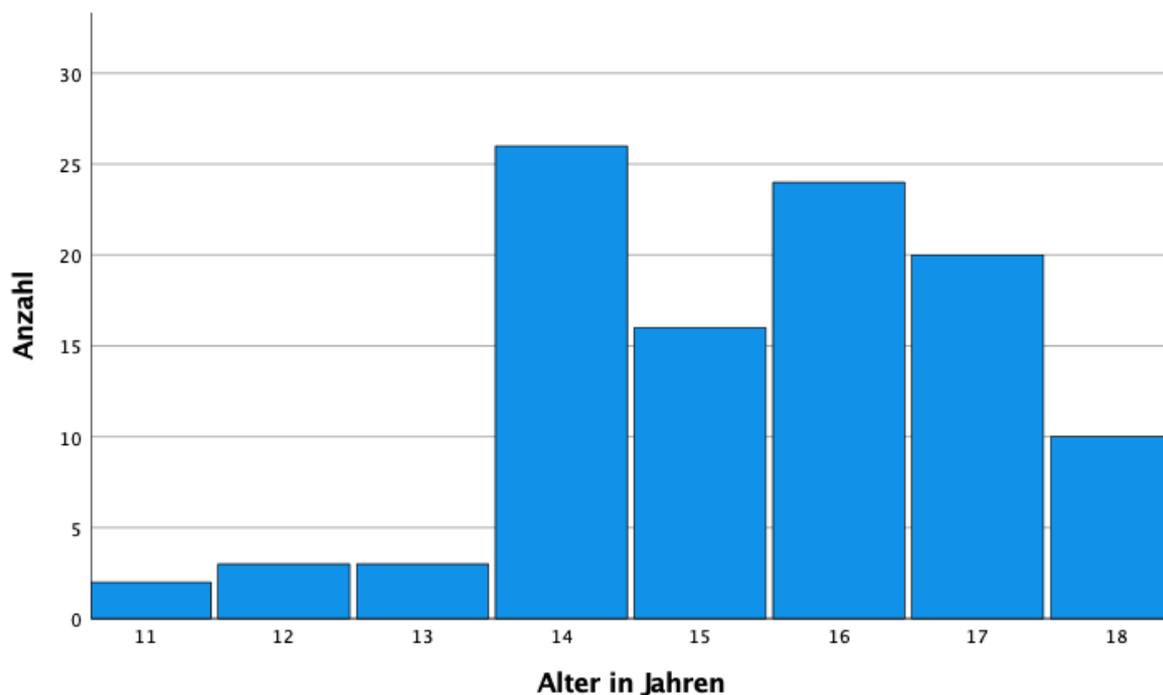


Abbildung 5

*Altersverteilung zum Zeitpunkt T2, N = 104*

Bei T2 war der Großteil der Patient:innen weiblich (75.0%,  $n = 78$ ), 23.1% waren männlich ( $n = 24$ ) und 1.9% divers ( $n = 2$ ). Auch bei FU1 und FU2 zeigte sich eine ähnliche Geschlechterverteilung, mit 24.4% männlichen ( $n = 19$ ), 74.4% weiblichen ( $n$

= 58) und 1.3% diversen ( $n = 1$ ) Teilnehmer:innen bei FU1 und 25.4% männlichen ( $n = 18$ ), 73.2% weiblichen ( $n = 52$ ) und 1.4% diversen ( $n = 1$ ) Jugendlichen bei FU2. Darüber hinaus haben sich Mädchen und Jungen zu keinem der Zeitpunkte hinsichtlich des Alters unterschieden (T2:  $U = 862.00$ ,  $p = .559$ ; FU1:  $U = 488.00$ ,  $p = .938$ , FU2:  $U = 389.00$ ,  $p = .709$ ).

Die drei Schulformen, die am häufigsten besucht wurden, waren Realschule (T2: 26.0%,  $n = 27$ ; FU1 30.8%,  $n = 24$ , FU2 31.0%,  $n = 22$ ), Gymnasium (T2: 25.0%,  $n = 26$ ; FU1 26.9%,  $n = 21$ , FU2 28.2%,  $n = 20$ ;) und Mittelschule (T2: 23.1%,  $n = 24$ ; FU1 20.5%  $n = 16$ , FU2 19.7%,  $n = 14$ ).

Betrachtet man die Beziehung der Eltern, so kann man zu allen drei Erhebungszeitpunkten feststellen, dass circa die Hälfte der Jugendlichen aus einem Haushalt mit getrennten bzw. geschiedenen Eltern stammte (T2: 51%,  $n = 49$ ; FU1: 49.3%,  $n = 37$ ; FU2: 50.0%,  $n = 35$ ), während bei der anderen Hälfte die Eltern zum Zeitpunkt T2 zusammen waren (T2: 46.9%,  $n = 45$ ; FU1: 48.0%,  $n = 36$ ; FU2: 47.1%,  $n = 33$ ). Bei zwei Jugendlichen war ein Elternteil bereits verstorben (T2: 2.1%,  $n = 2$ ; FU1: 2.7%,  $n = 2$ ; FU2: 2.9%,  $n = 2$ ).

Tabelle 2

*Soziodemographische Charakteristika*

	T2			FU1			FU2		
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>	<i>n</i>	%	<i>N</i>
<b>Geschlecht</b>			<b>104</b>			<b>78</b>			<b>71</b>
männlich	24	23.1		19	24.4		18	25.4	
weiblich	78	75.0		58	74.4		52	73.2	
divers	2	1.9		1	1.3		1	1.4	
<b>Schulform</b>			<b>99</b>			<b>76</b>			<b>70</b>
Mittelschule	24	24.2		16	21.1		14	20.0	
Realschule	27	27.3		24	31.6		22	31.4	
Gymnasium	26	26.3		21	27.6		20	28.6	
Förderschule	3	3.0		0	0		0	0	
Fach-/Berufsschule	12	12.1		11	14.5		11	15.7	
andere Schulform/ kein Schulbesuch	7	7.1		4	5.3		3	4.3	
<b>Beziehung der Eltern</b>			<b>96</b>			<b>75</b>			<b>70</b>
zusammen	45	46.9		36	48.0		33	47.1	
getrennt/geschieden	49	51.0		37	49.3		35	50.0	
Elternteil verstorben	2	2.1		2	2.7		2	2.9	

## 4.2 Klinisch-psychiatrische Charakterisierung

Tabelle 3

Diagnosen nach ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen bei T2

		<i>n</i>	%
<b>F1</b>	<b>Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen</b>	<b>16</b>	<b>6.69</b>
	Störungen durch Alkohol	5	2.09
	Störungen durch Opiode	1	0.42
	Störungen durch Cannabinoide	7	2.93
	Störungen durch Tabak	1	0.42
	Störungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	2	0.84
<b>F3</b>	<b>Affektive Störung</b>	<b>91</b>	<b>38.08</b>
	Depressive Episoden	62	25.94
	Rezidivierende depressive Störung	28	11.72
	Anhaltende affektive Störung	1	0.42
<b>F4</b>	<b>Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen</b>	<b>82</b>	<b>34.31</b>
	Agoraphobie	18	7.53
	Soziale Phobie	22	9.21
	Spezifische Phobie	11	4.60
	Generalisierte Angststörung	1	0.42
	Panikstörung	12	5.02
	Sonstige spezifische Angststörungen	1	0.42
	Zwangsstörung	1	0.42
	Posttraumatische Belastungsstörung	7	2.93
	Anpassungsstörung	9	3.77
<b>F5</b>	<b>Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren</b>	<b>5</b>	<b>2.09</b>
	Anorexia nervosa	3	1.26
	Atypische Anorexia nervosa	1	0.42
	Sonstige Essstörungen	1	0.42
<b>F6</b>	<b>Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen</b>	<b>7</b>	<b>2.93</b>
	Emotional-instabile Persönlichkeitsstörung Borderline-Typ	2	0.84
	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	2	0.84
	Störungen der Geschlechtsidentität	1	0.42
	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	2	0.84
<b>F8</b>	<b>Entwicklungsstörungen</b>	<b>3</b>	<b>1.26</b>
	Lese- und Rechtschreibstörung	2	0.84
	Asperger -Syndrom	1	0.42
<b>F9</b>	<b>Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend</b>	<b>35</b>	<b>14.64</b>
	Hyperkinetische Störungen	15	6.28
	Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen	1	0.42
	Emotionale Störungen des Kindesalters	4	1.67
	Ticstörungen	3	1.26
	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	12	5.02

Anmerkungen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Die Verteilung von psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10, welche in Tabelle 3 detailliert abgebildet ist, sah bei T2 in abnehmender Reihenfolge der Häufigkeiten folgendermaßen aus:

F3 (Affektive Störungen):  $n = 91$  (38.08%); F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen):  $n = 82$  (34.31%); F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend):  $n = 35$  (14.64%); F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen):  $n = 16$  (6.69%); F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen):  $n = 7$  (2.93%); F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren):  $n = 5$  (2.09%); F8 (Entwicklungsstörungen):  $n = 3$  (1.26%).

Pro Patient:in waren mehrere Diagnosen möglich, da immer eine Hauptdiagnose und bis zu drei Nebendiagnosen vergeben wurden. Nur eine Patientin erhielt keine Diagnose. Zwei Patient:innen erfüllten die diagnostischen Kriterien einer BPS nach DSM-IV, welche mittels des SKID-II abgefragt wurden.

Betrachtet man ausschließlich die Hauptdiagnosen, so lässt sich feststellen, dass in allen drei Stichproben (T2, FU1 und FU2) die Gruppe F3 diejenige war, die bei den meisten Jugendlichen diagnostiziert wurde (T2:  $n = 86$ , 83.5%; FU1:  $n = 66$ , 84.6%; FU2:  $n = 59$ , 83.1%), gefolgt von F4 (T2:  $n = 10$ , 9.7%, FU1:  $n = 8$ , 10.3%; FU2:  $n = 8$ , 11.3%) und F9 (T2:  $n = 4$ , 3.9%, FU1:  $n = 2$ , 2.6%, FU2:  $n = 2$ , 2.8%).

### 4.3 Evaluation des Notfallmanagements

Neben der Besprechung der Befunde und der Erarbeitung des Sicherheitsplans stellte die Aussprache verschiedener Empfehlungen für weitere Diagnostik- und/oder Therapiemöglichkeiten einen zentralen Punkt des Abschlusstermins (T3) dar. Am häufigsten, nämlich 91.1% der Jugendlichen, wurde zu einer Einzeltherapie geraten ( $n = 92$ ), gefolgt von einer umfassenden Ambulanzdiagnostik (78.2%;  $n = 79$ ) sowie einer Gruppentherapie (42.6%;  $n = 43$ ). Des Weiteren wurden 30.7% der Patient:innen eine ambulante Jugendhilfemaßnahme ( $n = 30$ ), 22.8% eine tagesklinische Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (KJPP) ( $n = 23$ ), 21.8% Psychopharmaka ( $n = 22$ ), 19.8% eine vollstationäre KJPP-Behandlung ( $n = 20$ ), 5% eine Familientherapie ( $n = 5$ ) und 4% eine vollstationäre Jugendhilfemaßnahme ( $n = 4$ ) empfohlen. Weitere sonstige Empfehlungen beinhalteten vor allem Untersuchungen zum Ausschluss somatischer Ursachen oder zur Abklärung somatischer Symptome, regelmäßige Sichtungen zur Überbrückung, Gewichtskontrollen, Drogenscreenings sowie Empfehlungen, die sich speziell an die Eltern richteten (Therapie, Paarberatung, Erziehungsberatung).

Tabelle 4

#### *Evaluation der Empfehlungen*

Empfehlung	T3 (N = 101)		Umsetzung bis FU1 (N = 78)		Umsetzung bis FU2 (N = 71)	
	%	n	%	n	%	n
Einzeltherapie	91.1	92	40.5	30 (74)	53	35 (66)
Ambulanzdiagnostik	78.2	79	61.7	37 (60)	77.8	42 (54)
Gruppentherapie	42.6	43	13.9	5 (36)	10	3 (30)
Ambulante Jugendhilfemaßnahme	30.7	30	43.5	10 (23)	45	9 (20)
Tagesklinik KJPP	22.8	23	11.1	2 (18)	38.9	7 (18)
Psychopharmaka	21.8	22	40	6 (15)	60	9 (15)
Vollstationäre KJPP	19.8	20	41.7	5 (12)	25	2 (8)
Familientherapie	5	5	0	0 (4)	0	0 (3)
Vollstationäre Jugendhilfemaßnahme	4	4	50	1(2)	50	1 (2)

*Anmerkungen.* Anzahl ( $n$ ) bzw. Anteil (%) an Patient:innen, denen die einzelnen Empfehlungen in T3 ausgesprochen worden waren (links) bzw. die die jeweilige Empfehlung bis FU1 (Mitte) bzw. FU2 (rechts) umgesetzt haben; Zahlen in Klammern entsprechen der Anzahl an Patient:innen bei FU1 bzw. FU2, denen in T3 die jeweilige Empfehlung ausgesprochen wurde

Während bis FU1 im Schnitt 47.45% ( $SD = 27.66$ ;  $n = 78$ ) der gesamten Empfehlungen umgesetzt worden sind, waren es bis FU2 bereits durchschnittlich 56.48% ( $SD = 29.11$ ;  $n = 71$ ). In wieviel Prozent der Fälle die einzelnen Diagnostik- bzw. Therapieangebote umgesetzt worden sind, kann Tabelle 4 entnommen werden. Wurden Empfehlungen nicht umgesetzt, lag dies zumeist an der Wartezeit auf Termine (FU1: 52.9%,  $n = 37$ ; FU2: 40%;  $n = 24$ ). Ein weiterer häufiger Grund war, dass die Patient:innen einer Gruppentherapie gegenüber zurückhaltend waren, da sie sich dabei unwohl gefühlt hätten (FU1: 21.4%;  $n = 15$ ; FU2: 25%,  $n = 15$ ). Oft wurde angegeben, dass die Umsetzung einen zu hohen zeitlichen Aufwand in Anspruch nehmen würde (FU1: 14.1%;  $n = 10$ ; FU2: 13.3%,  $n = 8$ ) oder dass die Probleme der Jugendlichen rückläufig gewesen wären (FU1: 11.4%,  $n = 8$ ; FU2: 15%,  $n = 9$ ). In manchen Fällen hätten die Jugendlichen selbst nichts von den Empfehlungen gewusst (FU1: 8.6%,  $n = 6$ , FU2: 5%,  $n = 3$ ) oder hatten kein Interesse an diesen (FU1: 1.4%,  $n = 1$ ; FU2: 8.3%,  $n = 5$ ). Selten wurde berichtet, dass die Eltern die Empfehlungen ablehnten (FU1: 4.3%,  $n = 3$ ; FU2: 6.7%,  $n = 4$ ), mangelndes Vertrauen in die Empfehlungen bestand (FU1: 4.3%,  $n = 3$ ; FU2: 3.3%,  $n = 2$ ) oder sie zu wenig Information erhalten hatten (FU1: 2.9%,  $n = 2$ ; FU2: 1.7%,  $n = 1$ ).

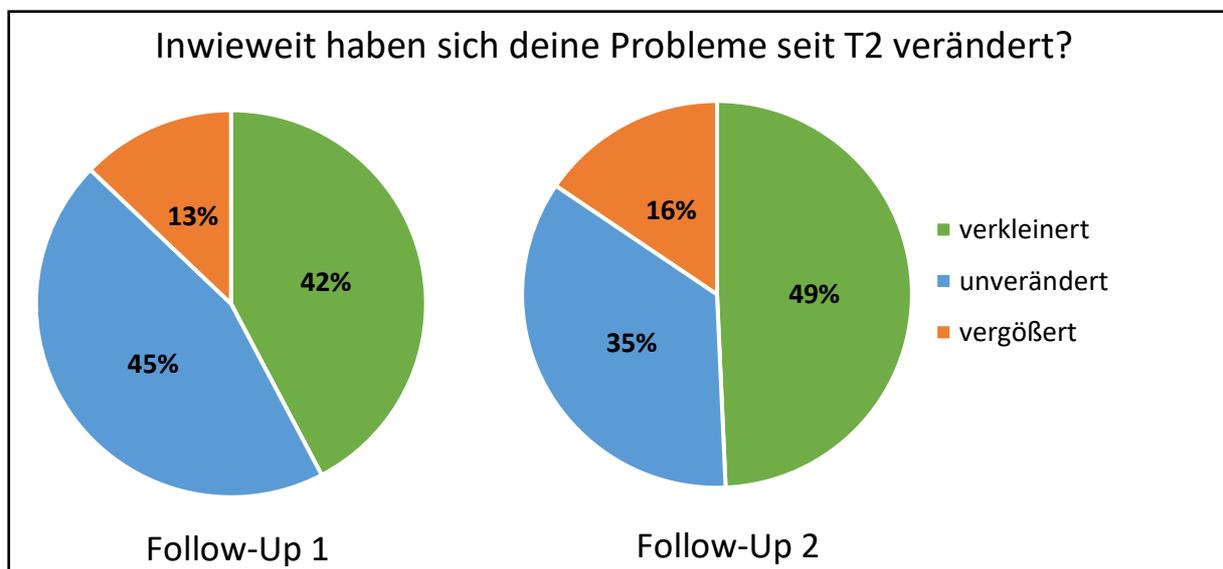


Abbildung 6

*Subjektive Einschätzung der Patient:innen bezüglich der Veränderung ihrer Probleme seit T2*

Bei der Frage, ob sich ihre Probleme subjektiv verändert haben, gaben bei FU1 die meisten der Jugendlichen an, dass diese unverändert geblieben waren (44.9%,  $n = 35$ ). Für fast genau so viele, nämlich 42.3% der Patient:innen ( $n = 33$ ), hätten sich die Probleme verkleinert, während nur 12.8% die Probleme als größer empfanden ( $n = 10$ ). Anders war es bei FU2. Hier berichteten die meisten der Jugendlichen, dass sich ihre Probleme im Vergleich zu T2 verkleinert haben (49.3%;  $n = 35$ ). Bei 35.2% hätten sich die Probleme nicht verändert ( $n = 25$ ) und 15.5% nahmen diese als größer wahr ( $n = 11$ ). Die subjektive Einschätzung der Patient:innen wird in Abbildung 6 veranschaulicht.

Des Weiteren wurde von den Eltern berichtet, dass 8.8% der Patient:innen zwischen T3 und FU1 ( $n = 6$ ) und 9% zwischen T3 und FU2 ( $n = 6$ ) Notfalltermine wegen SITB wahrnehmen mussten.

#### 4.4 Charakterisierung der SITB

Da die Verbesserung bzw. Verschlechterung der SITB über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg eine zentrale Rolle dieser Arbeit einnimmt, werden im Folgenden sowohl die suizidalen (vgl. Tabelle 5) als auch die nicht-suizidalen SITB (vgl. Tabelle 8, S. 52) der betroffenen Patient:innen genauer charakterisiert.

Tabelle 5

*Charakterisierung der suizidalen SITB: Suizidgedanken, Suizidpläne und Suizidversuche*

Suizidale SITB			Spannweite	Total N
<b>Suizidgedanken</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Lebenszeitprävalenz (T2)	96	92.3		104
	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Alter Onset (T2)	12.64	2.10	7-16	96
Anzahl an Phasen (Lebenszeit) (T2)	16.21	33.88	1-200	92
	<b>Mdn</b>			
Intensität (durchschnittlich) (T2)	2.00		1-4	96
<b>Suizidpläne</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Lebenszeitprävalenz (T2)	41	29.4		104
<b>Suizidversuche</b>				
Lebenszeitprävalenz (T2)	37	35.6		104
	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Alter Onset (T2)	13.68	1.65	11-17	37
Anzahl an Phasen (Lebenszeit) (T2)	2.65	3.26	1-20	37

##### 4.4.1 Suizidgedanken

Bei T2 haben 92.3% der Jugendlichen ( $n = 96$ ) angegeben, dass sie schon einmal Suizidgedanken hatten. Der Cochran-Q Test zeigte zwischen den drei Terminen keine signifikanten Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz ( $\chi^2_{(2)} = 6.00$ ,  $p = 0.050$ ,  $n = 71$ ). Außerdem gab es zwischen Mädchen und Jungen keine Differenz bezüglich der Lebenszeitprävalenz (T2:  $\chi^2_{(2)} = 0.77$ ,  $p = .681$ ,  $n = 104$ ; FU1:  $\chi^2_{(2)} = 0.17$ ,  $p = .919$ ,  $n = 78$ ; FU2:  $\chi^2_{(2)} = 0.67$ ,  $p = .714$ ,  $n = 71$ ). Das durchschnittliche Alter, in dem die Jugendlichen zum ersten Mal suizidale Gedanken hatten, betrug  $M = 12.64$  Jahre ( $SD = 2.10$ ,  $Spannweite = 7-16$ ). Hier gab es über die drei Termine hinweg keine signifikant

unterschiedlichen Angaben ( $\chi^2_{(2)} = 0.74, p = .690, n = 65$ ). Bei T2 hatten die Jugendlichen, die unter Suizidgedanken leiden, in ihrem Leben im Schnitt  $M = 16.21$  Phasen ( $SD = 33.88, Spannweite = 1-200$ ) mit suizidalen Gedanken. Es zeigte sich eine signifikante Veränderung der Anzahl an Phasen im Leben über die Follow-Up Periode hinweg ( $\chi^2_{(2)} = 9.52, p = .009, n = 62$ ), die *post-hoc* Analysen ergaben jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Terminen. Darüber hinaus haben sich Mädchen und Jungen zu keinem der Zeitpunkte in ihrer Lebenszeithäufigkeit unterschieden (T2:  $U = 649.00; p = .305$ , FU1:  $U = 475.00; p = .714$ ; FU2:  $U = 380.50, p = .596$ ).

Die durchschnittliche Intensität der Suizidgedanken lag bei T2 auf einer Skala von 1 bis 4 im Schnitt bei  $Mdn = 2.00 (n = 96)$ , im Verlauf der drei Erhebungszeitpunkte kam es diesbezüglich zu keiner signifikanten Veränderung ( $\chi^2_{(2)} = 2.43, p = .297, n = 66$ ). Allerdings zeigten sich signifikante Unterschiede in der Intensität der Gedanken bei T2 zwischen Mädchen und Jungen ( $U = 547.50, p = .009$ ). Hier konnte bei den Mädchen eine stärkere Intensität der Gedanken festgestellt werden als bei den Jungen. Dieser Unterschied konnte jedoch für die folgenden Zeitpunkte FU1 ( $U = 377.50, p = .083$ ) und FU2 ( $U = 368.00, p = .312$ ) nicht reproduziert werden.

#### **4.4.2 Suizidpläne und Suizidversuche**

Von Suizidplänen berichteten bei T2 29.4% der Jugendlichen ( $n = 41$ ), während 35.6% ( $n = 37$ ) schon mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten. Hinsichtlich der Angaben zur Lebenszeitprävalenz zeigten sich im Verlauf keine signifikanten Veränderungen bei den Suizidplänen ( $\chi^2_{(2)} = 0.00, p = 1.000, n = 71$ ). Bezüglich der Suizidversuche konnte eine signifikante Veränderung festgestellt werden, allerdings ohne signifikante Ergebnisse in den *post-hoc* Tests ( $\chi^2_{(2)} = 7.20, p = .027, n = 71$ ). Außerdem konnten zu keinem der Erhebungszeitpunkte signifikante Unterschiede in der Lebenszeitprävalenz im Hinblick auf das Geschlecht nachgewiesen werden (Suizidplan T2:  $\chi^2_{(2)} = 3.89, p = .143, n = 104$ ; FU1:  $\chi^2_{(2)} = 1.74, p = .418, n = 78$ ; FU2:  $\chi^2_{(2)} = 0.77, p = .682, n = 71$ ; Suizidversuch T2:  $\chi^2_{(2)} = 1.64, p = .441, n = 104$ ; FU1:  $\chi^2_{(2)} = 2.06, p = .357, n = 78$ ; FU2:  $\chi^2_{(2)} = 1.97, p = .374, n = 71$ ).

Der erste Suizidversuch wurde im Schnitt im Alter von  $M = 13.68$  Jahren ( $SD = 1.65, Spannweite = 11-17$ ) unternommen. Über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg gab

es diesbezüglich auch keine unterschiedlichen Angaben ( $\chi^2_{(2)} = 4.33, p = .115, n = 23$ ). Von den Jugendlichen, die bereits einen Versuch unternommen hatten, wurde durchschnittlich  $M = 2.65$  -mal ( $SD = 3.26, Spannweite = 1-20$ ) versucht, sich das Leben zu nehmen. Hier zeigte sich keine signifikante Veränderung der Gesamtanzahl an Versuchen im Leben über die Follow-Up Termine hinweg ( $\chi^2_{(2)} = 6.00, p = .050, n = 23$ ). Zudem gab es zu keinem der drei Termine signifikante Geschlechterunterschiede hinsichtlich der Lebenszeithäufigkeit (T2:  $U = 74.00, p = .520$ , FU1:  $U = 67.50, p = .538$ , FU2:  $U = 71.50, p = .865$ )

Tabelle 6

*Häufigste Methoden bei Suizidversuchen-Mädchen*

	T2	FU1	FU2
1.	Medikamente	Medikamente	Medikamente
2.	Schneiden	Schneiden	Schneiden
3.	Springen	Springen	Erhängen

Tabelle 7

*Häufigste Methoden bei Suizidversuchen-Jungen*

	T2	FU1	FU2
1.	Schneiden	Schneiden	Schneiden
2./3.	Springen   Medikamente	Medikamente   Erhängen	Springen   Überrollen

In Bezug auf die am häufigsten angewandten Methoden haben sich Mädchen und Jungen unterschieden, was auch in den Tabellen 6 und 7 zu sehen ist. Bei den Mädchen waren Medikamente stets auf Platz 1 (T2:  $n = 10, 34.5\%$ ; FU1:  $n = 9; 33.3\%$ ; FU2:  $n = 9; 36.0\%$ ). Auf dem zweiten Platz folgte dann das Schneiden mit einem scharfen Gegenstand (T2:  $n = 6; 20.7\%$ ; FU1:  $n = 7; 25.9\%$ ; FU2:  $n = 8; 32.0\%$ ). Am dritthäufigsten wurde bei T2 und FU1 Springen aus großer Höhe (T2:  $n = 5; 17.2\%$ ; FU1:  $n = 4; 14.8\%$ ) und bei FU2 Erhängen ( $n = 4; 16.0\%$ ) angegeben.

Bei den Jungen war die häufigste Methode stets das Schneiden mit einem scharfen Gegenstand (T2, FU1, FU2: stets  $n = 3; 50.0\%$ ). Danach folgten mit gleicher Häufigkeit das Springen aus großer Höhe und Medikamente (T2 jeweils  $n = 1; 16.7\%$ ), bzw.

Medikamente und Erhängen (FU1 jeweils  $n = 1$ ; 16.7%) bzw. Springen aus großer Höhe und Überrollen (FU2 jeweils  $n = 1$ ; 16.7%).

#### 4.4.3 NSSV und Gedanken an NSSV

Tabelle 8

Charakterisierung der nicht-suizidalen SITB: NSSV und Gedanken an NSSV

Nicht-suizidale SITB			Spannweite	Total N
<b>Gedanken an NSSV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Lebenszeitprävalenz (T2)	90	86.5		104
	<b>Mdn</b>			
Intensität (schlimmster Punkt) (T2)	2.00		1-4	89
<b>NSSV</b>	<b>N</b>	<b>%</b>		
Lebenszeitprävalenz (T2)	87	83.7		104
	<b>M</b>	<b>SD</b>		
Alter Onset (T2)	12.83	2.06	5-16	87
Anzahl an Phasen (Lebenszeit) (T2)	117.43	237.53	1-1000	81

Ein Überblick der Charakterisierung von NSSV und der Gedanken daran kann Tabelle 8 entnommen werden. Gedanken an NSSV hatten bei T2 86.5% der Jugendlichen ( $n = 90$ ) und 83.7% ( $n = 87$ ) hatten sich bereits selbst verletzt. Bei beiden SITB ergaben sich über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg keine Unterschiede bezüglich der Angaben zur Lebenszeitprävalenz (Gedanken NSSV:  $\chi^2_{(2)} = 0.22$ ,  $p = .895$ ,  $n = 71$ ; NSSV:  $\chi^2_{(2)} = 3.00$ ,  $p = .223$ ,  $n = 71$ ). Auch Geschlechterunterschiede konnten hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz nicht nachgewiesen werden (Gedanken an NSSV T2:  $\chi^2_{(2)} = 1.68$ ,  $p = .432$ ,  $n = 104$ ; FU1:  $\chi^2_{(2)} = 2.30$ ,  $p = .317$ ,  $n = 78$ ; FU2:  $\chi^2_{(2)} = 2.95$ ,  $p = .229$ ,  $n = 71$ ; NSSV T2:  $\chi^2_{(2)} = 3.99$ ,  $p = .136$ ,  $n = 104$ ; FU1:  $\chi^2_{(2)} = 1.12$ ,  $p = .571$ ,  $n = 78$ ; FU2:  $\chi^2_{(2)} = 2.07$ ,  $p = .356$ ,  $n = 7$ ).

Die Intensität der Gedanken an NSSV lag bei T2 im Schnitt bei  $Mdn = 2.00$ , im Verlauf der drei Termine hat sich dies auch nicht signifikant verändert ( $\chi^2_{(2)} = 1.72$ ,  $p = .424$ ,  $n = 58$ ). Zu keinem der Erhebungszeitpunkte gab es signifikante Geschlechterunterschiede bei der Intensität der Gedanken (T2:  $U = 487.50$ ,  $p = .084$ , FU1:  $U = 379.50$ ,  $p = .775$ ; FU2:  $U = 300.00$ ,  $p = .515$ ).

Mit durchschnittlich  $M = 12.83$  Jahren ( $SD = 2.06$ , *Spannweite* = 5-16) haben sich die Jugendlichen zum ersten Mal selbst verletzt. Hier gab es keine unterschiedlichen Angaben über die drei Termine hinweg ( $\chi^2_{(2)} = 1.57$ ,  $p = .457$ ,  $n = 60$ ). Diejenigen, die sich selbst verletzten, hatten sich bei T2 im Schnitt bereits  $M = 117.43$  Male ( $SD = 237.53$ , *Spannweite* = 1-1000) selbst verletzt. Die Anzahl an Selbstverletzungen im ganzen Leben veränderte sich über die Follow-Up Termine hinweg nicht signifikant ( $\chi^2_{(2)} = 0.79$ ,  $p = .673$ ,  $n = 57$ ). Des Weiteren unterschieden sich Mädchen und Jungen zu keinem Zeitpunkt in Bezug auf die Lebenszeithäufigkeit an Selbstverletzungen (T2:  $U = 482.00$ ,  $p = .529$ ; FU1:  $U = 355.00$ ,  $p = .674$ ; FU2:  $U = 302.50$ ,  $p = .649$ ).

Hinsichtlich NSSV war sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen das Schneiden oder Ritzen mit einem scharfen Gegenstand stets die beliebteste Methode (Mädchen T2:  $n = 59$ , 88.1%, FU1:  $n = 44$ , 86.3%, FU2:  $n = 41$ , 87.2%; Jungen T2:  $n = 15$ , 88.2%; FU1:  $n = 13$ , 86.7%, FU2:  $n = 11$ , 78.6%). Weitere häufige Methoden waren außerdem sich selbst zu schlagen (Mädchen T2:  $n = 22$ ; 32.8%, FU1:  $n = 25$ , 49.0%, FU2:  $n = 25$ , 53.2%; Jungen T2:  $n = 7$ ; 41.2%; FU1:  $n = 3$ , 20.0%, FU2:  $n = 3$ , 21.4%) oder sich aufzukratzen (Mädchen T2:  $n = 25$ , 37.3%, FU1:  $n = 22$ , 43.1%, FU2:  $n = 20$ , 42.6%; Jungen T2:  $n = 3$ , 17.6%, FU1:  $n = 2$ , 13.3%, FU2:  $n = 2$ , 14.3%). Die Jungen haben sich zudem oft selbst verbrannt, um sich zu verletzen (T2:  $n = 4$ , 23.5%; FU1:  $n = 2$ , 13.3%; FU2:  $n = 3$ , 21.4%)

## 4.5 Veränderungen im zeitlichen Verlauf

### 4.5.1 SITB

Die Anzahl an suizidalen und nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltensweisen im letzten Monat wurde zu drei Messzeitpunkten (T2, FU1 und FU2) erhoben. Bei T2 hatten die jeweils betroffenen Jugendlichen im letzten Monat durchschnittlich  $M = 3.2$  Phasen ( $SD = 6.21$ , *Spannweite* = 0-30) mit Suizidgedanken,  $M = 1.54$  Phasen ( $SD = 1.62$ , *Spannweite* = 0-7) mit Suizidplänen und  $M = 6.73$  Phasen ( $SD = 22.35$ , *Spannweite* = 0-200) mit Gedanken an NSSV erlebt. Außerdem hatten sie während des letzten Monats im Schnitt  $M = 0.95$  Male versucht, sich das Leben zu nehmen ( $SD = 1.62$ , *Spannweite* = 0-10), und sich  $M = 6.24$  Male selbst verletzt ( $SD = 8.61$ , *Spannweite* = 0-40).

Mädchen und Jungen unterschieden sich zu keinem Zeitpunkt in der Anzahl an Suizidgedanken (T2:  $U = 684.50$ ,  $p = .506$ ; FU1:  $U = 479.00$ ,  $p = .742$ ; FU2:  $U = 421.50$ ,  $p = .856$ ), Suizidplänen (T2:  $U = 90.50$ ,  $p = .101$ ; FU1:  $U = 73.50$ ,  $p = .832$ ; FU2:  $U = 72.50$ ,  $p = .823$ ), Suizidversuchen (T2:  $U = 82.50$ ,  $p = .756$ ; FU1:  $U = 76.00$ ,  $p = .838$ ; FU2:  $U = 68.00$ ,  $p = .751$ ), Gedanken an NSSV (T2:  $U = 622.50$ ,  $p = .877$ ; FU1:  $U = 336.00$ ,  $p = .352$ ; FU2:  $U = 244.50$ ,  $p = .113$ ) und NSSV (T2:  $U = 473.00$ ,  $p = .403$ ; FU1:  $U = 334.50$ ,  $p = .449$ ; FU2:  $U = 297.50$ ,  $p = .569$ ) im letzten Monat.

Erwartet wurde eine Abnahme der Verhaltensweisen im zeitlichen Verlauf. Um dies zu überprüfen, wurden die Häufigkeiten der SITB im letzten Monat zwischen den drei Terminen mittels Friedman Test verglichen. Hier zeigte sich lediglich für Suizidversuche, Suizidplanungen sowie Suizidgedanken eine statistisch signifikante Veränderung. Bei diesen drei suizidalen SITB konnte insgesamt eine abnehmende Tendenz beobachtet werden. Dies wird auch in Abbildung 7 veranschaulicht. Für die Entwicklung der Anzahl an Gedanken an NSSV ( $\chi^2_{(2)} = 0.35$ ,  $p = .839$ ,  $n = 59$ ) sowie die Anzahl an NSSV ( $\chi^2_{(2)} = 5.73$ ,  $p = .057$ ,  $n = 58$ ) im letzten Monat ergaben sich keine signifikanten Veränderungen über die drei Messzeitpunkte.

Bezüglich der Suizidversuche ( $\chi^2_{(2)} = 18.00$ ,  $p < .001$ ,  $n = 23$ ) konnte in den *post-hoc* Tests (Dunn-Bonferroni Tests) ein signifikanter Unterschied zwischen T2 und FU1 ( $z = 0.78$ ,  $p = .024$ ,  $r = 0.16$ ) sowie T2 und FU2 ( $z = 0.78$ ,  $p = .024$ ,  $r = 0.16$ ) festgestellt werden, wobei T2 die größte Anzahl an Suizidversuchen im letzten Monat aufwies.

Auch bei den Suizidplanungen gab es einen signifikanten Unterschied ( $\chi^2_{(2)} = 12.90$ ,  $p = .002$ ,  $n = 20$ ). Hier konnte zwischen T2 und FU2 eine signifikante Veränderung

beobachtet werden ( $z = 0.85$ ,  $p = .022$ ,  $r = 0.19$ ) mit einer geringeren Anzahl an Suizidplänen bei FU2. Eine signifikante Veränderung konnte auch bei den Suizidgedanken festgestellt werden ( $\chi^2_{(2)} = 6.35$ ,  $p = .042$ ,  $n = 63$ ), jedoch ergaben hier die *post-hoc* Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Terminen. Dennoch war eine abnehmende Tendenz zu erkennen.

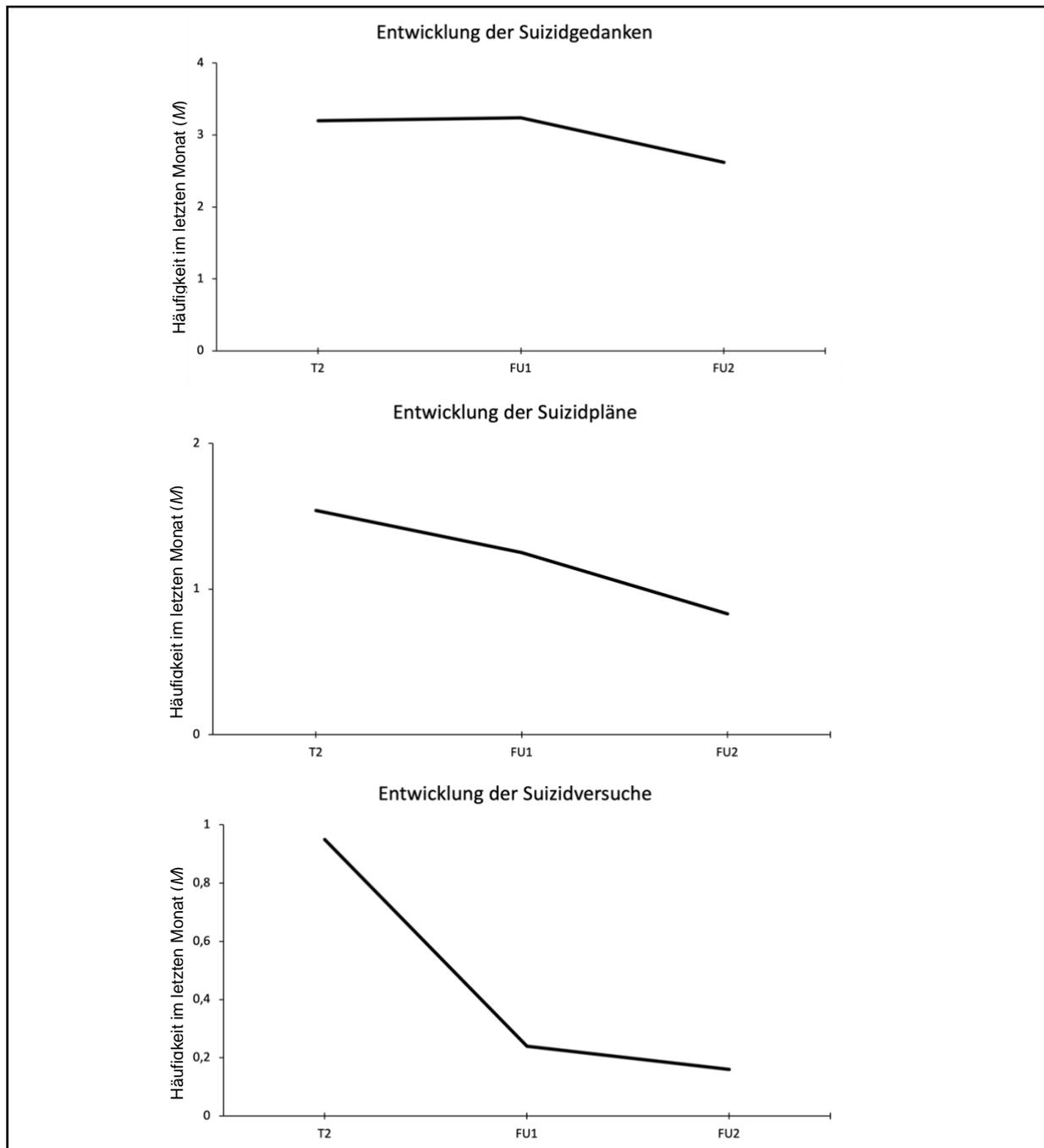


Abbildung 7

*Veränderung von Suizidgedanken (oben), Suizidplänen (Mitte) und Suizidversuchen (unten) über die drei Messzeitpunkte T2, FU1 und FU2*

#### 4.5.2 Allgemeines Funktionsniveau und Schweregrad der Erkrankung

Darüber hinaus wurden bei T2 und FU2 das allgemeine Funktionsniveau (GAF) und der Schweregrad der psychischen Erkrankung (CGI-S) beurteilt. Je höher der GAF - Wert, desto besser wurde das allgemeine Funktionsniveau eingeschätzt. Für den CGI-S - Wert gilt: je höher der Score, desto schwerer ist die Person psychisch erkrankt. Zwischen Mädchen und Jungen zeigten sich bei T2 keine Unterschiede hinsichtlich der Scores im GAF ( $U = 814.00$ ,  $p = .427$ ) und CGI-S ( $U = 868.00$ ,  $p = .610$ ). Beim CGI-S gab es auch bei FU2 keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern ( $U = 371.50$ ,  $p = .138$ ), allerdings schon beim GAF ( $U = 308.00$ ,  $p = .031$ ). Hier war der Score bei den Jungen ( $Mdn = 56.50$ ) höher als bei den Mädchen ( $Mdn = 50.00$ ).

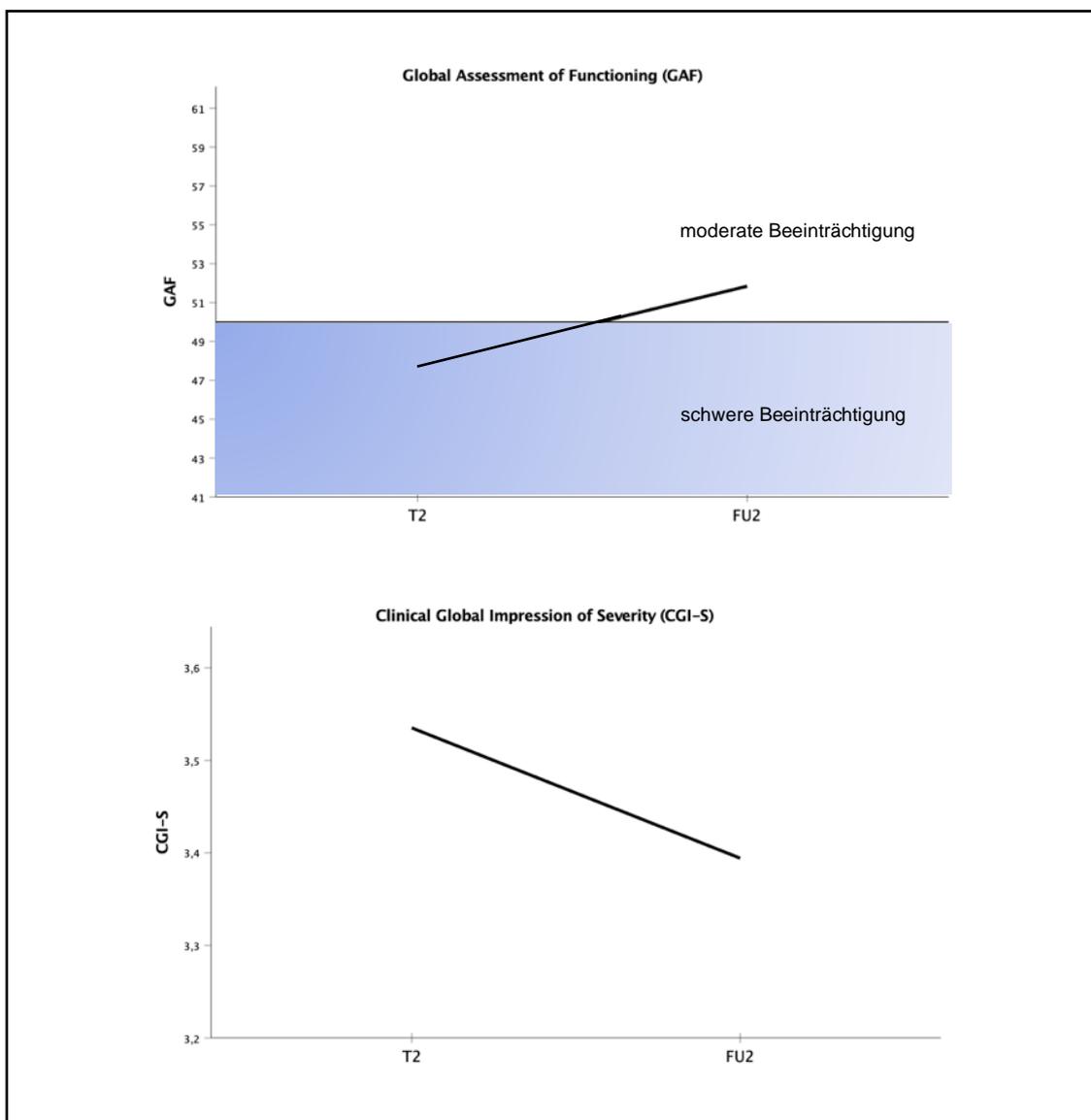


Abbildung 8

Veränderung des GAF und CGI-S von T2 auf FU2

Die Ergebnisse von T2 und FU2 wurden jeweils mit Hilfe des Wilcoxon Tests verglichen. Hier zeigten sich bei beiden Scores signifikante Unterschiede im zeitlichen Verlauf. Der GAF war bei FU2 signifikant höher ( $Mdn = 51.85$ ) als bei T2 ( $Mdn = 47.65$ ;  $z = -5.47$ ,  $p = <.001$ ,  $n = 71$ ), sodass man von einer Verbesserung von einer durchschnittlich schweren zu einer moderaten Beeinträchtigung des Funktionsniveaus sprechen kann. Der CGI-S ist im Verlauf signifikant gesunken (T2:  $Mdn = 3.58$ ; FU2:  $Mdn = 3.39$ ;  $z = -2.67$ ,  $p = .008$ ,  $n = 71$ ), was ebenfalls einer Verbesserung des Schweregrads der Erkrankung entspricht. Dies ist auch in Abbildung 8 zu erkennen.

#### 4.6 Zusammenhang zwischen subjektivem Nutzen des Sicherheitsplans und der Veränderung der SITB

Bei beiden Follow-Up Terminen wurden die Patient:innen befragt, ob ihnen der in T3 erstellte Sicherheitsplan geholfen hat.

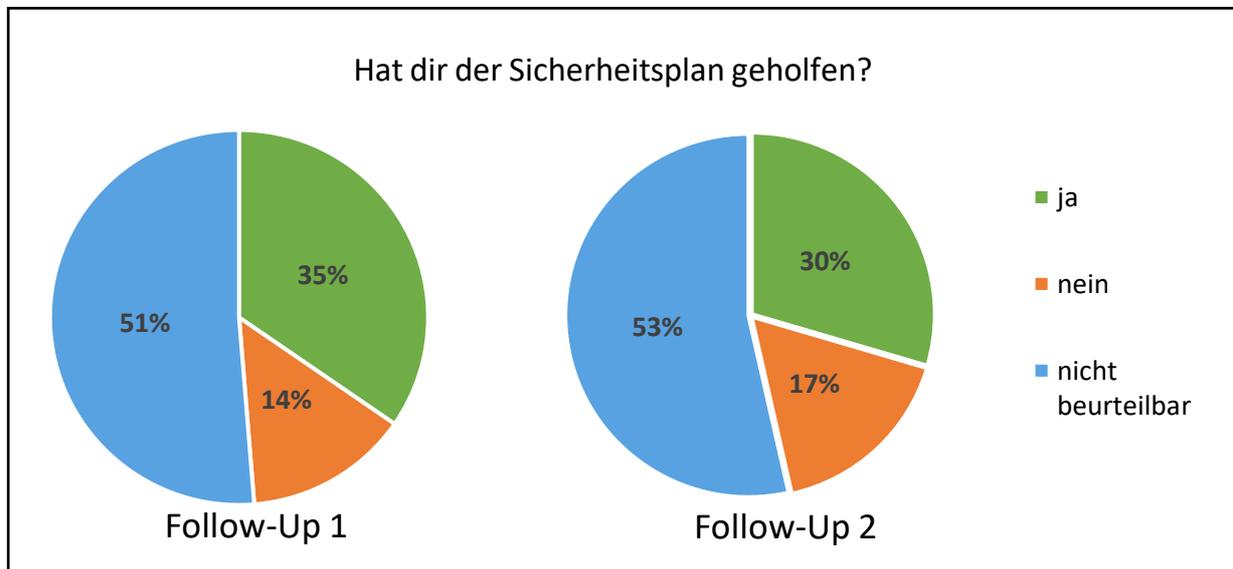


Abbildung 9

##### *Subjektive Einschätzung des Nutzens des Sicherheitsplans bei FU1 und FU2*

Bei FU1 gaben 34.6% ( $n = 27$ ), bei FU2 gaben 29.6% ( $n = 21$ ) an, dass ihnen der Plan eine Hilfe war. Als konkrete Gründe wurde hier angemerkt: die Verschriftlichung und Strukturiertheit des Plans, das Gefühl von Stabilität, die verbesserte Fähigkeit in sich hineinzufühlen, zur Ruhe zu kommen und sich zu fokussieren sowie Ablenkung.

Als wenig hilfreich beschrieben den Plan 14.1% der Patient:innen ( $n = 11$ ) bei FU1 und 16.9% ( $n = 12$ ) bei FU2, auch hier wurden genaue Begründungen erfragt. Einige Patient:innen hatten Schwierigkeiten, den Plan in der konkreten Situation umzusetzen und empfanden ihn als zu wenig individuell, manche haben lieber auf andere Methoden zurückgegriffen oder den Plan zwar umgesetzt, konnten damit aber keine Verbesserung ihrer Gefühlslage erzielen. Außerdem gab es Probleme dabei, sich in den kritischen Situationen auf den Plan zu konzentrieren. Der Großteil der Patient:innen (FU1: 51.3%,  $n = 40$ ; FU2: 53.5%,  $n = 38$ ) konnte nicht beurteilen, ob der Sicherheitsplan hilfreich war. Die meisten dieser Patient:innen berichteten, dass es seit T2 keine kritischen Situationen gab, in denen sie den Plan hätten verwenden können. Einige gaben an, dass sie nicht an den Plan gedacht haben oder ihn nicht bei

sich hatten. Viele erklärten, dass sie in schwierigen Situationen schon immer ähnlich wie auf dem Plan beschrieben vorgegangen wären, sodass sich durch die Erstellung des Plans für sie nichts geändert hätte. Die Häufigkeiten zum subjektiven Nutzen des Plans wurden in Abbildung 9 graphisch dargestellt.

Ein Ziel der Studie war es herauszufinden, ob sich die Jugendlichen, die angegeben haben, dass ihnen der Plan geholfen hat, signifikant häufiger bezüglich ihrer SITB verbessert haben. Hierfür wurden aus der Art der Veränderung der SITB und dem Nutzen des Sicherheitsplans Kreuztabellen erstellt, anhand derer im Anschluss Chi-Quadrat Analysen durchgeführt werden konnten.

Für den Zeitraum von T2 auf FU2 konnten zwischen der Art der Veränderung aller SITB und der subjektiv empfundenen Hilfe durch den Plan keinerlei wegweisende Zusammenhänge festgestellt werden: Suizidgedanken  $\chi^2_{(4)} = 2.34, p = .673, n = 59$ ; Suizidplan  $\chi^2_{(4)} = 2.74, p = .602, n = 17$ ; Suizidversuch  $\chi^2_{(4)} = 3.49, p = .479, n = 17$ ; Gedanken an NSSV  $\chi^2_{(4)} = 6.10, p = .192, n = 55$ ; NSSV  $\chi^2_{(4)} = 0.35, p = .986, n = 49$ .

Tabelle 9

*Zusammenhang zwischen dem Nutzen des Sicherheitsplans und der Veränderung der Gedanken an NSSV (T2 bis FU1)*

			Veränderung der Gedanken an NSSV (T2 bis FU1)		
			Verschlechterung	Gleichbleibend	Verbesserung
<b>Hat dir der Sicherheitsplan geholfen?</b>	nein	Anzahl	3	4	2
		Erwartete Anzahl	3.2	2.3	3.6
		%	33.3	44.4	22.2
	ja	Anzahl	<b>2</b>	7	13
		Erwartete Anzahl	<b>7.7</b>	5.5	8.8
		%	<b>9.1</b>	31.8	59.1
	nicht beurteilbar	Anzahl	<b>16</b>	4	9
		Erwartete Anzahl	<b>10.2</b>	7.3	11.6
		%	<b>55.2</b>	13.8	31.0

Anmerkungen. signifikante Ergebnisse orangefarben umrahmt

Ein statistischer Zusammenhang zeigte sich allerdings für die Veränderung der Gedanken an NSSV von T2 auf FU1 ( $\chi^2_{(4)} = 14.12, p = .007, n = 60$ ). Unter denen, die den Plan als hilfreich empfanden, haben sich signifikant weniger Patient:innen

hinsichtlich ihrer Gedanken an NSSV verschlechtert (9.1%), während sich 59.1% verbessert haben und 31.8% von keiner Veränderung berichteten. Die hierfür verwendete Kreuztabelle kann in Tabelle 9 betrachtet werden. Darüber hinaus haben sich unter den Jugendlichen, die nicht beurteilen konnten, ob der Plan hilfreich war, signifikant mehr hinsichtlich der Gedanken an NSSV verschlechtert (55.2%), während sich 31.0% verbessert haben und sich bei 13.8% keine Veränderung zeigte.

Bezüglich der restlichen SITB konnten keine besonderen Auffälligkeiten im Zusammenhang mit dem Sicherheitsplan festgestellt werden: Suizidgedanken  $\chi^2_{(4)} = 2.74$ ,  $p = .602$ ,  $n = 65$ ; Suizidplan  $\chi^2_{(4)} = 1.68$ ,  $p = .794$ ,  $n = 19$ ; Suizidversuch  $\chi^2_{(4)} = 2.68$ ,  $p = .613$ ,  $n = 19$ ; NSSV  $\chi^2_{(4)} = 1.48$ ,  $p = .830$ ,  $n = 55$ .

#### 4.7 Zusammenhang zwischen suizidalem bzw. selbstverletzendem Verhalten im sozialen Umfeld und der Veränderung der SITB

Wie in Abbildung 10 zu erkennen ist, haben bei T2 55 Patient:innen angegeben, dass sie im Freundeskreis suizidales bzw. selbstverletzendes Verhalten erlebt haben (53.9%), 14 Patient:innen haben berichtet, im familiären Umfeld damit konfrontiert worden zu sein (13.5%).

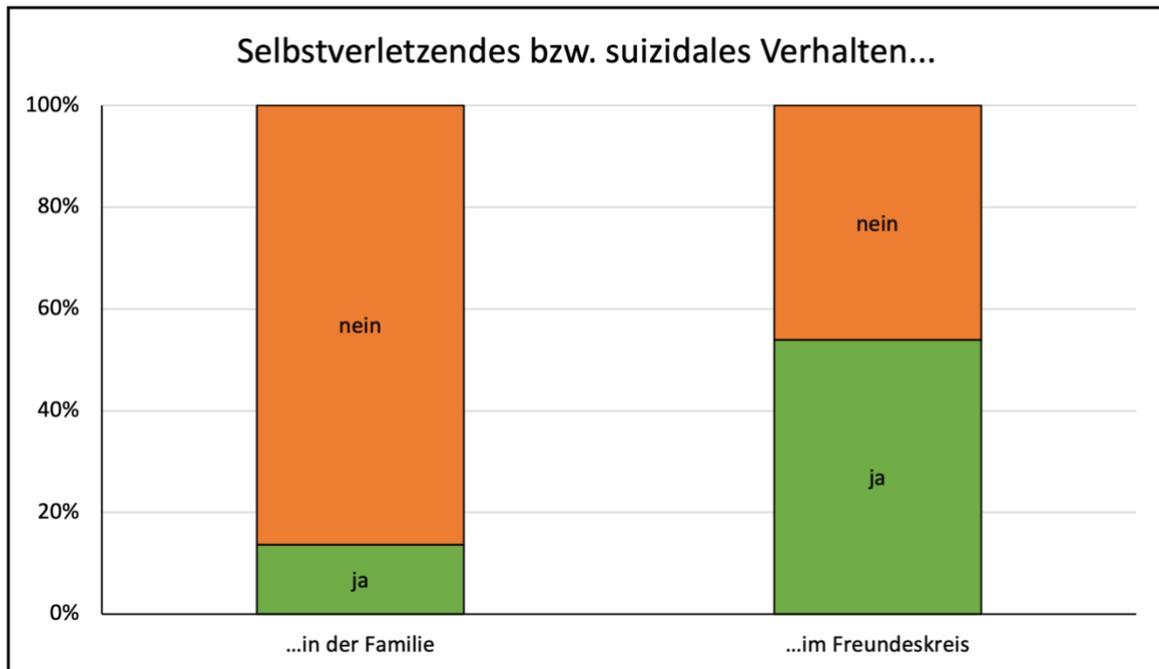


Abbildung 10

*Anamnese für Selbstverletzung und Suizidversuche im familiären Umfeld (links) und in der Peergruppe (rechts)*

Im Freundeskreis kannten 51.0% der Patient:innen jemanden, der sich selbst verletzt hat ( $n = 52$ ) und 27.5% wussten von mindestens einem Suizidversuch in der Peergruppe ( $n = 28$ ). Bezüglich der Familienanamnese gaben 6.9% an, dass jemand einen Suizidversuch unternommen hat ( $n = 7$ ), 6.9% berichteten davon, dass ein Angehöriger sich selbst verletzt hat ( $n = 7$ ). Zwischen Jungen und Mädchen gab es keinen Unterschied in der Häufigkeit für SITB in der Peergruppe ( $\chi^2_{(2)} = 2.40$ ,  $p = .302$ ,  $n = 102$ ) oder in der Familie ( $\chi^2_{(2)} = 1.20$ ,  $p = .878$ ,  $n = 104$ ).

Es wurde angenommen, dass Patient:innen, die im Freundes-/Familienkreis eine positive Anamnese für Selbstverletzung oder Suizidversuchen haben, sich seltener

bezüglich ihrer SITB verbesserten. Um diese Hypothese zu testen, wurden ebenfalls Kreuztabellen und Chi-Quadrat Analysen nach Pearson durchgeführt.

Zuerst wurde die Variable SITB im Freundeskreis ausgewertet. Hier ergaben sich sowohl im Zeitraum von T2 bis FU2 als auch T2 bis FU1 keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Art der Veränderung der SITB und suizidalem/selbstverletzendem Verhalten in der Peergruppe: **T2 bis FU2** Suizidgedanken  $\chi^2_{(2)} = 5.79, p = .055, n = 59$ ; Suizidpläne  $\chi^2_{(2)} = 2.82, p = .245, n = 17$ ; Suizidversuche  $\chi^2_{(2)} = 4.49, p = .106, n = 17$ ; Gedanken an NSSV  $\chi^2_{(2)} = 1.86, p = .395, n = 55$ ; NSSV  $\chi^2_{(4)} = 0.68, p = .712, n = 49$ ; **T2 bis FU1** Suizidgedanken  $\chi^2_{(2)} = 1.26, p = .534, n = 65$ ; Suizidpläne  $\chi^2_{(2)} = 1.77, p = .413, n = 19$ ; Suizidversuche  $\chi^2_{(2)} = 2.65, p = .266, n = 19$ ; Gedanken an NSSV  $\chi^2_{(2)} = 0.30, p = .861, n = 60$ ; NSSV  $\chi^2_{(2)} = 3.91, p = .141, n = 55$ .

Bei dem Kriterium SITB im familiären Umfeld wurden ebenfalls die Zeiträume von T2 bis FU2 sowie T2 bis FU1 betrachtet. Bezüglich des Intervalls von T2 auf FU2 konnten keine signifikanten Zusammenhänge zwischen der Art der Veränderung der SITB und der Variable selbstverletzendes bzw. suizidales Verhalten in der Familie festgestellt werden: Suizidgedanken  $\chi^2_{(2)} = 5.10, p = .078, n = 59$ ; Suizidpläne  $\chi^2_{(2)} = 0.70, p = .706, n = 17$ ; Suizidversuche  $\chi^2_{(2)} = 3.24, p = .198, n = 17$ ; Gedanken an NSSV  $\chi^2_{(2)} = 1.19, p = .552, n = 55$ ; NSSV  $\chi^2_{(2)} = 0.62, p = 0.733, n = 49$ .

Betrachtet man die Veränderung der SITB von T2 bis FU1, so kann ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer positiven Familienanamnese und der Veränderung der Suizidgedanken beobachtet werden ( $\chi^2_{(2)} = 6.97, p = .031, n = 65$ ). Jedoch konnten in den *post-hoc* Tests keine signifikanten Ergebnisse festgestellt werden. Hinsichtlich der Entwicklung der Suizidpläne ( $\chi^2_{(2)} = 1.62, p = .444, n = 19$ ), Suizidversuche ( $\chi^2_{(2)} = 2.80, p = .246, n = 19$ ), Gedanken an NSSV ( $\chi^2_{(2)} = 2.21, p = .331, n = 60$ ) und NSSV ( $\chi^2_{(4)} = 0.03, p = .998, n = 55$ ) im Zeitraum T2 bis FU1 ergaben sich keine herausragenden Zusammenhänge mit selbstverletzendem bzw. suizidalem Verhalten in der Familie.

#### 4.8 Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und der Veränderung der SITB

Zur Bestimmung der allgemeinen psychischen Belastung wurde der GSI-Score bei allen drei Messzeitpunkten (T2, FU1 und FU2) erhoben. Ein hoher GSI-Wert entsprach einer starken psychischen Belastung. Bei T2 betrug dieser im Schnitt  $M = 1.26$  ( $SD = 0.67$ ,  $Spannweite = 0.02-3.03$ ). Anhand eines Friedman Tests konnte nachgewiesen werden, dass sich der GSI-Wert im Laufe der Follow-Up Untersuchungen signifikant veränderte ( $\chi^2_{(2)} = 10.86$ ,  $p = .004$ ,  $n = 68$ ). Die *post-hoc* Tests ergaben eine signifikante Abnahme des Scores von T2 auf FU2 ( $z = 0.56$ ,  $p = .003$ ,  $r = 0.07$ ), was einer Abnahme der psychischen Belastung entspricht und in Abbildung 11 zu sehen ist.

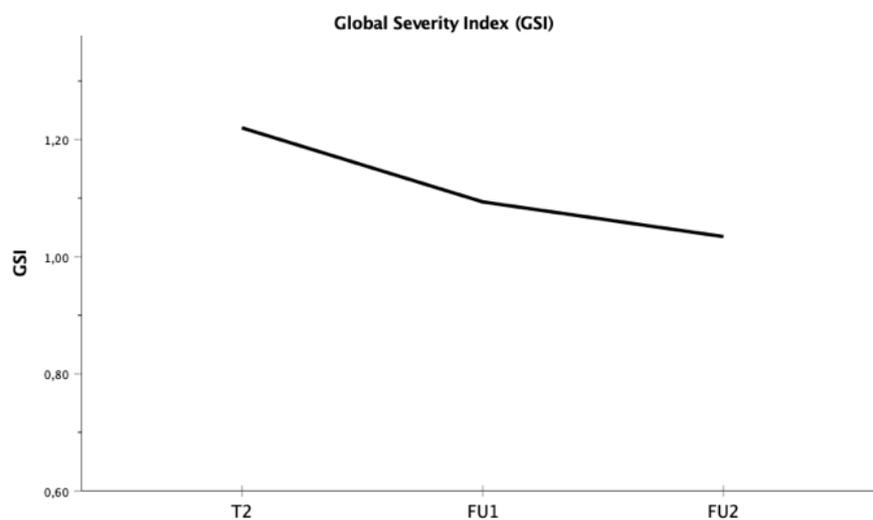


Abbildung 11

*Veränderung des GSI-Scores im Verlauf der drei Termine*

Ein signifikanter Unterschied zwischen Mädchen und Jungen konnte hinsichtlich der psychischen Belastung der Jugendlichen bei T2 nachgewiesen werden ( $U = 535.00$ ,  $p = .002$ ,  $r = 0.30$ ). Die Mädchen zeigten durchschnittlich eine stärkere Symptombelastung ( $Mdn = 1.38$ ) als die Jungen ( $Mdn = 0.81$ ). Auch für die Messzeitpunkte FU1 ( $U = 313.00$ ,  $z = -2.67$ ,  $p = .008$ ,  $r = 0.31$ ) und FU2 ( $U = 288.00$ ,  $p = .016$ ,  $r = 0.29$ ) konnte diese signifikante Differenz zwischen Mädchen und Jungen reproduziert werden. Bei beiden Terminen ergab sich für die Mädchen eine stärkere Belastung (FU1:  $Mdn = 1.21$ ; FU2:  $Mdn = 1.08$ ) als für die Jungen (FU1:  $Mdn = 0.49$ ; FU2:  $Mdn = 0.37$ ). Die Vergleiche der GSI-Werte zwischen Mädchen und Jungen können in Abbildung 12 betrachtet werden.

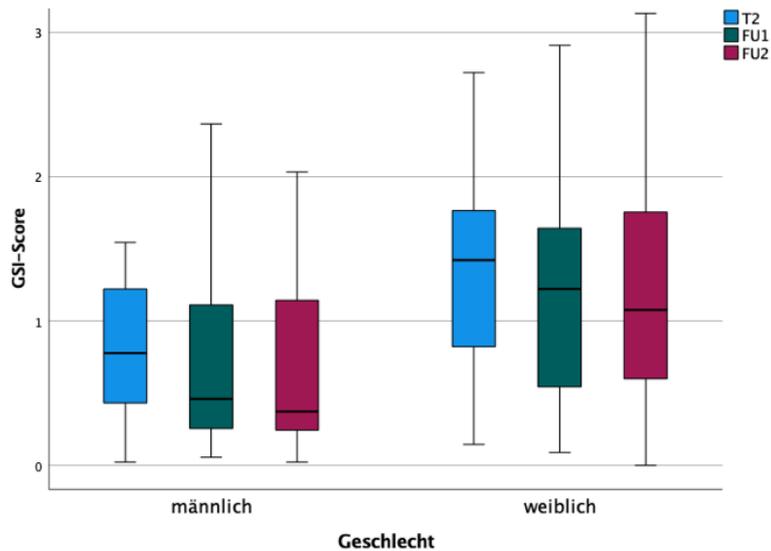


Abbildung 12

*Vergleich der GSI-Werte zwischen Mädchen und Jungen bei T2, FU1 und FU2*

Des Weiteren wurde vermutet, dass eine starke psychische Belastung seltener mit einer Reduktion der SITB einhergeht. Um diese Hypothese zu testen, wurde ein Vergleich der psychischen Belastung (GSI-Wert) zwischen den Jugendlichen, die sich bezüglich ihrer SITB verbessert, verschlechtert und nicht verändert haben, durchgeführt. Hierfür wurde ein Kruskal-Wallis Test verwendet.

Um die Hypothese zu prüfen, wurde zuerst untersucht, ob sich die SITB bei starker psychischer Belastung (T2) im Intervall von T2 auf FU2 seltener verbessert haben. Hier konnten keine signifikanten Zusammenhänge beobachtet werden: Suizidgedanken  $\chi^2_{(2)} = 0.97$ ,  $p = .617$ , Suizidpläne  $\chi^2_{(2)} = 0.38$ ,  $p = .828$ , Suizidversuche  $\chi^2_{(2)} = 1.04$ ,  $p = .594$ , Gedanken an NSSV  $\chi^2_{(2)} = 2.79$ ,  $p = .247$ , NSSV  $\chi^2_{(2)} = 1.99$ ,  $p = .371$ .

Für den Zeitraum von T2 auf FU1 konnten ebenfalls keine signifikanten Ergebnisse beobachtet werden: Suizidgedanken  $\chi^2_{(2)} = 3.42$ ,  $p = .180$ , Suizidpläne  $\chi^2_{(2)} = 1.22$ ,  $p = .544$ , Suizidversuche  $\chi^2_{(2)} = 1.06$ ,  $p = .589$ , Gedanken an NSSV  $\chi^2_{(2)} = 4.01$ ,  $p = .135$ , NSSV  $\chi^2_{(2)} = 0.57$ ,  $p = .751$ .

#### 4.9 Zusammenhang zwischen Handlungsabsicht bzw. Selbsteffizienz und der Veränderung von NSSV

Sowohl der Score für die Handlungsabsicht hinsichtlich NSSV als auch der Score für die Einschätzung der eigenen Selbsteffizienz wurden zu allen drei Messzeitpunkten erhoben. Für die Handlungsabsicht wurde bei T2 im Schnitt ein Wert von  $M = 12.97$  ( $SD = 4.96$ , *Spannweite* = 3-21) ermittelt, für die Selbsteffizienz ein Wert von  $M = 10.79$  ( $SD = 5.27$ , *Spannweite* = 3-21). Mit Hilfe eines Friedman Tests wurde geprüft, ob sich die Scores im Laufe der Follow-Up Termine signifikant verändert haben.

In Bezug auf die Handlungsabsicht ergab sich hier ein signifikantes Ergebnis ( $\chi^2_{(2)} = 6.04$ ,  $p = .049$ ,  $n = 60$ ), jedoch zeigten sich in den *post-hoc* Tests keine wegweisenden Unterschiede zwischen den Scores der einzelnen Termine. Im Gegensatz dazu konnte für den Score der Selbsteffizienz nicht nur im Friedman Test eine Veränderung nachgewiesen werden ( $\chi^2_{(2)} = 9.08$ ,  $p = .011$ ,  $n = 59$ ), auch die *post-hoc* Tests erbrachten signifikante Ergebnisse. Hier wurde festgestellt, dass die Selbsteffizienz von den Patient:innen bei FU2 deutlich höher eingeschätzt wurde als bei T2 ( $z = -2.67$ ,  $p = .023$ ,  $r = 0.35$ ).

Mädchen und Jungen haben sich hinsichtlich der Scores zu keinem Zeitpunkt voneinander unterschieden (T2: Handlungsabsicht:  $U = 565.00$   $p = .960$ ; Selbsteffizienz:  $U = 514.00$   $p = .595$ ; FU1: Handlungsabsicht:  $U = 350.50$   $p = .702$ ; Selbsteffizienz:  $U = 320.00$   $p = .390$ ; FU2: Handlungsabsicht:  $U = 355.00$   $p = .126$ ; Selbsteffizienz:  $U = 467.50$   $p = .995$ ).

Es wurde angenommen, dass eine starke Absicht an der Selbstverletzung zu arbeiten und eine hohe Selbsteffizienz eher mit einer Reduktion der selbstverletzenden Verhaltensweisen bzw. der Gedanken daran einhergehen. Zur Prüfung dieser Hypothese wurden die Motivationsscores der Jugendlichen, die sich in ihren nicht-suizidalen SITB verbessert, verschlechtert und nicht verändert haben, untereinander mittels Kruskal-Wallis Tests verglichen.

Es konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Veränderung von NSSV von T2 auf FU2 und dem Score der Handlungsabsicht ( $\chi^2_{(2)} = 2.12$ ,  $p = .347$ ) oder dem Score der Selbsteffizienz bei T2 festgestellt werden ( $\chi^2_{(2)} = 4.50$ ,  $p = .105$ ).

Auch für das Intervall T2 bis FU1 konnten keine signifikanten Ergebnisse nachgewiesen werden, weder für den Zusammenhang zwischen der Veränderung von NSSV und dem Score der Handlungsabsicht ( $\chi^2_{(2)} = 2.32, p = .314$ ) noch mit dem Score der Selbsteffizienz bei T2 ( $\chi^2_{(2)} = 2.23, p = .328$ ).

Außerdem konnte zwischen der Veränderung der Gedanken an NSSV von T2 auf FU2 und dem Score der Handlungsabsicht ( $\chi^2_{(2)} = 2.83, p = .243$ ) sowie dem Score der Selbsteffizienz bei T2 ( $\chi^2_{(2)} = 4.13, p = .127$ ) kein signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden.

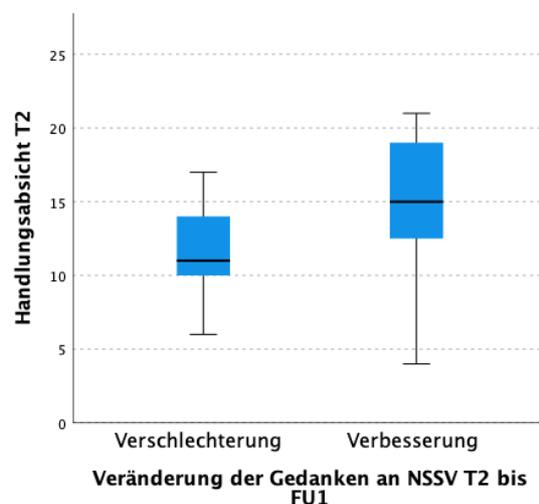


Abbildung 13

*Vergleich der Scores der Handlungsabsicht zwischen den Gruppen „Verschlechterung der Gedanken an NSSV“ und „Verbesserung der Gedanken an NSSV“ von T2 bis FU1*

Allerdings zeigte sich bei dem Intervall von T2 bis FU1 ein signifikantes Ergebnis für den Zusammenhang zwischen der Veränderung der Gedanken an NSSV und dem Score der Handlungsabsicht ( $\chi^2_{(2)} = 7.21, p = .027$ ). In den *post-hoc* Tests (Dunn-Bonferroni Tests) konnten aber keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen „Verschlechterung“, „Verbesserung“ und „gleichbleibende Häufigkeit“ der Gedanken an NSSV festgestellt werden. Jedoch kann hier angemerkt werden, dass beim Vergleich der Gruppen „Verschlechterung“ und „Verbesserung“ von T2 auf FU1 das Signifikanzniveau knapp verpasst wurde ( $z = -2.36, p = .055$ ). Diejenigen, bei denen im Zeitraum von T2 auf FU1 die Gedanken an NSSV

abgenommen haben, hatten zu T2 deskriptiv eine höhere Handlungsabsicht als jene, die von einer Zunahme der Gedanken berichteten. Dies wird auch durch Abbildung 13 verdeutlicht. Zwischen der Veränderung von NSSV und der Selbsteffizienz bestand kein signifikanter Zusammenhang ( $\chi^2_{(2)} = 4.50, p = .105$ ).

## **5 Diskussion**

### **5.1 Soziodemographische Charakterisierung**

Ähnlich wie wir haben sich Porter et al. (2016) ebenfalls mit Jugendlichen beschäftigt, welche sich notfallmäßig aufgrund einer akuten psychischen Krise in der Klinik vorstellten. Während unsere Jugendlichen im Durchschnitt 15.37 Jahre alt waren, wurde dort von einem jüngeren Durchschnittsalter (14.48 Jahre) berichtet. Die Differenz hinsichtlich des Alters kann mittels der Einschlusskriterien erklärt werden. Während für unser Notfallmanagement nur Patient:innen ab 11 Jahren infrage kamen, wurden in die Studie von Porter et al. (2016) alle Jugendlichen unter 18 Jahren miteinbezogen.

Außerdem fällt auf, dass unsere Patient:innen überwiegend weiblich waren (75%). Porter et al. (2016) hatten mit 51% einen deutlich größeren Anteil an männlichen Patienten in ihrer Stichprobe. Allerdings ist es wichtig in diesem Zusammenhang anzumerken, dass dort keine Selektion bezüglich des Vorstellungsgrundes getroffen wurde. Daher kann der deutlich größere Anteil an männlichen Jugendlichen höchstwahrscheinlich dadurch erklärt werden, dass aggressives Verhalten bei Porter et al. (2016) mit 42.0% der mit Abstand häufigste Vorstellungsgrund war. In unser Notfallmanagement hingegen wurden nur diejenigen aufgenommen, die sich aufgrund von SITB vorstellten. Demnach verwundert es nicht, dass wir deutlich mehr Mädchen als Jungen rekrutiert haben. Es wurde bereits umfangreich nachgewiesen, dass der Anteil an Mädchen unter Jugendlichen mit suizidalem und selbstverletzendem Verhalten deutlich größer ist als der Anteil an Jungen (Brunner et al., 2007; Franzen et al., 2020; Kaess et al., 2011). Als möglicher Grund hierfür wird diskutiert, dass bei Mädchen die Prävalenz von Depressionen und Angstsymptome höher ist (Hilt, Cha, et al., 2008) und sie grundsätzlich eher zu autoaggressivem statt zu fremdaggressivem Verhalten tendieren (Kaess, 2012).

## 5.2 Klinisch-psychiatrische Charakterisierung

Die psychiatrischen Diagnosen nach ICD-10, die in unserer Studie am häufigsten gestellt wurden, gehörten zur Gruppe F30-39 (affektive Störungen), gefolgt von F40-48 (Neurotische, belastungs- und somatoforme Störungen) und F90-98 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend).

Genau die gleichen Diagnosen wurden auch in einer Studie von Franzen et al. (2020) als häufigste Hautdiagnosen bei Jugendlichen festgestellt, die sich notfallmäßig vorstellten, wenn auch in anderer Reihenfolge (F90-98 > F30-39 > F40-48). Dass Verhaltensstörungen bei Franzen et al. (2020) häufiger aufgetreten sind, kann damit im Zusammenhang stehen, dass auch hier keine Selektion des Vorstellungsgrundes stattfand und somit auch altersspezifische Störungen stärker repräsentiert waren als für SITB spezifische Diagnosen. Es ist auch wenig überraschend, dass in unserer Stichprobe zu allen drei Zeitpunkten die affektiven Störungen überwogen haben, da die Assoziation zwischen SITB und depressiven Störungen mehrfach belegt wurde (Nitkowski und Petermann, 2011; Tuisku et al., 2006).

In unserem Patientenkollektiv wurden nur in 2% der Fälle die Kriterien einer BPS erfüllt. Dies steht in starkem Kontrast zu vorangegangenen Studien, die bei Jugendlichen mit selbstverletzendem bzw. suizidalem Verhalten deutlich höhere Prävalenzen dieser Persönlichkeitsstörung feststellen konnten (Greenfield et al., 2008; Nitkowski und Petermann, 2011). Das könnte darauf zurückzuführen sein, dass in unserer Studie besonders schwer erkrankte Jugendliche, die längere stationäre Aufenthalte benötigt hatten, ausgeschlossen wurden. Darüber hinaus ist es in der Regel nötig, die Symptome über einen längeren Zeitraum zu beobachten, um die Diagnose BPS stellen zu können (American Psychiatric Association, 2013). Da in unsere Studie nur Jugendliche eingeschlossen wurden, die noch keine ambulante Anbindung hatten und es sich folglich vorwiegend um Erstvorstellungen handelte, könnte es durchaus sein, dass die Möglichkeit der Diagnosestellung noch nicht gegeben war und diese erst im weiteren Verlauf erfolgen kann.

### **5.3 Empfehlungen und deren Umsetzung**

Die Empfehlungen, die in T3 ausgesprochen wurden, umfassen sowohl weitere diagnostische Möglichkeiten als auch therapeutische Optionen.

Darunter war die Ambulanzdiagnostik die Empfehlung, die mit 78.2 % am zweithäufigsten empfohlen wurde und bis FU2 mit 77.8% am häufigsten umgesetzt wurde. Dies verdeutlicht, dass ein einziger Termin zur diagnostischen Abklärung oft nicht ausreicht, um eine detaillierte psychiatrische Evaluation zu gewährleisten. Das Notfallmanagement kann jedoch mittels einer ersten, spezifischen Diagnostik dabei helfen, herauszufiltern, welche Patient:innen weitere psychologische Abklärung benötigen. Im Rahmen der Ambulanzdiagnostik finden anschließend weitere Termine statt, die verschiedene Einzelgespräche, Familiengespräche und auch psychologische Testungen beinhalten. Die hohe Umsetzungsrate lag sicherlich daran, dass die Diagnostik in der Regel direkt in der Institutsambulanz stattfinden konnte und bereits bei T3 Termine festgelegt werden konnten.

Einen großen Anteil der Empfehlungen machten die verschiedenen Therapieformen aus. Um die Forschungsergebnisse der letzten 20 Jahre in Bezug auf die Effektivität von therapeutischen Interventionen für Jugendliche mit Selbstverletzung und Suizidgedanken zu evaluieren, führten Kothgassner et al. (2020) eine Metaanalyse mit 25 randomisierten kontrollierten Studien durch. Hier zeigte sich, dass die derzeit verfügbaren Therapieoptionen durchaus effektiv sind, wenn es um die Reduktion von Selbstverletzung, Suizidgedanken und depressiven Symptomen geht (Kothgassner et al., 2020). Auch wenn die Interventionen nur schwache bis moderate Effekte im Vergleich zu den Kontrollgruppen zeigten, waren sie dennoch statistisch signifikant und klinisch von Bedeutung (Kothgassner et al., 2020). Die insgesamt eher schwache Effektivität zeigt jedoch, dass es von enormer Wichtigkeit ist, spezifische Therapiestrategien herauszuarbeiten, die hinsichtlich der Reduktion von SITB besonders wirksam sind (Kothgassner et al., 2020, 2021). Im Anschluss erfolgt eine Evaluation der unterschiedlichen Behandlungsempfehlungen, die in unserem Notfallmanagement am häufigsten ausgesprochenen wurden, und derer, die nach vier bzw. acht Wochen am häufigsten und am seltensten umgesetzt wurden.

### **5.3.1 Einzeltherapie**

Die am weitaus häufigsten ausgesprochene Empfehlung war die Einzeltherapie. Im Notfallmanagement wurde zwar nicht weiter spezifiziert, um welche Art der Therapie es sich dabei handeln sollte bzw. welche Therapieansätze diese beinhalten sollte. Dennoch gibt es verschiedene Formen der Einzeltherapie, bei denen man bereits vielversprechende Ergebnisse hinsichtlich der Behandlung von SITB erzielen konnte.

Ein Beispiel ist hierbei sicherlich die DBT-A. Wie bereits in 1.2.10 erwähnt, war die DBT einer der ersten Therapieansätze speziell für Patient:innen mit SITB (Linehan, 1993). Diese wurde dann unter anderem für suizidale Jugendliche mit und ohne BPS weiterentwickelt (Miller et al., 2007; Rathus und Miller, 2002). Mehlum et al. (2016) konnten über einen Zeitraum von 52 Wochen einen deutlichen Vorteil der DBT-A hinsichtlich der Häufigkeit der Selbstverletzung nachweisen. Auch die Suizidgedanken hatten sich während der Behandlung deutlich stärker reduziert als in der Kontrollgruppe. Dieser Unterschied konnte jedoch während der Follow-Up Periode nicht mehr nachgewiesen werden (Mehlum et al., 2016).

Ein weiterer Ansatz ist die CBT. Dabei handelt es sich um eine kurzzeitige, problemorientierte Behandlung mit dem Ziel, verzerrte kognitive Muster und maladaptive Verhaltensweisen zu verändern (Glenn et al., 2019). Eine Metaanalyse mit 14 Studien zur CBT konnte zeigen, dass diese Art der Therapie mit einer signifikanten Reduktion von Suizidgedanken sowie Selbstverletzungen bei Jugendlichen assoziiert ist (Labelle et al., 2015).

Darüber hinaus konnte auch für die MBT-A, ein psychodynamisches Therapieprogramm mit dem Ziel, die Affektregulation durch Mentalisierung zu verbessern, positive Effekte auf die SITB nachgewiesen werden (Rossouw und Fonagy, 2012). Im Rahmen einer Studie von Rossouw und Fonagy (2012) erwies sich die MBT-A als besonders effektiv in der Reduktion von Selbstverletzung. Darüber hinaus konnte anhand einer Stichprobe mit BPS-Patient:innen gezeigt werden, dass die Therapie nicht nur zur Verbesserung schwerer Fälle von Selbstverletzung, sondern auch zu einer Abnahme von Suizidversuchen und Hospitalisierungen führte (Bateman und Fonagy, 2008).

Aufgrund dieser verschiedenen effektiven Konzepte ist es nicht abwegig, dass die Einzeltherapie die Therapieform ist, die im Rahmen unseres Notfallmanagements am

häufigsten empfohlen wurde. Auch bei den Patient:innen schien es eine hohe Bereitschaft zu geben, an dieser Behandlungsform teilzunehmen. Mit einer Umsetzung von 40.5% nach vier bzw. 53% nach acht Wochen ist die Einzeltherapie trotz oft langer Wartezeiten eine der am häufigsten umgesetzten Empfehlungen.

### **5.3.2 Gruppentherapie**

Auch wenn eine zusätzliche Gruppentherapie laut Green et al. (2011) keinen positiven Effekt auf die Häufigkeit der Selbstverletzung bei Jugendlichen zu haben scheint, ist die Gruppentherapie mit 42.6% eine der Therapieformen, die den Patient:innen bei T3 am häufigsten empfohlen wurden.

Daher stellt sich die Frage, wieso diese Art der Therapieempfehlung so oft ausgesprochen wurde. Dies könnte im engen Zusammenhang mit den verschiedenen Diagnosen stehen, die bei den Patient:innen ermittelt wurden. Am häufigsten, nämlich bei 83.5% der Patient:innen, wurde eine Affektive Störung (F3) als Hauptdiagnose festgestellt. Diese Jugendlichen profitieren durchaus von einer Gruppentherapie, da nachgewiesen wurde, dass depressive Symptome durch verschiedene Arten der Gruppentherapie effektiv reduziert werden können (McDermut et al., 2001).

Allerdings wurde die Empfehlung zur Gruppentherapie nur in 13.9% (FU1) bzw. 10% (FU2) umgesetzt. In den meisten Fällen berichteten die Jugendlichen, dass es ihnen schwerfallen würde, sich in einer Gruppe zu öffnen. Da diese Jugendlichen grundsätzlich eher weniger für eine Gruppentherapie in Frage kommen, sollte man künftig im Rahmen des Standardprocedures versuchen, genauer darauf einzugehen, welche Therapieformen für die Jugendlichen individuell und nicht nur in Bezug auf ihre Symptomatik geeignet sind.

### **5.3.3 Familientherapie**

Randomisierte kontrollierte multizentrische Studien beschäftigten sich damit, ob Jugendliche, die sich sowohl aus suizidaler als auch aus nicht-suizidaler Absicht selbst verletzt hatten, von einem Familientherapieprogramm profitieren (Cottrell et al., 2018, 2020). Bei dem Vergleich zwischen Familientherapie und der üblichen Behandlung konnten Cottrell et al. (2018, 2020) über einen Zeitraum von 18 sowie 36 Monaten

jedoch keinen Vorteil bezüglich der Anzahl an Wiedervorstellungen wegen Selbstverletzung feststellen.

Daher ist es nachvollziehbar, dass im Rahmen des Notfallmanagements nur einem sehr kleinen Teil der Patient:innen eine Familientherapie empfohlen wurde. Dennoch ist es auffällig, dass diese Art der Therapieempfehlungen die Einzige ist, die von niemanden umgesetzt wurde. Der Einbezug der Familie, wenn auch im Rahmen anderer Therapieformen als der Familientherapie, gilt als unerlässlich (Ougrin und Asarnow, 2018). Denn verschiedene Familienfaktoren, wie zum Beispiel eine unsichere Eltern-Kind-Bindung, können selbstverletzendes Verhalten begünstigen (Buckmaster et al., 2019). Bisherige Studien haben sich eher darauf fokussiert, welche Faktoren dazu beitragen, dass eine Familientherapie frühzeitig abgebrochen wird. Ein zentraler Punkt ist hierbei eine schwache therapeutische Allianz (Robbins et al., 2006; Sotero und Relvas, 2021). Ob die Arzt-Patienten-Beziehung auch ein ausschlaggebender Grund dafür ist, dass Familientherapie von vornherein abgelehnt wird, kann eine interessante Fragestellung im Rahmen künftiger Studien sein.

#### **5.4 Charakterisierung der SITB**

Die Adoleszenz ist zweifellos die kritischste Phase für das Auftreten von SITB (Nock, Borges, et al., 2008). Verschiedene Studien konnten zeigen, dass NSSV in der Regel zwischen 12 und 14 Jahren beginnt, was auch den Ergebnissen unserer Studie entspricht (Whitlock et al., 2011; Zetterqvist et al., 2013). Suizidale Gedanken bzw. Verhaltensweisen scheinen grundsätzlich eher in der späten Jugend bis zum frühen Erwachsenenalter erstmalig aufzutreten (Kessler et al., 1999). Die Jugendlichen in unserer Stichprobe hatten jedoch angegeben, im Schnitt im Alter von 13 bzw. 14 Jahren das erste Mal von Suizidgedanken betroffen gewesen zu sein bzw. das erste Mal versucht zu haben, sich das Leben zu nehmen. Diese Diskrepanz kann darauf zurückzuführen sein, dass das durchschnittliche Alter unserer Patient:innen bei 15 Jahren lag und auch nur Jugendliche bis maximal 18 Jahre in die Studie eingeschlossen wurden. Außerdem gibt es Hinweise darauf, dass das Startalter für suizidale SITB in klinischen Stichproben deutlich jünger ist (Glenn et al., 2017).

Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass bei T2 die Intensität der Suizidgedanken bei Mädchen stärker war als bei Jungen, bei FU1 und FU2 konnten keine Unterschiede nachgewiesen werden. Die bestehende Studienlage zeigt sich, wie auch unsere Ergebnisse, eher uneinheitlich, was Geschlechterunterschiede bezüglich der Intensität von Suizidgedanken betrifft (Horwitz et al., 2015; Yang et al., 2020). Dennoch wäre es denkbar, dass der fehlende Effekt bei den Follow-Up Untersuchungen nur auf eine zu geringe Power zurückzuführen ist. Da bekannt ist, dass Mädchen eher zu depressiven Störungen neigen (McGuinness et al., 2012), könnte hier ein Zusammenhang mit der Intensität der Suizidgedanken bestehen. Dazu passen auch unsere Ergebnisse: Bei allen drei Erhebungszeitpunkten konnten wir für die Mädchen eine signifikant höhere psychische Belastung (GSI-Score) feststellen als für die Jungen. Die Tatsache, dass wir bei keinem der Termine einen Unterschied zwischen den Geschlechtern hinsichtlich der Intensität der Gedanken an NSSV feststellen konnten, könnte dafürsprechen, dass depressive Symptome vor allem Einfluss auf die Intensität der Suizidgedanken und weniger auf die Intensität der Gedanken an NSSV nehmen.

Darüber hinaus haben die Jugendlichen in unserer Stichprobe, ähnlich wie in früheren Studien, berichtet, dass Medikamente und das Schneiden mit einem scharfen Gegenstand die häufigsten Methoden waren, um sich selbst das Leben zu nehmen

(Kupferschmid et al., 2013; Tsirigotis et al., 2011). Betrachtet man Mädchen und Jungen getrennt voneinander, so deuten unsere Daten in Einklang mit einer Studie von Kupferschmid et al. (2013) darauf hin, dass Mädchen vor allem durch eine Medikamentenüberdosis versucht haben, sich das Leben zu nehmen. Für die Jungen war es aufgrund der geringen Fallzahlen für Suizidversuche in unserer Studie nicht möglich, einen klaren Trend bezüglich der gängigsten Methoden festzustellen. Kupferschmid et al. (2013) konnten jedoch zeigen, dass Jungen häufiger aus großer Höhe springen wollten, wenn sie versucht haben, Suizid zu begehen. Grundsätzlich ist schon lange bekannt, dass Männer im Vergleich zu Frauen in der Regel tödlichere Methoden anwenden, um sich das Leben zu nehmen (Tsirigotis et al., 2011). Das erklärt wohl auch, wieso Männer deutlich häufiger durch Suizid sterben, obwohl Frauen häufiger Suizidversuche unternehmen (Tsirigotis et al., 2011). So stellt sich die Frage, ob Mädchen durch Suizidversuche nicht eher ausdrücken möchten, dass sie dringend Hilfe benötigen, und weniger, dass sie wirklich sterben wollen (Tsirigotis et al., 2011).

Was NSSV betrifft, so konnten wir zeigen, dass zwar eine große Bandbreite an Möglichkeiten zur Selbstverletzung angewendet wurde, aber das Schneiden oder Ritzen mit einem scharfen Gegenstand dennoch die weitverbreitetste Form von NSSV war. Zum gleichen Ergebnis, sowohl im klinischen (Kaess et al., 2013b) als auch epidemiologischen (Nock et al., 2006) Kontext, kamen auch andere Studien mit Jugendlichen, die sich selbst verletzen. Während wir festgestellt haben, dass das Schneiden bzw. Ritzen sowohl bei den Mädchen als auch bei den Jungen die beliebteste Methode war, haben Sornberger et al. (2012) herausgefunden, dass Mädchen eher Methoden wählen, die Blut involvieren, und Jungen sich lieber selbst schlagen oder verbrennen. Allerdings muss hier angemerkt werden, dass wir nur die deskriptiven Häufigkeiten betrachtet haben.

## 5.5 Veränderungen im zeitlichen Verlauf

Die drei Parameter, CGI-S für den Schweregrad der Erkrankung, GAF als allgemeines Funktionsniveau und GSI für die generelle psychische Belastung, haben sich von T2 bis FU2 zugunsten der Patient:innen verändert. Im Hinblick auf die Gedanken an NSSV sowie NSSV an sich konnte diese Verbesserung jedoch nicht reproduziert werden. Daraus lässt sich schließen, dass sich die allgemeine Psychopathologie zwar verbessert hat, nicht aber die spezifische NSSV-Symptomatik. Das zeigt, dass an der Aufrechterhaltung des Verhaltens weitere Faktoren sowohl auf interpersoneller als auch auf intrapersoneller Ebene beteiligt sein müssen (Tatnell et al., 2014). Grundsätzlich ist eine Verbesserung in diesem Zeitintervall eher unwahrscheinlich. Zum einen liegt das daran, dass sich die Patient:innen in einem Alter befinden, in dem NSSV nach seinem natürlichen Verlauf eher ansteigt. NSSV ist nämlich ein Phänomen, welches in der Adoleszenz, insbesondere im frühen Jugendalter, zunimmt und im jungen Erwachsenenalter wieder abnimmt (Plener et al., 2015). Zum anderen wurden für die Studie kurze Zeitintervalle von vier bzw. acht Wochen für die Follow-Up Termine gewählt. Nach klinischer Erfahrung dauert es jedoch deutlich länger, bis Jugendliche aufhören, sich selbst zu verletzen (Kandsperger et al., 2022). Da die Häufigkeiten deskriptiv abgenommen hatten, könnte der fehlende statistisch signifikante Effekt allerdings auch auf eine unzureichende Power zurückzuführen sein.

Eine signifikante Veränderung gab es jedoch hinsichtlich der Suizidversuche, Suizidplanungen sowie Suizidgedanken. Bei diesen drei Verhaltensweisen konnte insgesamt ein abnehmendes Muster beobachtet werden. Während bei den Suizidplänen nur eine signifikante Abnahme von T2 auf FU2 bemerkbar war, gab es bei den Suizidversuchen zusätzlich schon zwischen T2 und FU1 einen signifikanten Unterschied. Diese Ergebnisse sind besonders erfreulich, da die Zeit nach der Entlassung aus der Klinik (Kan et al., 2007) oder aus der Notaufnahme (Olfson et al., 2021) eigentlich von einem erhöhten Risiko für erneute suizidale Verhaltensweisen geprägt ist. Bereits Luxton et al. (2013) äußerten die Vermutung, dass poststationäre Follow-Up Kontakte einen großen Beitrag zur effektiven Suizidprävention leisten können (Luxton et al., 2013). Es gibt Hinweise darauf, dass sie zur Reduktion von Suiziden, Suizidversuchen sowie Suizidgedanken führen können (Luxton et al., 2013). Wieso sich diese Maßnahme im Hinblick auf suizidale Patient:innen sowohl in unserer als auch in vorangegangenen Studien als erfolgreich erwiesen haben, kann mit Hilfe

der *Interpersonellen Theorie des Suizids* (Joiner, 2005) hergeleitet werden. Unter der Voraussetzung, dass eine Person die Fähigkeit hat, sich selbst das Leben zu nehmen, hat sie immer dann ein erhöhtes Suizidrisiko, wenn sie unter dem Gefühl leidet, anderen eine Last oder nicht Teil einer wertschätzenden Gruppe zu sein (Van Orden et al., 2010). Die Follow-Up Kontakte können den Patient:innen diese Gefühle nehmen, indem sie Zugehörigkeit und Akzeptanz vermitteln und so suizidales Verhalten abpuffern (Luxton et al., 2013). Darüber hinaus kann im Rahmen der Follow-Up Termine an Therapieoptionen erinnert werden und mit dem Dienstarzt erneut besprochen werden, wie im Notfall vorzugehen ist. Außerdem kann vermutet werden, dass im Gegensatz zu den nicht-suizidalen SITB ein deutlich engerer Zusammenhang zwischen suizidalen SITB und der allgemeinen Psychopathologie besteht. Frühere Studien lieferten bereits verschiedene Hinweise auf diesen Zusammenhang. Es konnte beispielsweise gezeigt werden, dass diejenigen, die mehrmals versucht haben, sich das Leben zu nehmen, deutlich mehr *Ache-I*-Diagnosen aufwiesen, länger unter psychischen Symptomen litten und höhere Level an Psychopathologie aufwiesen als jene, die nur einen Suizidversuch unternommen haben (Gispert et al., 1987; Reynolds und Eaton, 1986; Rudd et al., 1996; Stein et al., 1998).

## **5.6 Nutzung des Sicherheitsplans und Zusammenhang mit der Veränderung der SITB**

Sicherheitspläne sind eine kurze Interventionsmöglichkeit für Patient:innen, die einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt sind. Sie sollen den Betroffenen dabei helfen, eine akute Krise zu überstehen, indem persönliche Coping-Strategien und Ressourcen aktiviert werden (Stanley und Brown, 2012). Während sich Sicherheitspläne im Umgang mit suizidalen Erwachsenen durchaus bewährt haben (Bryan et al., 2018; Stanley und Brown, 2012), bedarf es deutlich mehr Studien, die sich explizit mit der Anwendung für Kinder und Jugendliche auseinandersetzen (Drapeau, 2019). Es ist dringend nötig herauszufinden, welche besonderen Anforderungen diese Patientengruppe an einen Sicherheitsplan stellt, damit diese den Plan überhaupt nutzt und das Risiko für Suizidversuche und Selbstverletzungen effektiv gesenkt werden kann.

Dass es eine große Herausforderung ist, Jugendliche zu überzeugen, den Plan überhaupt erst zu benutzen, zeigten auch die Ergebnisse unserer Studie. Sowohl bei FU1 als auch bei FU2 hatten circa die Hälfte der Jugendlichen angegeben, dass sie nicht beurteilen können, ob ihnen der Plan geholfen hat.

Darunter waren einige, die zugegeben haben, nicht an den Plan gedacht zu haben, ihn nicht dabei gehabt zu haben oder keinen Mehrwert darin zu sehen. Daher wäre es von Interesse zu erfahren, wie man die Bereitschaft der Jugendlichen, den Sicherheitsplan anzuwenden, erhöhen kann.

Vorangegangene Studien haben gezeigt, dass Jugendliche oft nicht daran glauben, dass sie dazu in der Lage sind, Coping Strategien anzuwenden, um akute Krisen zu überstehen (Czyz et al., 2016). Daher wurde die Theorie aufgestellt, dass der Einbezug von Methoden, die die Motivation und Selbsteffizienz der Jugendlichen steigern, zu einer vermehrten Benutzung des Plans führen können. Um diesen Ansatz zu prüfen haben Czyz et al. (2019) eine Studie durchgeführt, in der sich herausstellte, dass diejenigen, die zusätzlich Motivational Interviewing erhalten hatten, den Sicherheitsplan häufiger benutzt haben, als diejenigen, die nur den Sicherheitsplan erstellt hatten (Czyz et al., 2019). Motivational Interviewing zielt darauf ab, die interne Motivation für gesunde Verhaltensweisen zu erhöhen, ohne dabei konfrontativ vorzugehen (Czyz et al., 2019). Abschließend kann man sagen, dass auch unser Notfallmanagement davon profitieren könnte, wenn beim Erstellen des

Sicherheitsplans versucht wird, das Selbstvertrauen und die Motivation der Jugendlichen zu steigern und sie so eher dazu animiert werden, den Plan zu benutzen. Ein weiterer Ansatz, der zum Ziel hat, dass die betroffenen Jugendlichen ihre Sicherheitspläne öfter anwenden, ist der Gebrauch von Smartphone-Apps. Auch wenn in diesem Bereich sicherlich noch mehr Forschung nötig ist, konnte eine Pilot-Studie in Australien bereits zeigen, dass die Mehrheit der Jugendlichen dazu bereit war, eine Smartphone Applikation zu benutzen, mit der sie ihren Sicherheitsplan ansehen und bearbeiten können (Melvin et al., 2019).

Eine weitere häufige Begründung dafür, wieso die Jugendlichen den Nutzen des Sicherheitsplan nicht beurteilen konnten, war, dass es bis zum jeweiligen Zeitpunkt noch keine kritischen Situationen gab, in denen die Jugendlichen den Sicherheitsplan hätten anwenden können. Goldston et al. (1999) hatten festgestellt, dass Jugendliche, die wegen eines Suizidversuchs stationär aufgenommen wurden, in den ersten sechs Monaten bis zu einem Jahr nach ihrer Entlassung das höchste Risiko für einen erneuten Versuch hatten. Da wir nur einen Zeitraum von circa acht Wochen nach Abschluss des Notfallmanagements abgedeckt hatten, wäre es sicherlich interessant zu erfahren, wie die Jugendlichen den Sicherheitsplan nach einem längeren Zeitintervall bewerten würden.

Unter den Jugendlichen, die den Plan nicht als hilfreich empfunden haben, haben einige erläutert, dass der Plan zu wenig individuell war. Um dies zu vermeiden, ist es essentiell, dass sich die Patient:innen beim Erstellen des Plans aktiv mit eigenen Ideen einbringen und nicht sämtliche Trigger, Coping-Strategien und Unterstützungsmöglichkeiten von den behandelnden Ärzt:innen vorgegeben werden (Stanley und Brown, 2012). Wie auch in unserer Studie angedeutet wird, senkt ein Plan ohne persönlichen Bezug die Wahrscheinlichkeit, dass dieser von den Patient:innen auch genutzt wird (Stanley und Brown, 2012).

Einige der Patient:innen, denen der Plan keine Hilfe war, haben berichtet, dass es ihnen schwerfiel, den Plan in der konkreten Situation anzuwenden bzw. sich auf den Plan zu konzentrieren. Insbesondere diese Jugendlichen könnten, wenn genügend Zeit vorhanden ist, von einem Rollenspiel profitieren, in dem der Jugendliche eine akute Krisensituation beschreibt und dann ausführlich besprochen wird, wo der

Sicherheitsplan zu finden ist und wie die einzelnen dort beschriebenen Schritte durchgeführt werden (Stanley und Brown, 2012).

Des Weiteren wurde in unserer Studie getestet, ob zwischen dem subjektiven Nutzen des Sicherheitsplans und der Veränderung der SITB ein Zusammenhang besteht. Hier war auffällig, dass lediglich für die Gedanken an NSSV ein signifikanter Zusammenhang bestand, wenn auch nur für den Zeitraum T2 bis FU1. Dies ist besonders in Anbetracht der Tatsache interessant, dass sich Studien, die die alleinige Effektivität eines Sicherheitsplans geprüft haben, in der Regel auf suizidale Patient:innen fokussiert haben. Dabei sollte es allein wegen des engen Zusammenhangs zwischen NSSV und suizidalem Verhalten zum Standardprocedere gehören, auch mit Patient:innen, die unter NSSV leiden, einen Sicherheitsplan zu erarbeiten (Barbour et al., 2021). Dennoch mangelt es an Studien, die sich mit dieser Thematik auseinandersetzen. Wir haben festgestellt, dass sich Jugendliche, die den Plan als hilfreich empfunden haben, signifikant seltener hinsichtlich ihrer Gedanken an NSSV verschlechtert haben. Daher kann vermutet werden, dass allein diese relativ kurze, aber aktive Auseinandersetzung mit adaptiven kognitiven sowie praktischen Coping-Strategien beim Erstellen des Plans einen Effekt haben kann und die Jugendlichen in akuten Krisensituationen seltener über NSSV als Lösungsstrategie nachdenken.

Jedoch muss angemerkt werden, dass es für NSSV an sich keinen signifikanten Zusammenhang mit der Bewertung des Sicherheitsplans gab, was den Nutzen für Patient:innen, die sich selbst verletzen, in Frage stellt. Die fehlende Signifikanz könnte allerdings auch darauf zurückzuführen sein, dass einige den Nutzen des Plans noch nicht beurteilen konnten, da es zwischenzeitlich zu keinen kritischen Situationen gekommen war. Längere Zeitabstände könnten hier dazu beitragen, dass mehr Jugendliche eine eindeutige Stellung zum Plan beziehen.

Abgesehen davon kann der fehlende Zusammenhang mit NSSV auch darauf hinweisen, dass Faktoren, die Gedanken an NSSV verursachen, sich von denen unterscheiden, die zur Umsetzung dieser Gedanken führen. Diese These haben auch Kiekens et al. (2020) geäußert, da die Ergebnisse ihrer Studie darauf hindeuteten, dass die Entstehung von Gedanken an NSSV und der Übergang von selbstverletzenden Gedanken zu NSSV unterschiedliche Prozesse mit

unterschiedlichen Prädiktoren sind. In diesem Fall wäre es wichtig herauszufinden, welche Faktoren explizit zur Umsetzung der Gedanken an NSSV führen, um diese in den Sicherheitsplan integrieren zu können. Es hat sich gezeigt, dass es in der Regel eine bis 30 Minuten dauert, bis eine Person vom Gedanken an Selbstverletzung zur Tat übergeht (Fitzpatrick et al., 2020; Nock et al., 2009). Daher besteht normalerweise ein kurzes Zeitfenster, indem die Möglichkeit besteht, diesen Prozess aufzuhalten (Kiekens et al., 2020). Eine Intervention, die sich auf ausschlaggebende Faktoren, die an diesem Prozess beteiligt sind, konzentriert, wäre hier ein optimaler Interventionsansatz.

Dass wir keinen Zusammenhang zwischen dem subjektiv empfundenen Nutzen des Sicherheitsplans und den suizidalen Gedanken bzw. Verhaltensweisen nachweisen konnten, ist überraschend, da man annehmen würde, dass es insbesondere bei denen, die das Gefühl hatten, dass sie den Plan erfolgreich anwenden konnten, zu einer Reduktion der suizidalen SITB kommen würde. Auch wenn unseres Wissens nach bisher keine Studien existieren, die die Effektivität der alleinigen Anwendung von Sicherheitsplänen bei Jugendlichen untersucht haben, konnte für Erwachsene bereits umfangreich nachgewiesen werden, dass Sicherheitspläne für suizidale Patient:innen einen Benefit haben. Die bestehende Studienlage zeigt, dass Sicherheitspläne mit einer Reduktion von suizidalem Verhalten, kürzeren stationären Aufenthalten und einer erhöhten Therapiebereitschaft einhergehen (Bryan et al., 2017; Ferguson et al., 2022; Stanley et al., 2018). Auch hier kann ein Grund für die fehlende Signifikanz in unserer Studie der eher kurz gewählte Zeitabstand zu den Follow-Up Untersuchungen sein. Generell ist es dringend nötig, weitere Studien durchzuführen, die sich mit Sicherheitsplänen für Jugendliche beschäftigen, um herauszufinden, welche Komponenten diese beinhalten müssen, um Jugendlichen mit SITB effektiv helfen zu können.

## **5.7 Zusammenhang zwischen einer positiven Anamnese für Selbstverletzung und Suizidversuche im sozialen Umfeld und der Veränderung der SITB**

In unserer Studie hatten 53% der Patient:innen von suizidalen bzw. selbstverletzenden Verhaltensweisen im Freundeskreis und 13.5% von suizidalen bzw. selbstverletzenden Verhaltensweisen im familiären Umfeld berichtet. Mars et al. (2019) hatten in diesem Zusammenhang etwas höhere Zahlen festgestellt, sowohl für Selbstverletzung in der Peergruppe (61-76%) als auch in der Familie (18-19%). Ein Grund dafür könnte sein, dass wir in unserer Stichprobe besonders schwerwiegende Fälle, in denen ein längerer stationärer Aufenthalt nötig gewesen war, ausgeschlossen haben. Es wäre möglich, dass unter Einbezug dieser Jugendlichen auch in unserer Studie die Zahlen höher ausgefallen wären.

### **5.7.1 Suizidale SITB**

Es gibt umfangreiche Hinweise darauf, dass Suizidalität oft in der Familie liegt und dies nicht allein durch die Vererbung psychiatrischer Erkrankungen erklärt werden kann (Brent und Mann, 2005). Anhand von Zwillingsstudien, Adoptionsstudien und Familienstudien konnte aufgezeigt werden, dass auch eine genetische Komponente beteiligt sein muss (Brent und Mann, 2005). Es gibt jedoch nur wenige Studien, die sich mit dem Einfluss einer positiven Familienanamnese auf die zeitliche Entwicklung des suizidalen Verhaltens der Jugendlichen beschäftigen. Bisher konnte lediglich beobachtet werden, dass eine positive Familienanamnese für Suizide mit dem wiederholten Versuch, sich das Leben zu nehmen, assoziiert ist (Trémeau et al., 2005). Was die Auswirkung von Selbstverletzung in der Familie betrifft, so konnten Mars et al. (2019) bereits nachweisen, dass es sich dabei um einen ausschlaggebenden Faktor für den Übergang vom Suizidgedanken zum Suizidversuch handelt. Daher wurde vermutet, dass selbstverletzendes und suizidales Verhalten im familiären Umfeld eher seltener mit einer Verbesserung der suizidalen Gedanken bzw. Verhaltensweisen der Jugendlichen einhergehen.

Damit übereinstimmend konnten wir feststellen, dass es für den Zeitraum T2 bis FU1 einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Veränderung der Suizidgedanken und einer positiven Familienanamnese gibt. Allerdings waren die Ergebnisse der *post-hoc* Tests nicht signifikant, sodass der Zusammenhang nicht genauer beschrieben werden kann. Warum nur ein signifikantes Ergebnis für die Suizidgedanken, nicht aber

für Suizidversuche festgestellt wurde, könnte dadurch erklärt werden, dass unsere Stichprobe überwiegend aus Patient:innen mit neu aufgetretenen Symptomen bestand. Nachdem die Adoleszenz und das frühe Erwachsenenalter die Zeiten mit dem höchsten Risiko für das Erstauftreten von suizidalen Verhaltensweisen sind (Nock, Borges, et al., 2008), ist es gut möglich, dass in unserer Stichprobe, in der das mittlere Alter bei circa 15 Jahren lag, der Übergang vom Suizidgedanken zum suizidalem Verhalten noch nicht sein vollständiges Ausmaß erreicht hatte.

Man kann aufgrund unserer Ergebnisse also davon ausgehen, dass es für Patient:innen, die suizidales bzw. selbstverletzendes Verhalten im familiären Umfeld erlebt haben, besonders schwierig ist, an ihren suizidalen SITB zu arbeiten. Daher ist es sinnvoll, in der Anamneseerhebung genauer auf diese Punkte einzugehen, um diese Risikogruppe zu identifizieren und so auch im Rahmen der Empfehlungen intensivere Unterstützung anzubieten.

Im Hinblick auf die Peergruppe eines Jugendlichen ist bekannt, dass ein Suizidversuch im Freundeskreis mit einem erhöhten Risiko für suizidale Gedanken und Verhaltensweisen assoziiert ist (Crepeau-Hobson und Leech, 2014). Was in diesem Zusammenhang ebenfalls interessant ist, ist das Auftreten sogenannter Suizidcluster, die insbesondere bei Jugendlichen beobachtet wurden (Gould et al., 1990; Hazell und Lewin, 1993). Joiner (1999) beschrieb diese Cluster als nicht zufällige, zeitliche oder räumliche Häufungen von zwei oder mehr Suiziden oder Suizidversuchen.

In unserer Studie wurde untersucht, ob sich eine positive Peeranamnese auf die Veränderung der suizidalen Verhaltensweisen unserer Patient:innen auswirkt. Hier konnten wir keine signifikanten Zusammenhänge beobachten. Da außer Frage steht, dass suizidale Gedanken und Verhaltensweisen bei Jugendlichen vom suizidalen Verhalten ihrer Peergruppe beeinflusst werden, kann die Vermutung aufgestellt werden, dass dieser Zusammenhang nur für das Neuauftreten, nicht aber die Aufrechterhaltung dieser Verhaltensweisen eine ausschlaggebende Rolle spielt. Bezüglich NSSV in der Peergruppe konnten Mars et al. (2019) jedoch zeigen, dass es sich dabei um einen entscheidenden Faktor für den Übergang vom Suizidgedanken zum Suizidversuch handelt. Aus diesem Grund wäre es interessant, die Effekte von NSSV und suizidalem Verhalten in der Peergruppe getrennt voneinander zu untersuchen. Wir hatten uns in unserer Studie allerdings bewusst dazu entschieden,

NSSV und suizidales Verhalten in der Peergruppe zusammenzufassen, um eine größere Stichprobe zu generieren.

### **5.7.2 Nicht-suizidale SITB**

Laut dem theoretischen Modell nach Nock und Prinstein (2004) erfüllt NSSV die Rolle als automatischer oder sozialer Verstärker. Dennoch sollte man sich die Frage stellen, wieso Jugendliche genau NSSV als Verhaltensstrategie wählen und nicht eine andere adaptivere Verhaltensweise. Mit dieser Frage beschäftigte sich auch Nock (2009), der das *integrative theoretische Modell zur Entstehung von NSSV* entwickelte. In diesem Modell spielen NSSV-spezifische Vulnerabilitätsfaktoren eine wichtige Rolle, da sie die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass NSSV als Strategie gewählt wird, um eine herausfordernde oder stressreiche Situation zu bewältigen (Nock, 2010).

Diese NSSV-spezifischen Vulnerabilitätsfaktoren sind auf verschiedene Hypothesen zurückzuführen, zu welchen auch die soziale Lerntheorie-Hypothese zählt (Kaess et al., 2013a). Diese besagt, dass Jugendliche, die in ihrem Umfeld und vor allem in ihrer Peer-Gruppe selbstverletzendes Verhalten beobachten, dieses übernehmen bzw. nachahmen (Kaess et al., 2013a). Diese These wurde von zwei longitudinalen Studien von Prinstein et al. (2010) untermauert, die zeigen konnten, dass NSSV in der Peergruppe zumindest bei Mädchen ein signifikanter Prädiktor für NSSV bei den Jugendlichen selbst ist. Was die Familie betrifft, so konnten Deliberto und Nock (2008) feststellen, dass Jugendliche, die sich selbst verletzen, häufig suizidales Verhalten im familiären Umfeld erlebt haben.

Wir konnten jedoch weder für eine positive Anamnese im Familienkreis noch in der Peergruppe einen signifikanten Zusammenhang mit der Veränderung der nicht-suizidalen SITB der Jugendlichen nachweisen. Angelehnt an die Studie von Prinstein et al. (2010) wäre es möglich, dass der Effekt der Peergruppe nur für Mädchen eine Rolle spielt. Außerdem stellt sich auch hier die Frage, ob der Faktor „Selbstverletzendes Verhalten im Umfeld“ vielleicht eine größere Rolle in der Entstehung von NSSV und nicht in der Aufrechterhaltung des Verhaltens spielt. Zumindest in Bezug auf die Peergruppe wird diese Vermutung durch eine Studie von Deliberto und Nock (2008) unterstützt, in der Jugendliche als häufigste Quelle für die initiale Idee sich selbst zu verletzen, ihre Freundesgruppe angaben.

## **5.8 Zusammenhang zwischen der generellen Psychopathologie und der Veränderung der SITB**

Der GSI- Wert misst die generelle psychische Belastung der letzten sieben Tage und eignet sich daher gut, das Ausmaß an mentalem Stress, unter dem die Jugendlichen gegenwärtig leiden, zu verdeutlichen (Franke, 2014).

Wie auch vorherige Studien zeigen konnten (Güner-Küçükkaya und Işık, 2010; Li et al., 2022), haben wir festgestellt, dass Mädchen stets einen höheren GSI-Score, also eine höhere psychische Belastung, hatten als Jungen. Dieser geschlechtsbezogene Unterschied könnte damit im Zusammenhang stehen, dass im Jugendalter Mädchen generell häufiger an internalisierenden Symptomen leiden als Jungen (Hankin et al., 1998; Mezulis et al., 2010). Die Ergebnisse unserer Studie können darauf hindeuten, dass nicht nur in der Allgemeinbevölkerung, sondern auch in einer Stichprobe, in der alle beteiligten Jugendlichen unter SITB leiden, Mädchen ein höheres Level an derartigen Psychopathologien aufweisen.

### **5.8.1 Suizidale SITB**

Was die suizidalen SITB betrifft, haben wir vermutet, dass eine Verbesserung mit deutlich niedrigeren GSI-Werten assoziiert ist als eine Verschlechterung. Derzeit existieren unseres Wissens noch keine Studien, die sich explizit damit befassen, ob der GSI-Wert als ein Prädiktor für suizidale Gedanken oder Verhaltensweisen funktioniert.

Die Tatsache, dass ein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und suizidalen SITB besteht, ist seit langem bekannt (Harris und Barraclough, 1997; Pokorny, 1983). Eine Studie von Nock et al. (2010) befasste sich damit, ob man zwischen Diagnosen, die eher mit dem Auftreten von Suizidgedanken assoziiert sind, und jenen, die die tatsächliche Umsetzung dieser Gedanken vorhersagen können, unterscheiden sollte. Dabei fand man heraus, dass eine depressive Störung Suizidgedanken vorhersagen kann, aber nicht dazu in der Lage ist, unter den Patient:innen, diejenigen vorherzusagen, die wirklich einen Suizidversuch unternehmen (Nock et al., 2010). Dazu fähig waren nur Diagnosen, die von schwerer Angst und Agitation (Posttraumatische Belastungsstörung) sowie schwacher Impulskontrolle (Verhaltensstörungen, Substanzmissbrauch) geprägt sind (Nock et al., 2010).

Diese sehr individuellen Assoziationen zwischen bestimmten Diagnosen und speziellen Formen der suizidalen SITB könnten erklären, wieso es in unserer Studie nicht möglich war, signifikante Ergebnisse im Zusammenhang mit der generellen psychischen Belastung zu erzielen. Künftige Studien könnten sich damit auseinandersetzen, ob die speziellen Diagnosen, die als Prädiktor für die jeweiligen suizidalen SITB gelten, auch in Zusammenhang mit deren Veränderung über die Zeit stehen.

### **5.8.2 Nicht-suizidale SITB**

Auch für die nicht-suizidalen SITB sind wir davon ausgegangen, dass eine Verbesserung mit einem deutlich niedrigeren GSI bei T2 einhergehen würde als eine Verschlechterung.

Diese These beruht auf der Tatsache, dass frühere Analysen mit unserer Stichprobe gezeigt haben, dass der GSI-Wert ein signifikanter Prädiktor für die Emotionale Reaktivität ist (Kandsperger et al., 2022), welche wiederum mit der Aufrechterhaltung von NSSV im Zusammenhang zu stehen scheint (Kim und Hur, 2022). Die Emotionale Reaktivität beschreibt in welchem Ausmaß Emotionen erlebt werden, auf verschiedene Stimuli reagiert wird, in welcher Intensität reagiert wird und wie lange Erregungszustände anhalten (Nock et al., 2008).

Allerdings konnten wir keinerlei Zusammenhänge zwischen den nicht-suizidalen SITB und dem GSI-Wert feststellen. Im Gegensatz dazu konnte in früheren Studien gezeigt werden, dass der GSI-Wert ein Prädiktor für NSSV ist (Arcelus et al., 2016; Ruuska et al., 2005). Das heißt, je höher der GSI-Wert, desto wahrscheinlicher war das Auftreten von NSSV. Allerdings haben sich die dort ausgewählten Stichproben deutlich von unserer unterschieden. Während wir alle Jugendlichen mit SITB, die sich aufgrund einer akuten Krise in der Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt hatten, in unsere Studie einbezogen haben, haben sich diese Studien nur auf Jugendliche mit Essstörungen (Ruuska et al., 2005) bzw. transgender Jugendliche (Arcelus et al., 2016), die sich selbst verletzt haben, konzentriert.

Andere longitudinale Studien, die sich ebenfalls mit dem Zusammenhang zwischen der psychischen Belastung und NSSV beschäftigt hatten, konnten die psychische Belastung als Prädiktor für NSSV über sechs Monate (Guerry und Prinstein, 2010)

bzw. zwei Jahre (Baetens et al., 2014) identifizieren. Im Unterschied zu Guerry und Prinstein, (2010) beschäftigten wir uns allerdings im Zusammenhang mit der psychischen Belastung nicht speziell mit depressiven Symptomen, sondern mit der allgemeinen psychischen Belastung. Im Vergleich zu einer Studie von Baetens et al. (2014) ist anzumerken, dass dort zur Beurteilung der psychischen Belastung das Strengths and Difficulties Questionnaire genutzt wurde, welches die letzten sechs Monate einbezieht (Goodman, 2001). Der von uns verwendete SCL-90®-S-Fragebogen beschränkt sich hingegen ausschließlich auf die letzten sieben Tage (Franke, 2014). Darüber hinaus hatten wir einen deutlich kürzeren Zeitabstand zu den Follow-Up Terminen gewählt.

Da mehrfach nachgewiesen wurde, dass ein Zusammenhang zwischen hoher psychischer Belastung und NSSV besteht (Arcelus et al., 2016; Baetens et al., 2014; Guerry und Prinstein, 2010; Ruuska et al., 2005), stellt sich die Frage, wieso in unserer Studie keine Verknüpfung festgestellt werden konnte. Eine mögliche Ursache ist der für die psychische Belastung verwendete Fragebogen, da dieser nur Symptome der letzten sieben Tage abfragt (Franke, 2014). Nachdem sich unsere Studie mit Jugendlichen befasst, die sich aufgrund einer akuten Krise vorstellen, ist es naheliegend, dass bei T2 alle Jugendlichen einen relativ hohen GSI-Score erreichen und in der Akutsituation keine Differenzierung zwischen denen, die sich bis zu den Follow-Up Terminen verbessern und denen, die sich eher verschlechtern möglich ist. Wäre ein Fragebogen gewählt worden, der nicht die akute, sondern länger andauernde psychische Belastungen abgedeckt hätte, hätte gegebenenfalls auch in unserer Studie ein Zusammenhang festgestellt werden können. Dazu passend äußerten auch Guerry und Prinstein (2010) die These, dass vor allem bei den Jugendlichen, die psychischen Stress über einen längeren Zeitraum hinweg erfahren haben, NSSV deutlich langsamer abnimmt.

## **5.9 Zusammenhang zwischen der Motivation und der Veränderung nicht-suizidaler SITB**

Beide Motivationsscores, das heißt sowohl der Score der Handlungsabsicht als auch der Score der Selbsteffizienz, haben sich über die drei Erhebungszeitpunkte hinweg signifikant verändert. Während die *post-hoc* Tests für die Scores der Handlungsabsicht keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Terminen feststellen konnten, hat sich gezeigt, dass die Scores der Selbsteffizienz bei FU2 deutlich höher waren als bei T2. Ob diese steigende Motivation auf unser Notfallmanagement zurückzuführen ist, ist aufgrund des Studiendesigns ohne Kontrollgruppe leider nicht nachweisbar. Nichtsdestotrotz kann man sehr wohl prüfen, ob ein Zusammenhang zwischen der Motivation der Jugendlichen und dem Verlauf von NSSV bzw. der Gedanken daran besteht. So lässt sich auch herausfinden, ob es sinnvoll wäre, die Motivation als Therapietarget im Rahmen der Kurzzeitintervention zu integrieren.

Um den Zusammenhang zwischen der Motivation, NSSV zu beenden, und dem tatsächlichen Verlauf von NSSV bzw. der Gedanken daran näher zu beleuchten, werden im Folgenden die Handlungsabsicht und die Einschätzung der Selbsteffizienz genauer betrachtet.

### **5.9.1 Handlungsabsicht**

Wenn es darum geht, ob eine Person ein bestimmtes Verhaltensmuster in Zukunft ändern wird oder nicht, spielt dabei der Wille dieser Person eine enorm wichtige Rolle (Norcross et al., 2011; Prochaska und Diclemente, 1983). Auch wenn es nur wenige Studien gibt, die sich damit im Zusammenhang mit NSSV beschäftigt haben, so gibt es dennoch Hinweise darauf, dass der Wille, sich zu verändern, auch bei NSSV ausschlaggebend ist. Hamza und Willoughby (2014) konnten beispielsweise anhand einer Studie mit Studenten zeigen, dass diejenigen, die über den Zeitraum von einem Jahr aufgehört haben sich selbst zu verletzen, einen deutlich stärkeren Willen hatten, das selbstverletzende Verhalten zu beenden, als diejenigen, die damit weitergemacht haben.

Die Resultate unserer Studie stimmen jedoch nur teilweise damit überein. Während wir zwar keine Zusammenhänge zwischen der Veränderung von NSSV und der

anfänglichen Handlungsabsicht feststellen konnten, zeigten sich signifikante Ergebnisse für die Veränderung der Gedanken an NSSV. Auch wenn die *post-hoc* Tests keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen nachweisen konnten, ist anzumerken, dass das Signifikanzniveau für den Unterschied im Score der Handlungsabsicht zwischen den Gruppen Verschlechterung und Verbesserung der Gedanken an NSSV knapp verpasst wurde. Deskriptiv hatten diejenigen, bei denen die Gedanken bis FU1 abgenommen hatten, zu T2 eine deutlich stärkere Handlungsabsicht als die, bei denen die Gedanken zugenommen hatten. Dass es keine signifikanten Zusammenhänge für den Zeitraum T2 bis FU2 gibt, könnte auf die zu geringe Stichprobengröße zurückzuführen sein.

Die Tatsache, dass nur die Veränderung der Gedanken an NSSV, nicht aber die Veränderung von NSSV selbst mit der Handlungsabsicht im Zusammenhang steht, ähnelt den Ergebnissen zum Nutzen des Sicherheitsplans. So sollte man sich auch hier überlegen, ob die Stärke der Handlungsabsicht nicht eher ein Faktor ist, der nur an der Aufrechterhaltung der Gedanken an NSSV beteiligt ist und weniger einer, der auch auf den Prozess der Umsetzung dieser Gedanken Einfluss nimmt.

Dagegen spricht allerdings, dass Hamza und Willoughby (2014) durchaus einen Zusammenhang mit der Beendigung von NSSV nachweisen konnten. Im Vergleich zu unserer Studie wurde jedoch ein deutlich längerer Zeitabstand von einem Jahr gewählt. Daher wäre es möglich, dass die Follow-Up Intervalle von vier bzw. acht Wochen zu kurz waren, um einen Effekt für NSSV zu erzielen. Sollte dies der Fall sein, sollte geprüft werden, ob sich die Handlungsabsicht nicht eher im Rahmen längerfristiger Maßnahmen und weniger für Interventionen in Akutsituationen als Therapieziel eignet.

### **5.9.2 Selbsteffizienz**

Laut Nocks (2009) *integrativem theoretischem Modell zur Entstehung von NSSV* gibt es Risikofaktoren, wie eine genetische Prädisposition oder Kindesmissbrauch, die zur Entwicklung intra- und interpersoneller Vulnerabilitätsfaktoren führen. Diese wiederum erschweren es der betroffenen Person in einer herausfordernden oder stressreichen Situation adäquat zu reagieren (Nock, 2010). Kommen weitere NSSV-spezifische Vulnerabilitätsfaktoren (wie soziales Lernen) hinzu, ist es wahrscheinlich, dass

Selbstverletzung als effektivste Strategie gewählt wird, um die entsprechende Situation zu bewältigen (Nock, 2010).

Interpersonelle Faktoren sind dabei vor allem ausschlaggebend für den Beginn von NSSV (Hilt et al., 2008; Muehlenkamp et al., 2013), während intrapersonelle Faktoren eher an der Aufrechterhaltung des Verhaltens beteiligt sind (Klonsky, 2009; Muehlenkamp et al., 2013). Da Selbsteffizienz den intrapersonellen Faktoren zugeordnet werden kann, war es für uns von Interesse, ob diese im Zusammenhang mit der Veränderung des selbstverletzenden Verhaltens steht.

Viele verschiedene empirische Studien konnten zeigen, dass ein starker Glaube an die eigene Selbsteffizienz ein Faktor ist, der vor einer Reihe an indirekt selbstverletzenden Verhaltensweisen, wie schädlichem Alkoholkonsum, schützt (Bandura, 1986; Rutter, 1987). Allerdings haben sich nur wenige Studien mit der Beziehung zwischen Selbsteffizienz und NSSV befasst. Was bisher festgestellt worden ist, ist die Tatsache, dass diejenigen, die sich selbst verletzen, die eigene Selbsteffizienz grundsätzlich geringer einschätzen (Nock und Mendes, 2008). Außerdem scheint mangelnde Selbsteffizienz auch ein Prädiktor für den Start von NSSV zu sein (Tatnell et al., 2014). Darüber hinaus haben Kiekens et al. (2020) festgestellt, dass eine niedrige Selbsteffizienz, NSSV in den folgenden zwei Wochen zu widerstehen, vorhersagen konnte, wer sich in diesem Zeitraum selbst verletzt hat.

Aus diesem Grund sind wir davon ausgegangen, dass diejenigen, die sich bezüglich ihres selbstverletzenden Verhaltens verbessert haben, ihre Selbsteffizienz, NSSV zu widerstehen, deutlich höher eingeschätzt hatten als diejenigen, die sich verschlechtert haben.

Allerdings konnten wir in unserer Studie keinen Zusammenhang zwischen der Selbsteffizienz und NSSV bzw. den Gedanken an NSSV feststellen. Ein entscheidender Unterschied zur Studie von Kiekens et al. (2020) ist, dass dort konkret gefragt wurde, wie die Studienteilnehmer:innen ihre Selbsteffizienz, NSSV zu widerstehen, für die nächsten zwei Wochen einschätzten und anschließend auch genau für diesen Zeitraum geprüft wurde, wer sich selbst verletzte. In unserem Fragebogen zur Selbsteffizienz haben wir keinen spezifischen Zeitraum eruiert, sondern lediglich eine generelle Einschätzung ihres künftigen Verhaltens abgefragt.

Hätte man explizit nach den Zeitintervallen bis zu den nächsten Terminen gefragt, hätten gegebenenfalls auch hier signifikante Ergebnisse erzielt werden können.

Weitere Studien, die den Zusammenhang zwischen der Aufrechterhaltung von NSSV und der Selbsteffizienz untersuchen, wären sehr sinnvoll, da die Ergebnisse von Kiekens et al. (2020) darauf hindeuten, dass die Stärkung der Selbsteffizienz zumindest in einem kurzen Zeitraum dazu beitragen könnte, dass die betroffenen Jugendlichen in akuten Krisensituationen nicht mehr auf NSSV zurückgreifen. Könnten diese Ergebnisse reproduziert werden, wäre die Stärkung der Selbsteffizienz sicherlich ein wichtiges Therapieziel für kurzfristige Interventionen. Auch im Rahmen eines Notfallmanagements wäre dies von Interesse.

## 5.10 Limitationen

Die Studie weist verschiedene Limitationen auf, die im Folgenden genauer erläutert werden.

Zuerst sollte erwähnt werden, dass das Notfallprocedere von vier verschiedenen Ärzt:innen durchgeführt wurde und die Follow-Up Termine von drei verschiedenen Doktorand:innen bzw. Forschungsmitarbeiter:innen absolviert wurden. Diese wurden zwar alle umfangreich instruiert und geschult, dennoch wurde darauf verzichtet, die Interraterreliabilität zu berechnen.

Darüber hinaus basierte die Beurteilung der Symptomatik der Jugendlichen zu einem Großteil auf Selbstbeurteilungsfragebögen, weshalb eine Verzerrung (Bias) der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden kann. Allerdings wurde bei den verwendeten Fragebögen stets auf eine hohe interne Konsistenz sowie umfassende Validierung geachtet. Des Weiteren gab es bei den Angaben zur Anzahl an SITB-Episoden eine sehr große Spannweite, die wohl darauf zurückzuführen ist, dass die Patient:innen hier mit konkreten Zahlenwerten antworten mussten. Jedoch ist es im klinischen Kontext extrem schwierig einen Weg zu finden, die Häufigkeiten der SITB objektiv einzuschätzen.

Außerdem war die Studie durch die relativ kurzen Zeitabstände der Follow-Up Termine limitiert. Für künftige Studien wäre es, vor allem im Hinblick auf die Veränderung von NSSV, sicherlich interessant, längere Intervalle zu wählen. Die Patient:innen hätten somit mehr Zeit, sich zu verbessern und eine signifikante Veränderung könnte gegebenenfalls beobachtet werden. Auch hinsichtlich des Sicherheitsplans hätten sich bei längeren Intervallen wahrscheinlich mehr Jugendliche konkreter bezüglich des Nutzens positioniert, da viele angegeben hatten, bis zu den Follow-Up Terminen keine kritischen Situationen erlebt zu haben. Die Zeitabstände wurden in unserer Studie jedoch bewusst so gewählt, da man die initiale Motivation der Jugendlichen, an Terminen teilzunehmen, nutzen wollte, damit möglichst viele die Follow-Up Termine wahrnehmen. Zudem wollte man die Patient:innen durch die Follow-Up Untersuchungen an die verschiedenen Empfehlungen aus T3 erinnern, um so deren Compliance zu steigern.

Eine weitere Limitation liegt in den Ausschlusskriterien des Notfallmanagements. Patient:innen mit bereits vorhandenerer umfangreicher ambulanter Anbindung und Patient:innen, die einen längeren stationären Aufenthalt in Anspruch nehmen mussten, wurden ausgeschlossen. Daher kann man nicht davon ausgehen, dass die Stichprobe alle Jugendlichen repräsentiert, die aufgrund von SITB die Klinik notfallmäßig aufsuchen. Hätte man diese Patientengruppen miteinbezogen, hätte man insgesamt wohl mehr Psychopathologien und eine stärkere psychische Belastung feststellen können. Daher wären unsere Ergebnisse in erster Linie für ambulante Patient:innen zu generalisieren, die keine stationäre Langzeittherapie benötigen, aber dennoch einen hohen Bedarf an ambulanter Behandlung haben.

Außerdem ist eine wichtige Limitation das Fehlen einer Kontrollgruppe. Zwar konnten wir eine signifikante Veränderung der suizidalen SITB bestätigen, jedoch lässt das Studiendesign es nicht zu, diese Verbesserung kausal auf das neue Notfallmanagement zurückzuführen. Um eine Überlegenheit des Procederes gegenüber dem vorherigem Standard zu belegen, müsste eine randomisierte kontrollierte Studie durchgeführt werden.

Abschließend ist nicht außer Acht zu lassen, dass einige Follow-Up Termine telefonisch stattgefunden haben. Dies lag vor allem an weiten Entfernungen zum Wohnort der Patient:innen, aber auch an den Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Covid-19 Pandemie.

## 5.11 Stärken

Neben diesen Limitationen gibt es jedoch auch einige Stärken, die unsere Studie auszeichnen.

Eine herausragende Stärke war die beachtliche Stichprobengröße an Jugendlichen, die bereit waren am standardisierten Notfallprocedere und auch an den beiden Follow-Up Terminen teilzunehmen. Von den anfänglich 104 Patient:innen haben sich 75% zur Teilnahme an der Studie entschieden. Dies ist nicht selbstverständlich, da bekannt ist, dass es sich bei Jugendlichen mit SITB um eine schwer für eine ambulante Anbindung zu motivierende Patientenklientel handelt (Ougrin und Latif, 2011; Spirito et al., 2011). Da die Hürde, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, groß zu sein scheint (Doyle et al., 2015; Fortune und Hawton, 2007), sollte man den Jugendlichen, sobald sie sich notfallmäßig vorstellen, Behandlungsmöglichkeiten anbieten. Durch unser standardisiertes ambulantes Notfallmanagement konnten die Jugendlichen so schnell wie möglich eine Diagnostik und Behandlung starten, um so die Wahrscheinlichkeit für eine Chronifizierung und weitere Notfallvorstellungen zu reduzieren.

Darüber hinaus erfolgte eine umfassende standardisierte Diagnostik, die unter anderem klinische Goldstandards für die psychiatrische Beurteilung, insbesondere die strukturierten Interviews M.I.N.I. KID und SITBI, beinhaltet. Die Diagnostik wurde bei T2 durch hervorragend ausgebildete Ärzte durchgeführt, die die Diagnosen sowie Empfehlungen immer in Zusammenarbeit mit Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie erarbeitet haben.

Eine besondere Stärke unserer Studie lag auch in ihrem longitudinalen Design, welches ermöglichte zu beobachten, wie sich die SITB der Patient:innen über die Zeit veränderten. Hier konnten wir trotz der kurzen Zeitabstände zwischen den Terminen eine Abnahme der suizidalen SITB beobachten. Darüber hinaus wurde untersucht, inwieweit verschiedene Faktoren mit der Veränderung der einzelnen SITB in Zusammenhang stehen.

Dabei wurde festgestellt, dass der Sicherheitsplan, eine positive Familienanamnese für SITB und auch die Stärke der Handlungsabsicht von besonderer Relevanz sind. Dazu gab es bis jetzt noch keine vergleichbaren Studien. Bisher hatte man sich eher

damit beschäftigt, welche Variablen mit einer kompletten Remission einhergingen oder als Prädiktor für die jeweiligen SITB gelten können.

Unsere Studie kann somit erste Hinweise liefern, auf welche Punkte in der Diagnostik ein Fokus gelegt werden sollte, um zu erkennen, welche Patient:innen intensivere Unterstützung benötigen. Außerdem können unsere Ergebnisse die Entwicklung von Strategien initiieren, die sich damit befassen, auf welche Aspekte im Rahmen einer Kurzzeitintervention für Jugendliche genauer eingegangen werden sollte, um eine Verbesserung der SITB zu begünstigen. Generell wurden einige Faktoren wie die Handlungsabsicht, NSSV zu beenden, oder auch der Sicherheitsplan als alleinige Intervention untersucht, die im Zusammenhang mit Jugendlichen, die unter SITB, leiden, bisher nur selten im Fokus der Forschung standen.

## **5.12 Forschungsansätze für künftige Studien**

Unsere Ergebnisse können Anstöße für künftige Studien liefern. Besonders interessant wäre weitere Forschung, die sich damit befasst, ob es sich bei der Entstehung von Gedanken an NSSV und der Umsetzung dieser Gedanken um verschiedene Prozesse mit unterschiedlichen Einflussfaktoren handelt. Diese Erkenntnis würde dabei helfen, die Ergebnisse unserer Studie genauer einzuordnen, da wir sowohl für den Nutzen des Sicherheitsplans als auch für die Handlungsabsicht nur einen Zusammenhang mit den Gedanken an NSSV, nicht aber NSSV an sich nachweisen konnten.

Des Weiteren wäre es vor allem in Bezug auf die Kurzzeitintervention sinnvoll, erneut den Zusammenhang zwischen der Selbsteffizienz und der Veränderung der SITB zu untersuchen. Jedoch sollte man klar definierte Zeiträume, auf die sich die Selbsteffizienz, NSSV zu unterlassen, bezieht, untersuchen. Sollte eine hohe Selbsteffizienz mit einer Verbesserung des selbstverletzenden Verhaltens einhergehen, wäre die Stärkung der Selbsteffizienz sowohl für kurzfristige Interventionen generell als auch im Rahmen des Notfallmanagements sicherlich ein wichtiges Therapieziel. Grundsätzlich bedarf es dringend weiterer Studien, die sich damit auseinandersetzen, wie Sicherheitspläne und auch andere alternative Interventionen für Notfallsituationen aufgebaut sein sollten, damit sie Jugendlichen, die unter SITB leiden, nachhaltig helfen können.

Darüber hinaus hatten wir festgestellt, dass kein Zusammenhang zwischen der allgemeinen psychischen Belastung und der Veränderung der SITB besteht. Hier wäre es interessant herauszufinden, inwiefern es für die Veränderung der SITB relevant ist, ob es sich um eine akute oder eine länger andauernde psychische Belastung handelt. Außerdem wäre es spannend zu untersuchen, ob ein Zusammenhang mit spezifischen Diagnosen nachgewiesen werden kann.

Zudem hatten wir für die Fragestellung, welchen Einfluss das Umfeld auf die Veränderung der SITB nimmt, suizidales und selbstverletzendes Verhalten in der Familie und im Freundeskreis jeweils zusammengefasst. Diesbezüglich wäre es in einer deutlich größeren Stichprobe sicherlich informativ, die Auswirkungen beider Verhaltensweisen getrennt voneinander zu beobachten. Insgesamt sollten sich weitere Studien damit befassen, wie die Veränderung von SITB beeinflusst wird, da

so ausschlaggebende Informationen, nicht nur für die Entwicklung von Therapiekonzepten, sondern auch für die Identifikation besonderer Risikogruppen, gewonnen werden könnten.

## 6 Zusammenfassung

Selbstverletzende und suizidale Gedanken und Verhaltensweisen sind sowohl in der Adoleszenz als auch im jungen Erwachsenenalter ein häufiges Phänomen. Da sie das Leben von Jugendlichen stark beeinträchtigen können, ist es wichtig, die Hintergründe genau zu erforschen. Frühere Studien hatten sich vor allem damit beschäftigt, welche Umstände dazu führen, dass die verschiedenen SITB entstehen. Nur wenige Studien hatten sich mit der konkreten Veränderung der einzelnen SITB über die Zeit beschäftigt. Aus diesem Grund wollten wir uns in dieser Studie darauf fokussieren, herauszufinden, welche Faktoren mit einer Verbesserung bzw. Verschlechterung der einzelnen SITB im Zusammenhang stehen. Neben der longitudinalen Beobachtung der SITB und deren Einflussfaktoren, stellte das Management von Jugendlichen, die sich wegen SITB notfallmäßig vorstellen, einen zentralen Punkt dieser Arbeit dar. Dieses Management ist zwar herausfordernd, bietet aber gleichzeitig die Möglichkeit, mit den Jugendlichen kurzfristige Interventionen wie einen Sicherheitsplan für erneute Krisensituationen zu erarbeiten und sie für eine langfristige Behandlung zu gewinnen.

104 Jugendliche im Alter zwischen 11 und 18 Jahren durchliefen unser standardisiertes Procedere (T1-3), nachdem sie sich aufgrund von SITB notfallmäßig in der Institutsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorgestellt hatten. Dieses Notfallmanagement beinhaltete eine ausführliche Diagnostik (inkl. SITBI, M.I.N.I. KID, SCL-90-S), Behandlungsempfehlungen und die Erstellung eines Sicherheitsplans. Daran schlossen sich zwei katamnestische Follow-Up Untersuchungen an, sodass die Veränderung der SITB und verschiedener Indikatoren für das allgemeine Funktionsniveau (GAF), den Schweregrad der psychischen Erkrankung (CGI-S) und die generelle psychische Belastung (GSI) untersucht werden konnten. Außerdem konnte überprüft werden, wie sich verschiedene Faktoren (Nutzen des Sicherheitsplans, Motivation, generelle psychische Belastung, suizidales/selbstverletzendes Verhalten im Umfeld) auf die Veränderung der SITB auswirken.

Es ist erfreulich, dass nach unserem Notfallmanagement suizidale SITB abgenommen haben und sich auch der GSI, GAF und CGI-S verbessert haben. Diese Erfolge lassen

sich aufgrund der fehlenden Kontrollgruppe jedoch nicht direkt mit unserem Notfallmanagement in Zusammenhang bringen.

Des Weiteren konnten wir einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Veränderung der Suizidgedanken (T2 auf FU1) und dem Faktor „Selbstverletzung bzw. Suizidversuche im familiären Umfeld“ feststellen. Dieses Ergebnis könnte darauf hindeuten, dass es Patient:innen, die Selbstverletzung in der Familie erlebt haben, besonders schwerfällt, an ihrem suizidalen Verhalten zu arbeiten. Daher sollte diese Patientengruppe intensivere Unterstützung erhalten. Für Selbstverletzung bzw. Suizidversuche in der Peergruppe, die Selbsteffizienz, NSSV zu beenden, und auch den GSI gab es keine signifikanten Zusammenhänge mit der Veränderung der SITB. Es steht außer Frage, dass noch deutlich mehr Studien nötig sind, die sich damit auseinandersetzen, welche Faktoren eine Verbesserung bzw. Verschlechterung der SITB begünstigen. So können Risikogruppen identifiziert werden und spezifische Ansätze zur Unterstützung von betroffenen Jugendlichen erarbeitet werden.

Darüber hinaus haben wir die Jugendlichen in den Follow-Up Terminen danach gefragt, ob ihnen der Sicherheitsplan, der als kurzfristige Intervention erarbeitet wurde, von Nutzen war. Wir konnten feststellen, dass zwischen der Veränderung der Gedanken an NSSV (T2 bis FU1) und dem subjektiven Nutzen des Sicherheitsplans ein signifikanter Zusammenhang bestand. Hier konnte nachgewiesen werden, dass sich diejenigen, die den Plan als hilfreich empfanden, seltener in ihren Gedanken an NSSV verschlechtert hatten. Da es so scheint, als könne die Verwendung eines Sicherheitsplans durchaus einen positiven Effekt haben, ist es nötig, den Plan noch weiter an die Bedürfnisse der Jugendlichen anzupassen, damit dieser auch von ihnen genutzt wird. Das könnte zum Beispiel durch die Stärkung der Motivation und des Selbstvertrauens, durch Rollenspiele und durch eine noch stärkere Einbindung der Jugendlichen in die Planerstellung erreicht werden.

Nachdem wir auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Veränderung der Gedanken an NSSV (T2 bis FU1) und der Handlungsabsicht, NSSV zu beenden, beobachtet haben, könnte es von Vorteil sein, die Stärkung dieser Handlungsabsicht in die Erarbeitung des Sicherheitsplans einfließen zu lassen. Davor sollte jedoch noch kritisch hinterfragt werden, ob Faktoren, die die Gedanken an NSSV beeinflussen, auch für die Veränderung von NSSV direkt eine Rolle spielen und die

Handlungsabsicht im Rahmen kurzfristiger Interventionen überhaupt ein sinnvolles Therapieziel ist.

Generell ist es dringend nötig, weitere Studien durchzuführen, die sich mit Sicherheitsplänen für Jugendliche beschäftigen, um herauszufinden, welche Komponenten sie beinhalten müssen, um Jugendlichen mit SITB effektiv helfen zu können.

## 7 Anhang

### 7.1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Veranschaulichung interpersoneller und intrapersoneller Verstärker .....	14
Tabelle 2 Soziodemographische Charakteristika .....	44
Tabelle 3 Verteilung der Diagnosen nach ICD-10 Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) bei T2 .....	45
Tabelle 4 Evaluation der Empfehlungen .....	47
Tabelle 5 Charakterisierung der suizidalen SITB .....	50
Tabelle 6 Häufigste Methoden bei Suizidversuchen-Mädchen .....	52
Tabelle 7 Häufigste Methoden bei Suizidversuchen - Jungen .....	52
Tabelle 8 Charakterisierung der nicht-suizidalen SITB .....	53
Tabelle 9 Zusammenhang zwischen dem Nutzen des Sicherheitsplans und der Veränderung der Gedanken an NSSV .....	60

### 7.2 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Schematische Darstellung der <i>Interpersonalen Theorie des suizidalen Verhaltens</i> .....	11
Abbildung 2 <i>Integratives theoretisches Modell der Entstehung von NSSV</i> .....	12
Abbildung 3 Schematische Darstellung des Ablaufs des standardisierten Notfallmanagements .....	29
Abbildung 4 Schematische Darstellung des standardisierten Notfallmanagements und der Follow-Up Untersuchungen .....	35
Abbildung 5 Altersverteilung zum Zeitpunkt T2 .....	43
Abbildung 6 Subjektive Einschätzung der Patient:innen bezüglich der Veränderung ihrer Probleme seit T2 .....	48
Abbildung 7 Veränderung von Suizidgedanken, Suizidplänen und Suizidversuchen über die drei Messzeitpunkte .....	56
Abbildung 8 Veränderung des GAF und CGI-S von T2 auf FU2 .....	57
Abbildung 9 Subjektive Einschätzung des Nutzens des Sicherheitsplans .....	59
Abbildung 10 Positive Anamnese für Selbstverletzung und Suizidversuche im familiären Umfeld und in der Peergruppe .....	62
Abbildung 11 Veränderung des GSI-Scores im Verlauf der drei Termine .....	64
Abbildung 12 Vergleich der GSI-Werte zwischen Mädchen und Jungen .....	65
Abbildung 13 Vergleich der Scores der Handlungsabsicht .....	67

## 7.3 Sicherheitsplan

### Sicherheitsplan Bedienungsanleitung

#### **Schritt 1: Warnzeichen einer Krisensituation**

Was sind Gedanken, Vorstellungen, Stimmungen, Situationen, Verhaltensweisen etc., die zeigen, dass sich gerade eine Krisensituation entwickelt oder dass es dir nicht gut geht? Versuche 3 Punkte zu finden. Dir fallen nur 2 Punkte ein? Kein Problem! Beantworte erst einmal die anderen Fragen und komme dann wieder zu diesem Schritt zurück.

#### **Schritt 2: Aktivitäten, die ich selbst machen kann, um an andere Dinge zu denken**

Was sind 3 Aktivitäten, die du selbst machen kannst, um dich abzulenken ohne dabei mit jemand anderem zu reden. Wenn du wieder nur 2 Punkte findest, kommen wir später hierher zurück und versuchen, dass uns noch ein dritter Punkt einfällt.

#### **Schritt 3: Orte und Personen, die mich ablenken**

Du versuchst weiterhin mit dieser Krisensituation allein zurechtzukommen? Überlege dir mindestens 2 Personen, die du anrufen kannst oder versuche 2 Orte zu finden, wo eine Person hingehen kann, ohne jetzt schon nach Hilfe zu fragen; dies dient dazu, dass du dich ablenken kannst, damit die Krise nicht schlimmer wird und sich die Situation wieder bessert. Schreibe die Namen auf (oder so wie die jeweilige Person nennst; du würdest „Mama“ statt z.B. „Connie“ für deine Mutter schreiben), die Beziehung zu dir (Freundin, Vater, Schwester...) und die Telefonnummer, damit du alles immer zur Hand hast.

#### **Meine Stärken, die mir helfen, schwierige Situationen zu bewältigen**

Was sind Dinge, die dir bisher aus schwierigen Zeiten herausgeholfen haben? Was sind Dinge, die du an dir magst? Was sind Dinge, die dir in der Vergangenheit geholfen haben, Krisensituationen zu bewältigen.

#### **Schritt 4: Personen, die ich um Hilfe bitten kann**

Nun hast du einige Hilfsmittel, mit denen du das Gefühl, in einer Krise zu stecken, abschütteln kannst. Jetzt ist der Zeitpunkt gekommen, an dem du um Hilfe bittest. Wer ist die erste Person, die du anrufen würdest, damit sie dir aus der Krisensituation heraushilft? Wer könnte dir noch helfen? Schreibe dir deren Nummern auf, falls du sie einmal anrufen musst.

#### **Schritt 5: Möglichkeiten, wie mich andere Personen unterstützen können**

Was sind die Dinge, die dir helfen, ein sicheres Umfeld zu schaffen? Was können deine Bezugspersonen tun, um dir zu helfen? Hast du irgendwelche Waffen oder Gegenstände zu Hause, mit denen du dich verletzen könntest? Wie sieht es mit Seilen oder Stricken aus? Mit Medizin etc.? Ist es möglich, diese zu entfernen? Können dir deine Bezugspersonen dabei helfen? Gibt es jemanden, der dir nur die täglich benötigte Dosis an Medikamenten aushändigen kann?

#### **Schritt 6: Sehr wichtige Telefonnummern**

Dies sind einige wichtige Telefonnummern, die du im Falle eines Notfalles anrufen kannst. Wenn du das Gefühl hast, die Kontrolle über die Situation verloren zu haben, dann rufe unter 112 an. Außerdem sind hier noch weitere Nummern. Was denkst da darüber?

Safety Plan – angelehnt an die Originalarbeit von Barbara Stanley und Gregory K. Brown (2008)

# Dein Sicherheitsplan

Datum: \_\_\_\_\_

## Schritt 1: Warnzeichen einer Krisensituation

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## Schritt 2: Aktivitäten, die ich selbst machen kann, um an andere Dinge zu denken

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## Schritt 5: Möglichkeiten, wie mich andere Personen unterstützen können

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## Schritt 6: Sehr wichtige Telefonnummern

1. Notruf: 112
2. Telefonseelsorge:  
0800-1110111; 0800-1110222
3. Telefonseelsorge für Kinder und Jugendliche: 0800-1110333

## Meine Stärken, die mir helfen, schwierige Situationen zu bewältigen

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

## Schritt 4: Personen, die ich um Hilfe bitten kann

1. \_\_\_\_\_  
Beziehung: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Beziehung: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
Beziehung: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

## Schritt 3: Orte und Personen, die mich ablenken

Personen, zu denen ich gehen kann:

1. \_\_\_\_\_  
Beziehung: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
Beziehung: \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Orte, zu denen ich gehen kann:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_

## 8 Literaturverzeichnis

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5): Bd. 5th Edition*. American Psychiatric Publishing.
- Anestis, M. D., Khazem, L. R. und Law, K. C. (2015). How Many Times and How Many Ways: The Impact of Number of Nonsuicidal Self-Injury Methods on the Relationship Between Nonsuicidal Self-Injury Frequency and Suicidal Behavior. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 164–177. <https://doi.org/10.1111/sltb.12120>
- Arcelus, J., Claes, L., Witcomb, G. L., Marshall, E. und Bouman, W. P. (2016). Risk Factors for Non-Suicidal Self-Injury Among Trans Youth. *The Journal of Sexual Medicine*, 13(3), 402–412. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.003>
- Armitage, C. J. (2008). A volitional help sheet to encourage smoking cessation: A randomized exploratory trial. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 27 5, 557–566.
- Armitage, C. J., Rahim, W. A., Rowe, R. und 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., Claes, L., Onghena, P., Grietens, H., Van Leeuwen, K., Pieters, C., Wiersema, J. R. und Griffith, J. W. (2014). Non-suicidal self-injury in adolescence: A longitudinal study of the relationship between NSSI, psychological distress and perceived parenting. *Journal of Adolescence*, 37(6), 817–826. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.05.010>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. (S. xiii, 617). Prentice-Hall, Inc.
- Barbour, L., Correa, N. und Sallee, E. (2021). Non-Suicidal Self-Injury (NSSI): What School Counselors Need to Know to Support Their Students. *Journal of School Counseling*, 19(32). <https://eric.ed.gov/?id=EJ1325670>
- Bateman, A. und Fonagy, P. (2008). 8-Year Follow-Up of Patients Treated for Borderline Personality Disorder: Mentalization-Based Treatment Versus Treatment as Usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631–638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>

- Bearman, P. S. und Moody, J. (2004). Suicide and Friendships Among American Adolescents. *American Journal of Public Health*, 94(1), 89–95. <https://doi.org/10.2105/AJPH.94.1.89>
- Beckman, K., Mittendorfer-Rutz, E., Lichtenstein, P., Larsson, H., Almqvist, C., Runeson, B. und Dahlin, M. (2016). Mental illness and suicide after self-harm among young adults: Long-term follow-up of self-harm patients, admitted to hospital care, in a national cohort. *Psychological Medicine*, 46(16), 3397–3405. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S0033291716002282>
- Brent, D. A. und Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, 133C(1), 13–24. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042>
- Brookman-Frazer, L., Haine, R. A., Gabayan, E. N. und Garland, A. F. (2008). Predicting Frequency of Treatment Visits in Community-Based Youth Psychotherapy. *Psychological Services*, 5(2), 126–138. PubMed. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.2.126>
- Brown, A., Rice, S. M., Rickwood, D. J. und Parker, A. G. (2016). Systematic review of barriers and facilitators to accessing and engaging with mental health care among at-risk young people. *Asia-Pacific Psychiatry*, 8(1), 3–22. <https://doi.org/10.1111/appy.12199>
- Brown, G. K., Ten Have, T., Henriques, G. R., Xie, S. X., Hollander, J. E. und Beck, A. T. (2005). Cognitive Therapy for the Prevention of Suicide Attempts: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 294(5), 563. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.563>
- 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. und Resch, F. (2007). Prevalence and Psychological Correlates of Occasional and Repetitive Deliberate Self-harm in Adolescents. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 161(7), 641–649. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.641>
- Brunner, R. und 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>

- Bryan, C. J., May, A. M., Rozek, D. C., Williams, S. R., Clemans, T. A., Mintz, J., Leeson, B. und Burch, T. S. (2018). Use of crisis management interventions among suicidal patients: Results of a randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 35(7), 619–628. <https://doi.org/10.1002/da.22753>
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R., Maney, E. und Rudd, M. D. (2017). Effect of crisis response planning vs. Contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.028>
- Buckmaster, R., McNulty, M. und Guerin, S. (2019). Family factors associated with self-harm in adults: A systematic review. *Journal of Family Therapy*, 41(4), 537–558. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12232>
- Busner, J. und Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont (Pa.: Township))*, 4(7), 28–37.
- Carballo, J. J., Llorente, C., Kehrmann, L., Flamarique, I., Zuddas, A., Purper-Ouakil, D., Hoekstra, P. J., Coghill, D., Schulze, U. M. E., Dittmann, R. W., Buitelaar, J. K., Castro-Fornieles, J., Lievesley, K., Santosh, P. und Arango, C. (2020). Psychosocial risk factors for suicidality in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 29(6), 759–776. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-01270-9>
- Cooper, J., Kapur, N., Psych, M. R. C., Webb, R., Guthrie, E. und Mackway-Jones, K. (2005). Suicide After Deliberate Self-Harm: A 4-Year Cohort Study. *Am J Psychiatry*, 7.
- Cottrell, D. J., Wright-Hughes, A., Collinson, M., Boston, P., Eisler, I., Fortune, S., Graham, E. H., Green, J., House, A. O., Kerfoot, M., Owens, D. W., Saloniki, E.-C., Simic, M., Lambert, F., Rothwell, J., Tubeuf, S. und Farrin, A. J. (2018). Effectiveness of systemic family therapy versus treatment as usual for young people after self-harm: A pragmatic, phase 3, multicentre, randomised controlled trial. *The Lancet. Psychiatry*, 5(3), 203–216. PubMed. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30058-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30058-0)
- Cottrell, D. J., Wright-Hughes, A., Eisler, I., Fortune, S., Green, J., House, A. O., Kerfoot, M., Owens, D. W., Simic, M., McLellan, V., Tubeuf, S. und Farrin, A. J. (2020). Longer-term effectiveness of systemic family therapy compared with treatment as usual for young people after self-harm: An extended follow up of pragmatic randomised controlled trial. *EClinicalMedicine*, 18, 100246. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2019.100246>

- Crepeau-Hobson, M. F. und Leech, N. L. (2014). The Impact of Exposure to Peer Suicidal Self-Directed Violence on Youth Suicidal Behavior: A Critical Review of the Literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 58–77. <https://doi.org/10.1111/sltb.12055>
- Czyz, E. K., Horwitz, A. G., Arango, A., Cole-Lewis, Y., Berona, J. und King, C. A. (2016). Coping with suicidal urges among youth seen in a psychiatric emergency department. *Psychiatry Research*, 241, 175–181. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.118>
- Czyz, E. K., King, C. A. und Biermann, B. J. (2019). Motivational Interviewing-Enhanced Safety Planning for Adolescents at High Suicide Risk: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 48(2), 250–262. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1496442>
- Deliberto, T. L. und Nock, M. K. (2008). An Exploratory Study of Correlates, Onset, and Offset of Non-Suicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 12(3), 219–231. <https://doi.org/10.1080/13811110802101096>
- Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R.* (1989). Beltz.
- Doyle, L., Treacy, M. P. und Sheridan, A. (2015). Self-harm in young people: Prevalence, associated factors, and help-seeking in school-going adolescents. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 485–494. <https://doi.org/10.1111/inm.12144>
- Drapeau, C. W. (2019). Establishing a research agenda for child and adolescent safety planning. *Children's Health Care*, 48(4), 428–443. <https://doi.org/10.1080/02739615.2019.1630281>
- Esposito, C., Bacchini, D. und Affuso, G. (2019). Adolescent non-suicidal self-injury and its relationships with school bullying and peer rejection. *Psychiatry Research*, 274, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.018>
- Ferguson, M., Rhodes, K., Loughhead, M., McIntyre, H. und Procter, N. (2022). The Effectiveness of the Safety Planning Intervention for Adults Experiencing Suicide-Related Distress: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 26(3), 1022–1045. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1915217>
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. und Beautrais, A. L. (2005). Suicidal behaviour in adolescence and subsequent mental health outcomes in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35(7), 983–993. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S0033291704004167>

- First, M. B., Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. und Wittchen H. U. (1997). *SKID-II: strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV: Achse II: Persönlichkeitsstörungen: Interviewheft*. Hogrefe Verlag.
- Fischer, G., Ameis, N., Parzer, P., Plener, P., Groschwitz, R., Vonderlin, E., Kölch, M., Brunner, R. und 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, 265. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0265-0>
- Fitzpatrick, S., Kranzler, A., Fehling, K., Lindqvist, J. und Selby, E. A. (2020). Investigating the role of the intensity and duration of self-injury thoughts in self-injury with ecological momentary assessment. *Psychiatry Research*, 284, 112761. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112761>
- Fortune, S. A. und Hawton, K. (2007). Suicide and deliberate self-harm in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 17(11), 443–447. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2007.09.001>
- Franke, G. H. (2014). *SCL-90®-S. Symptom-Checkliste-90®-Standard - Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Franzen, M., Keller, F., Brown, R. C. und Plener, P. L. (2020). Emergency Presentations to Child and Adolescent Psychiatry: Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00979>
- Gispert, M., Davis, M. S., Marsh, L. und Wheeler, K. (1987). Predictive factors in repeated suicide attempts by adolescents. *Hospital & Community Psychiatry*, 38, 390–393.
- Glenn, C. R., Esposito, E. C., Porter, A. C. und Robinson, D. J. (2019). Evidence Base Update of Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(3), 357–392. PubMed. <https://doi.org/10.1080/15374416.2019.1591281>
- Glenn, C. R. und Klonsky, E. D. (2011). Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury: A 1-Year Longitudinal Study in Young Adults. *Behavior Therapy*, 42(4), 751–762. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.005>
- Glenn, C. R., Lanzillo, E. C., Esposito, E. C., Santee, A. C., Nock, M. K. und 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>

- Goldston, D. B., Daniel, S., Reboussin, D. M., Reboussin, B. A., Frazier, P. A. und Kelley, A. E. (1999). Suicide Attempts Among Formerly Hospitalized Adolescents: A Prospective Naturalistic Study of Risk During the First 5 Years After Discharge. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 660–671. <https://doi.org/10.1097/00004583-199906000-00012>
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337–1345. <https://doi.org/10.1097/00004583-200111000-00015>
- Gould, M. S., Wallenstein, S., Kleinman, M. H., O'Carroll, P. und Mercy, J. (1990). Suicide clusters: An examination of age-specific effects. *American Journal of Public Health*, 80(2), 211–212. <https://doi.org/10.2105/AJPH.80.2.211>
- Green, J. M., Wood, A. J., Kerfoot, M. J., Trainor, G., Roberts, C., Rothwell, J., Woodham, A., Ayodeji, E., Barrett, B., Byford, S. und Harrington, R. (2011). Group therapy for adolescents with repeated self harm: Randomised controlled trial with economic evaluation. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 342, d682–d682. PubMed. <https://doi.org/10.1136/bmj.d682>
- Greenfield, B., Henry, M., Weiss, M., Tse, S. M., Guile, J.-M., Dougherty, G., Zhang, X., Fombonne, E., Lis, E., Lapalme-Remis, S. und Harnden, B. (2008). Previously suicidal adolescents: Predictors of six-month outcome. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry = Journal de l'Académie Canadienne de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 17(4), 197–201. PubMed.
- Guerry, J. D. und Prinstein, M. J. (2009). Longitudinal Prediction of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury: Examination of a Cognitive Vulnerability-Stress Model. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(1), 77–89. <https://doi.org/10.1080/15374410903401195>
- Guerry, J. D. und Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 39(1), 77–89. PubMed. <https://doi.org/10.1080/15374410903401195>
- Güner-Küçükaya, P. und Işık, I. (2010). Predictors of psychiatric symptom scores in a sample of Turkish high school students. *Nursing & Health Sciences*, 12(4), 429–436. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00553.x>

- Hamza, C. A. und Willoughby, T. (2014). A Longitudinal Person-Centered Examination of Nonsuicidal Self-injury Among University Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(4), 671–685. <https://doi.org/10.1007/s10964-013-9991-8>
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R. und Angell, K. E. (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128–140. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.107.1.128>
- Harris, E. C. und Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1192/bjp.170.3.205>
- Hawley, K. M. und Weisz, J. R. (2005). Youth Versus Parent Working Alliance in Usual Clinical Care: Distinctive Associations With Retention, Satisfaction, and Treatment Outcome. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 34(1), 117–128. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401\\_11](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3401_11)
- Hawton, K., Saunders, K., Topiwala, A. und Haw, C. (2013). Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 151(3), 821–830. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.020>
- Hazell, P. und Lewin, T. (1993). Friends of Adolescent Suicide Attempters and Completers. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1), 76–81. <https://doi.org/10.1097/00004583-199301000-00011>
- Hilt, L. M., Cha, C. B. und Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: Moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 63–71. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.63>
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E. und Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adolescents: Rates, Correlates, and Preliminary Test of an Interpersonal Model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455–469. <https://doi.org/10.1177/0272431608316604>
- Horwitz, A. G., Czyz, E. K. und King, C. A. (2015). Predicting Future Suicide Attempts Among Adolescent and Emerging Adult Psychiatric Emergency Patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology: The Official Journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 44(5), 751–761. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.910789>

- Jensen, P. S., Goldman, E., Offord, D., Costello, E. J., Friedman, R., Huff, B., Crowe, M., Amsel, L., Bennett, K., Bird, H., Conger, R., Fisher, P., Hoagwood, K., Kessler, R. C. und Roberts, R. (2011). Overlooked and underserved: „action signs“ for identifying children with unmet mental health needs. *Pediatrics*, 128(5), 970–979. PubMed. <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0367>
- Jobes, D. A. und Linehan, M. M. (2016). *Managing Suicidal Risk, Second Edition: A Collaborative Approach* (Second). The Guilford Press.
- Joiner, T. E. (1999). The Clustering and Contagion of Suicide. *Current Directions in Psychological Science*, 8(3), 89–92. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.00021>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Kaess, M. (2012). *Selbstverletzendes Verhalten* (1. Originalausgabe). Julius Beltz GmbH & Co. KG. <https://www.lehmanns.de/shop/geisteswissenschaften/23521946-9783621277952-selbstverletzendes-verhalten>
- Kaess, M., Brunner, R. und Resch, F. (2013a). Nichtsuizidale Selbstverletzung bei Kindern und Jugendlichen. *PSYCH up2date*, 7(02), 105–120. <https://doi.org/10.1055/s-0032-1332947>
- Kaess, M., Edinger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Parzer, P., Brunner, R. und Resch, F. (2019). Effectiveness of a brief psychotherapeutic intervention compared with treatment as usual for adolescent nonsuicidal self-injury: A single-centre, randomised controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01399-1>
- Kaess, M., Ghinea, D., Fischer-Waldschmidt, G. und Resch, F. (2017). Die Ambulanz für Risikoverhalten und Selbstschädigung (AtR!Sk) – ein Pionierkonzept der ambulanten Früherkennung und Frühintervention von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(6), 404–422. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.6.404>
- Kaess, M., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Brunner, R. und Resch, F. (2011). Explaining gender differences in non-fatal suicidal behaviour among adolescents: A population-based study. *BMC Public Health*, 11(1), 597. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-597>
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F. und Brunner, R. (2013b). 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>

- Kaess, M., von Ceumern-Lindenstjerna, I.-A., Parzer, P., Chanen, A., Mundt, C., Resch, F. und Brunner, R. (2013c). Axis I and II Comorbidity and Psychosocial Functioning in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 46(1), 55–62. <https://doi.org/10.1159/000338715>
- Kan, C.-K., Ho, T.-P., Dong, J. Y. S. und Dunn, E. L. W. (2007). Risk factors for suicide in the immediate post-discharge period. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(3), 208–214. <https://doi.org/10.1007/s00127-006-0153-0>
- 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. PubMed. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.708208>
- Kandsperger, S., Schleicher, D., Ecker, A., Keck, F., Bentheimer, S., Brunner, R. und Jarvers, I. (2022). Emotional Reactivity in Adolescents With Non-suicidal Self-injury and Its Predictors: A Longitudinal Study. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2022.902964>
- Kapusta, N. D., Fegert, J. M., Haring, C. und Plener, P. L. (2014a). Psychotherapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59(1), 16–23. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-1027-z>
- Kapusta, N. D., Fegert, J. M., Haring, C. und Plener, P. L. (2014b). Psychotherapeutische Interventionen bei suizidalen Jugendlichen. *Psychotherapeut*, 59(1), 16–23. <https://doi.org/10.1007/s00278-013-1027-z>
- Kessler, R. C., Borges, G. und Walters, E. E. (1999). Prevalence of and Risk Factors for Lifetime Suicide Attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 617–626. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.7.617>
- Kiekens, G., Hasking, P., Nock, M. K., Boyes, M., Kirtley, O., Bruffaerts, R., Myin-Germeys, I. und Claes, L. (2020). Fluctuations in Affective States and Self-Efficacy to Resist Non-Suicidal Self-Injury as Real-Time Predictors of Non-Suicidal Self-Injurious Thoughts and Behaviors. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.00214>
- Kim, H. und Hur, J.-W. (2022). What's Different About Those Who Have Ceased Self-Injury? Comparison Between Current and Lifetime Nonsuicidal Self-Injury. *Archives of Suicide Research*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13811118.2022.2064256>
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27 2, 226–239.

- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2), 260–268. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.02.008>
- Klonsky, E. D. und Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: Meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166–170. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.030650>
- Klonsky, E. D. und Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056. <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>
- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F. und Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1501–1508. PubMed. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>
- Klonsky, E. D., Qiu, T. und Saffer, B. Y. (2017). Recent advances in differentiating suicide attempters from suicide ideators: *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 15–20. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000294>
- Klonsky, E. D., May, A. M. und Glenn, C. R. (2013). The relationship between nonsuicidal self-injury and attempted suicide: Converging evidence from four samples. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 231–237. <https://doi.org/10.1037/a0030278>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C. und Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kothgassner, O. D., Robinson, K., Goreis, A., Ougrin, D. und Plener, P. L. (2020). Does treatment method matter? A meta-analysis of the past 20 years of research on therapeutic interventions for self-harm and suicidal ideation in adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9>
- Kupferschmid, S., Gysin-Maillart, A., Bühler, S. K., Steffen, T., Michel, K., Schimmelmann, B. G. und Reisch, T. (2013). Gender Differences in Methods of Suicide Attempts and Prevalence of Previous Suicide Attempts. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(6), 401–405. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000256>

- Labelle, R., Pouliot, L. und Janelle, A. (2015). A Systematic Review and Meta-Analysis of Cognitive Behavioural Treatments for Suicidal and Self-Harm Behaviours in Adolescents. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56. <https://doi.org/10.1037/a0039159>
- Li, J., Jia, R., Li, J., Qian, S., Wang, Y. und Xu, Y. (2022). Meaning of socioeconomic status for mental health of adolescents in East China. *Psychology, Health & Medicine*, 27(3), 649–662. <https://doi.org/10.1080/13548506.2021.1946105>
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M. und Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453–461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung*. CIP Medien.
- Luxton, D. D., June, J. D. und Comtois, K. A. (2013). Can Postdischarge Follow-Up Contacts Prevent Suicide and Suicidal Behavior? *Crisis*, 34(1), 32–41. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000158>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P. und Gunnell, D. (2019a). What distinguishes adolescents with suicidal thoughts from those who have attempted suicide? A population-based birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(1), 91–99. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12878>
- Mars, B., Heron, J., Klonsky, E. D., Moran, P., O'Connor, R. C., Tilling, K., Wilkinson, P. und Gunnell, D. (2019b). Predictors of future suicide attempt among adolescents with suicidal thoughts or non-suicidal self-harm: A population-based birth cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 6(4), 327–337. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30030-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30030-6)
- May, A. M. und Klonsky, E. D. (2016). What Distinguishes Suicide Attempters From Suicide Ideators? A Meta-Analysis of Potential Factors. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 5–20. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12136>
- May, A. M., Klonsky, E. D. und Klein, D. N. (2012). Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: A 10-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 946–952. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.04.009>

- McDermut, W., Miller, I. W. und Brown, R. A. (2001). The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98–116. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.98>
- McGuinness, Dyer und Wade. (2012). Gender Differences in Adolescent Depression. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(12), 17–20. <https://doi.org/10.3928/02793695-20121107-04>
- Mead, R. (2009). *Vampire Academy (book 1): Love and Loyalty run deeper than blood* (1. Aufl.). Penguin.
- Mead, R. (2012). *Bloodlines - Falsche Versprechen: Roman* (M. Link, Übers.; 1. Aufl. 2012 Edition). LYX.
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M. und Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>
- Melvin, G. A., Gresham, D., Beaton, S., Coles, J., Tonge, B. J., Gordon, M. S. und Stanley, B. (2019). Evaluating the Feasibility and Effectiveness of an Australian Safety Planning Smartphone Application: A Pilot Study Within a Tertiary Mental Health Service. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 846–858. <https://doi.org/10.1111/sltb.12490>
- Mezulis, A., Funasaki, K., Charbonneau, A. und Hyde, J. (2010). Gender Differences in the Cognitive Vulnerability-Stress Model of Depression in the Transition to Adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 501–513. <https://doi.org/10.1007/s10608-009-9281-7>
- Michelmore, L. und Hindley, P. (2012). Help-Seeking for Suicidal Thoughts and Self-Harm in Young People: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(5), 507–524. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00108.x>
- Miller, A. L., Rathus, J. H., DuBose, A. P., Dexter-Mazza, E. T. und Goldklang, A. R. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents. In *Dialectical behavior therapy in clinical practice: Applications across disorders and settings*. (S. 245–263). Guilford Press.
- Muehlenkamp, J., Brausch, A., Quigley, K. und Whitlock, J. (2013). Interpersonal Features and Functions of Nonsuicidal Self-injury. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 43(1), 67–80. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.00128.x>

- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-Injurious Behavior as a Separate Clinical Syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 324–333. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>
- Muehlenkamp, J. J. und 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. und Petermann, F. (2011). Non-Suicidal Self-Injury and Comorbid Mental Disorders: A Review. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 79, 9–20. <https://doi.org/10.1055/s-0029-1245772>
- Nock, M. K. (2009). Why Do People Hurt Themselves?: New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01613.x>
- 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., Cha, C. B., Kessler, R. C., und Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 133–154. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxn002>
- Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., und 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., Hwang, I., Sampson, N. A. und Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(8), 868–876. <https://doi.org/10.1038/mp.2009.29>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E. und Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nock, M. K. und Mendes, W. B. (2008). Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 28–38. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.28>
- Nock, M. K. und Prinstein, M. J. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.5.885>

- Nock, M. K., Prinstein, M. J. und Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 816–827. PubMed. <https://doi.org/10.1037/a0016948>
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B. und 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>
- Norcross, J. C., Krebs, P. M. und Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143–154. <https://doi.org/10.1002/jclp.20758>
- O'Connor, R. C. und Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry*, 1(1), 73–85. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70222-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70222-6)
- Olfson, M., Gao, Y. N., Xie, M., Wiesel Cullen, S. und Marcus, S. C. (2021). Suicide Risk Among Adults With Mental Health Emergency Department Visits With and Without Suicidal Symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(6), 20m13833. PubMed. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13833>
- Ougrin, D. und Asarnow, J. R. (2018). The end of family therapy for self-harm, or a new beginning? *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 188–189. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30043-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30043-9)
- Ougrin, D. und Latif, S. (2011). Specific Psychological Treatment Versus Treatment as Usual in Adolescents with Self-Harm: Systematic Review and Meta-Analysis. *Crisis*, 32(2), 74–80. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000060>
- Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P. und 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>
- Ougrin, D., Zundel, T., Ng, A., Banarsee, R., Bottle, A. und Taylor, E. (2011). Trial of Therapeutic Assessment in London: Randomised controlled trial of Therapeutic Assessment versus standard psychosocial assessment in adolescents presenting with self-harm. *Archives of Disease in Childhood*, 96(2), 148. <https://doi.org/10.1136/adc.2010.188755>
- Plener, P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert J. M. und Muehlenkamp J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39(9), 1549–1558. <https://doi.org/10.1017/S0033291708005114>

- Plener, P. L. (2015). *Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen* (1. Aufl.). Springer-Verlage.
- Plener, P. L., Schumacher, T. S., Munz, L. M. und Groschwitz, R. C. (2015). The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: A systematic review of the literature. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40479-014-0024-3>
- Pokorny, A. D. (1983). Prediction of Suicide in Psychiatric Patients: Report of a Prospective Study. *Archives of General Psychiatry*, 40(3), 249–257. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1983.01790030019002>
- Porter, M., Gracia, R., Oliva, J.-C., Pàmias, M., Garcia-Pares, G. und Cobo, J. (2016). Mental Health Emergencies in Paediatric Services: Characteristics, Diagnostic Stability and Gender differences. *Actas Esp Psiquiatr*, 44, 203–211.
- Prinstein, M. J., Heilbron, N., Guerry, J. D., Franklin, J. C., Rancourt, D., Simon, V. und Spirito, A. (2010). Peer Influence and Nonsuicidal Self Injury: Longitudinal Results in Community and Clinically-Referred Adolescent Samples. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(5), 669–682. <https://doi.org/10.1007/s10802-010-9423-0>
- Prochaska, J. und Diclemente, C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking—Toward An Integrative Model of Change. *Journal of consulting and clinical psychology*, 51, 390–395. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.51.3.390>
- Rathus, J. H. und Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy Adapted for Suicidal Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 146–157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Reichl, C. und Kaess, M. (2021). Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten und suizidales Verhalten im Jugendalter. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.4414/sanp.2021.03151>
- Resch, F., Parzer, P., Brunner, R. und the BELLA study group. (2008). Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents: Prevalence and psychosocial correlates: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(1), 92–98. <https://doi.org/10.1007/s00787-008-1010-3>
- Reynolds, K. (2007). *Radical Children's Literature: Future Visions and Aesthetic Transformations in Juvenile Fiction*. Palgrave Macmillan.
- Reynolds, P. und Eaton, P. (1986). Multiple Attempters of Suicide Presenting at an Emergency Department. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 31(4), 328–330. <https://doi.org/10.1177/070674378603100408>

- Robbins, M., Liddle, H., Turner, C., Dakof, G., Alexander, J. und Kogan, S. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in Multidimensional Family Therapy. *Journal of family psychology: JFP: journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 20, 108–116. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.20.1.108>
- Rossouw, T. I. und Fonagy, P. (2012). Mentalization-Based Treatment for Self-Harm in Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304-1313.e3. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.018>
- Rudd, M. D., Joiner, T. und Rajab, M. H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in a young-adult sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 541–550. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.105.4.541>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P. und Koivisto, A.-M. (2005). Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in Adolescent Eating Disorder outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(5), 276–281. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0473-8>
- Sass, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. und Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR: Textrevision (1.)*. Hogrefe Verlag.
- Schneider, B. und Wolfersdorf, M. (2018). SOP Abklärung bei Verdacht auf Suizidalität. *PSYCH up2date*, 12(06), 439–442.
- Shaffer, D. und Pfeffer, C. R. (2001). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Suicidal Behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(7, Supplement), 24S-51S. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107001-00003>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. und 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.

- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R. und McLouth, R. (2012). Nonsuicidal Self-Injury and Gender: Patterns of Prevalence, Methods, and Locations among Adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 266–278. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2012.0088.x>
- Sotero, L. und Relvas, A. P. (2021). Dropout Versus Retention in Family Therapy: How are they Associated with Behavioral Manifestations of the Therapeutic Alliance? *Contemporary Family Therapy*, 43(4), 320–328. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09613-6>
- Spirito, A., Simon, V., Cancelliere, M. K., Stein, R., Norcott, C., Loranger, K. und Prinstein, M. (2011). Outpatient psychotherapy practice with adolescents following psychiatric hospitalization for suicide ideation or a suicide attempt. *Clinical child psychology and psychiatry*, 16, 53–64. <https://doi.org/10.1177/1359104509352893>
- Stanley, B. und Brown, G. (2008). *Patient Safety Plan Template*. [https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2016/08/Brown\\_StanleySafetyPlanTemplate.pdf](https://suicidepreventionlifeline.org/wp-content/uploads/2016/08/Brown_StanleySafetyPlanTemplate.pdf)
- Stanley, B. und 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., Brown, G. K., Brenner, L. A., Galfalvy, H. C., Currier, G. W., Knox, K. L., Chaudhury, S. R., Bush, A. L. und Green, K. L. (2018). Comparison of the Safety Planning Intervention With Follow-up vs Usual Care of Suicidal Patients Treated in the Emergency Department. *JAMA Psychiatry*, 75(9), 894–900. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1776>
- Stanley, B., Brown, G. K., Karlin, B., Kemp, J. und von Bergen, H. (2008). *Safety Plan Treatment Manual to Reduce Suicide Risk: Veteran Version*.
- Stein, D., Apter, A., Ratzoni, G., Har-Even, D. und Avidan, G. (1998). Association Between Multiple Suicide Attempts and Negative Affects in Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(5), 488–494. <https://doi.org/10.1097/00004583-199805000-00011>
- Taliaferro, L. A. und Muehlenkamp, J. J. (2014). Risk and Protective Factors that Distinguish Adolescents Who Attempt Suicide from Those Who Only Consider Suicide in the Past Year. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/sltb.12046>

- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P. und 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>
- Taubner, S. (2018). Mentalisieren. In G. Gödde und J. Zirfas (Hrsg.), *Kritische Lebenskunst: Human-, sozial- und kulturwissenschaftliche Analysen und Strategien* (S. 284–292). J.B. Metzler. [https://doi.org/10.1007/978-3-476-04644-4\\_37](https://doi.org/10.1007/978-3-476-04644-4_37)
- Tiesmann, T., Forkmann, T. und Glaesmer, H. (2021). *Suizidales Erleben und Verhalten: Ein Handbuch*. Psychiatrie Verlag. <https://psychiatrie-verlag.de/product/suizidales-erleben-und-verhalten/>
- Trémeau, F., Staner, L., Duval, F., Corrêa, H., Crocq, M.-A., Darreya, A., Czobor, P., Dessoubrais, C. und Macher, J.-P. (2005). Suicide Attempts and Family History of Suicide in Three Psychiatric Populations. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(6), 702–713. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.6.702>
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W. und Tsirigotis, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical Science Monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research*, 17(8), PH65–PH70. PubMed. <https://doi.org/10.12659/msm.881887>
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holi, M., Ruuttu, T., Punamäki, R.-L. und Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(4), 199–206. <https://doi.org/10.1007/s00787-005-0522-3>
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. und Joiner Jr., T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>
- Värnik, A., Kõlves, K., Allik, J., Arensman, E., Aromaa, E., van Audenhove, C., Bouleau, J.-H., van der Feltz-Cornelis, C. M., Giupponi, G., Gusmão, R., Kopp, M., Marusic, A., Maxwell, M., Óskarsson, H., Palmer, A., Pull, C., Realo, A., Reisch, T., Schmidtke, A., ... Hegerl, U. (2009). Gender issues in suicide rates, trends and methods among youths aged 15–24 in 15 European countries. *Journal of Affective Disorders*, 113(3), 216–226. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.06.004>

- von Auer, A. K. und Ludewig, S. (2017). Die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A): Überblick und Erfahrungen. In *Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente* (S. 95–113). Kohlhammer.
- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. (S. xvi, 317). The Guilford Press.
- Wang, Y.-J., Li, X., Ng, C. H., Xu, D.-W., Hu, S. und Yuan, T.-F. (2022). Risk factors for non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescents: A meta-analysis. *eClinicalMedicine*, 46. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101350>
- Weltgesundheitsorganisation (WHO). (2019, September 2). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Whitlock, J., Eckenrode, J. und Silverman, D. (2006). Self-injurious Behaviors in a College Population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2543>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J. und Eckenrode, J. (2008). Variation in Nonsuicidal Self-Injury: Identification and Features of Latent Classes in a College Population of Emerging Adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 725–735. <https://doi.org/10.1080/15374410802359734>
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Abrams, G., Marchell, T., Kress, V., Girard, K., Chin, C. und Knox, K. (2011). Nonsuicidal Self-Injury in a College Population: General Trends and Sex Differences. *Journal of American college health: J of ACH*, 59, 691–698. <https://doi.org/10.1080/07448481.2010.529626>
- Wilkinson, P. O., Qiu, T., Jesmont, C., Neufeld, S. A. S., Kaur, S. P., Jones, P. B. und Goodyer, I. M. (2022). Age and gender effects on non-suicidal self-injury, and their interplay with psychological distress. *Journal of Affective Disorders*, 306, 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.03.021>
- Yang, X., Xin, M., Liu, K. und Böke, B. N. (2020). The impact of internet use frequency on non-suicidal self injurious behavior and suicidal ideation among Chinese adolescents: An empirical study based on gender perspective. *BMC Public Health*, 20(1), 1727. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09866-0>
- Zetterqvist, M., Lundh, L.-G., Dahlström, Ö. und Svedin, C. G. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759–773. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9712-5>

## **9 Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich all jenen danken, die zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Herrn Prof. Dr. Brunner danke ich für die Überlassung des Themas dieser Dissertation sowie die fachlichen Ratschläge über die gesamte Zeit der Promotion.

Weiterhin danke ich ganz besonders meiner Betreuerin Frau Dr. Stephanie Kandsperger. Ich konnte mich sowohl während der Studiendurchführung als auch beim Erstellen der Dissertation mit allen Fragen jederzeit an sie wenden und habe binnen kürzester Zeit hilfreiche Antworten erhalten. Auch vielen Dank für die zahlreichen ausführlichen Korrekturen!

Außerdem möchte ich mich bei Dr. Irina Jarvers für die enorme Hilfe bei jeglichen statistischen Belangen bedanken.

Besonders bedanke ich mich auch für die Zusammenarbeit mit Sebastian Bentheimer, mit dem ich mir die Durchführung der Studientermine aufteilen konnte. Auch vielen Dank an Elisa Heidingsfelder und Rebekka Krempel, die uns gegen Ende der Studie bei den Follow-Ups unterstützt haben.

Abschließend danke ich von Herzen meinen Eltern, die mich während des gesamten Studiums und darüber hinaus in jeglicher Form unterstützt und begleitet haben.

## 10 Erklärung

Ich, Florentina Keck, geboren am 13.08.1997 in Marktrechwitz, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus anderen Quellen direkt oder indirekt übernommenen Daten und Konzepte sind unter Angabe der Quelle gekennzeichnet. Insbesondere habe ich nicht die entgeltliche Hilfe von Vermittlungs- bzw. Beratungsdiensten (Promotionsberater oder andere Personen) in Anspruch genommen. Niemand hat von mir unmittelbar oder mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeit erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation steht. Die Arbeit wurde bisher weder im In- noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

## 11 Lebenslauf

### Persönliche Daten

Name **Florentina Keck**  
Geburtsdaten 13.08.1997 in Marktredwitz  
E-Mail florentina.keck@gmx.de

### Schullaufbahn

09/2003 – 08/2007 **Jobst-vom-Brandt Grundschule Waldershof**  
09/2007 – 05/2015 **Otto-Hahn-Gymnasium Marktredwitz**  
Allgemeine Hochschulreife - Abschlussnote 1,0

### Ausbildung

10/2015 – 05/2022 **Studium Humanmedizin an der Universität Regensburg**  
Ärztliche Prüfung – Gesamtnote „gut“ (1,66)  
06/2022 **Approbation als Ärztin**  
05/2021 – 04/2022 **Praktisches Jahr**

1. Tertial: Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Klinik St. Hedwig Regensburg
2. Tertial: Chirurgie im Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg
3. Tertial: Innere Medizin im Universitätsklinikum Regensburg

Seit 03/2019 **Doktorarbeit**  
Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Universität Regensburg

Seit 01/2023 **Facharztweiterbildung: Frauenheilkunde und Geburtshilfe**  
Krankenhaus St. Lukas Kelheim

## Praktika

03/2016 – 09/2016	<b>Krankenpflegepraktikum im Klinikum Fichtelgebirge</b>
03/2018	<b>Hausarztfamulatur</b> Internistische Arztpraxis Merkl & Merkl in Wunsiedel
	<b>Stationäre Famulaturen</b>
09/2018 - 10/2018	Gynäkologie und Geburtshilfe im Krankenhaus Meran
08/2019	Unfallchirurgie im Klinikum Weiden
04/2020	Unfallchirurgie im Klinikum Fichtelgebirge Marktredwitz
02/2019 – 03/2019	<b>Ambulante Famulatur</b> Ambulanz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Bezirksklinikum Regensburg

## Kenntnisse

Fremdsprachen	Englisch (fließend) Französisch (Grundkenntnisse)
IT-Kenntnisse	SAP, medico, Viewpoint

## Engagement

2013-2015	Jahrgangsstufensprecherin
2016	Tutorium für Erstsemester
2020	Corona-Hilfseinsatz in der Gerontopsychiatrie am Bezirksklinikum Regensburg
Seit 05/2022	Tierschutzverein Regensburg u.U.e.V.