Die Psychotherapie
vormals Psychotherapeut

Psychotherapie 2025 · 70:231–238
https://doi.org/10.1007/s00278-025-00771-8
Angenommen: 21. Februar 2025
Online publiziert: 11. April 2025
© The Author(s) 2025

Kinder und Jugendliche mit suizidalem Erleben und Verhalten

Welche psychotherapeutischen Interventionen und diagnostischen Instrumente werden eingesetzt?

Tina In-Albon[1] · Sophie Schlau[2] · Sören Friedrich[3]

[1] Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Mannheim, Mannheim, Deutschland

[2] Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, RPTU, Landau, Deutschland

[3] Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Psychotherapiezentrum, Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Freiburg, Deutschland

In diesem Beitrag

- **Grundlagen**
  Suizidales Erleben und Verhalten im Jugendalter • Risikofaktoren • Suizidale Jugendliche in der ambulanten Psychotherapie
- **Vorliegende Studie**
  Fragestellungen • Methode • Ergebnisse
- **Diskussion**

Zusammenfassung

Hintergrund: Suizidales Erleben und Verhalten im Jugendalter ist häufig.
Fragestellung: Welche Interventionen werden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen im Umgang mit akuter bzw. anhaltender Selbstgefährdung bei Kindern und Jugendlichen genutzt? Welche diagnostischen Instrumente werden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen bei suizidalem Erleben und Verhalten von Kindern und Jugendlichen angewendet?
Material und Methoden: Es haben 40 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen einen auf Basis einer umfassenden Literaturrecherche selbst entwickelten Fragebogen ausgefüllt.
Ergebnisse: Bei akutem suizidalem Erleben und Verhalten werden am häufigsten ein Notfallplan (Mittelwert [M] = 94,13, Standardabweichung [SD] ± 11,32) und eine Risikoabschätzung (M = 91,55, SD ± 15,77) durchgeführt.
Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten werden am häufigsten Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten (M = 85,58, SD ± 20,89), Emotionsregulationstraining/Skillstraining, (M = 84,61, SD ± 17,73), Risikoabschätzung (M = 81,60, SD ± 25,68), Ressourcenförderung (M = 81,50, SD ± 19,02) und Notfallplan (M = 81,00, SD ± 30,61) eingesetzt. Zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens werden v. a. die freie Exploration und Breitbandverfahren eingesetzt.
Diskussion: Im Umgang mit Jugendlichen mit suizidalem Erleben und Verhalten werden mehrere psychotherapeutische Interventionen, die auch den aktuellen Empfehlungen entsprechen, durchgeführt.

Schlüsselwörter
Notfallplan · Risikoabschätzung · Psychoedukation · Suizidalität · Selbstgefährdung

Suizidales Erleben und Verhalten ist bei Jugendlichen häufig und tritt oft zusammen mit psychischen Störungen auf. Daher ist der Umgang damit für Psychotherapeut:innen zentral, aber auch herausfordernd. Im vorliegenden Beitrag werden Ergebnisse dazu vorgestellt, welche psychotherapeutischen Interventionen und diagnostischen Instrumente in der Praxis angewendet werden. Zudem werden drei zentrale Interventionen, die Risikoabschätzung, der Notfallplan und die Psychoedukation, bei suizidalem Erleben und Verhalten konkret und praxisnah vorgestellt.

QR-Code scannen & Beitrag online lesen

Grundlagen

Suizidales Erleben und Verhalten im Jugendalter

Der aktuelle Bericht der Lancet Commission zu selbstverletzendem Verhalten mit und ohne suizidale Absicht („self-harm"; Moran et al. 2024) verweist auf die dringende Notwendigkeit, selbstverletzendes Verhalten sowie suizidales Erleben und Verhalten aufgrund der Häufigkeit und der weitreichenden Folgen auf verschiedenen Ebenen (individuell, familiär, gesellschaftlich) als globale Herausforderung stärker in den Fokus zu rücken. Eine besonders vulnerable Gruppe sind Jugendliche. Das Jugendalter birgt ein erhöhtes Risiko für den Beginn sowie die Eskalation von Suizidgedanken (Nock et al. 2008) und Suizidversuchen (Turecki und Brent 2016). Auch die Prävalenzraten für selbstverletzendes Verhalten sind im Jugendalter am höchsten (Brunner et al. 2014). Suizide gehören weltweit zu einer der häufigsten Todesursachen im Jugendalter. Suizidgedanken, -absichten, -impulse, -pläne und -versuche sind im Vergleich zum Erwachsenenalter im Jugendalter besonders prävalent. In einer Studie von Voss et al. (2019) mit 1180 Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 21 Jahren aus dem Raum Dresden berichteten 10,7 % der Teilnehmenden von lebenszeitlichen Suizidgedanken, 5,0 % von Suizidplänen und 3,4 % von mindestens einem Suizidversuch. Irgendeine Form von suizidalem Verhalten wurde von 11,5 % angegeben. In der gleichen Stichprobe berichteten 7,7 % der Jugendlichen und jungen Erwachsenen von nichtsuizidalen Selbstverletzungen (NSSV) und suizidalem Erleben und Verhalten, insbesondere handelte es sich um weibliche Teilnehmende und Teilnehmende mit niedrigem Bildungsstatus (Voss et al. 2020). Erhöhte Raten von Suizidversuchen und -gedanken wurden von Schüler:innen mit Migrationshintergrund berichtet. Eine Stichprobe von 10.638 Schüler:innen im Alter von durchschnittlich 14,9 Jahren in Niedersachen ergab eine Lebenszeitprävalenz von 7,6 % für Suizidversuche, und 36,6 % beantworteten die Frage nach Suizidgedanken mit mindestens „selten" (Donath et al. 2019). Es zeigte sich der Trend, dass die Raten bei anonymen Fragebogenerhebungen höher als bei Interviewerhebungen sind. Auch in der ambulanten Psychotherapie ist suizidales Erleben und Verhalten im Jugendalter häufig (Nock et al. 2008).

Risikofaktoren

Suizidgedanken sind im Jugendalter nicht nur häufig, sondern stellen auch einen Risikofaktor für Suizidversuche und Suizide dar. Das Vorliegen einer psychischen Störung, NSSV, Mobbing, Suizide im Umfeld, ungünstige Berichterstattung über Suizide in den Medien, chronische Krankheiten, nichtheterosexuelle Orientierung sowie schwierige Familienbeziehungen sind weitere bekannte Risikofaktoren (Castellví et al. 2017; Hawton et al. 2012). Es ist jedoch zu beachten, dass ca. 30 % der Suizide keine NSSV oder Suizidgedanken vorausgingen (Rodway et al. 2020). Weiter kann man nicht von einer allgemeingültigen Risikokonstellation oder gar einem Schwellenwert ausgehen, sondern vielmehr ist die individuelle Risikokonstellation von besonderer Relevanz.

Suizidale Jugendliche in der ambulanten Psychotherapie

Die Beurteilung des Suizidrisikos sowie die Behandlung von suizidalem Erleben und Verhalten gehören zu den herausforderndsten und verantwortungsvollsten Aufgaben von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen (KJP-Therapeut:innen; Friedrich und Teismann 2022). Empfehlungen für diese herausfordernde Aufgabe können Therapeut:innen in Leitlinien finden. Die AWMF-Leitlinie zur Suizidalität im Kindes- und Jugendalter (DGKJP 2016) wird derzeit überarbeitet.

Insgesamt ist die Zahl der randomisierten kontrollierten Therapiestudien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen auf die Reduktion von Suizidgedanken und -versuchen bisher überschaubar; Langzeitstudien fehlen gänzlich. Bei den Interventionen für suizidale Kinder und Jugendliche gibt es derzeit positive Evidenz für die Dialektisch-Behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A; Fleischhaker et al. 2011) und für die kognitive Verhaltenstherapie (KVT; Itzhaky et al. 2022; Kothgassner et al. 2020; Witt et al. 2021). Die DBT-A-Interventionen zeigten im Vergleich zu Kontrollinterventionen eine kleine bis mittlere Verbesserung bei der Reduktion von Selbstverletzungen und Suizidgedanken (Kothgassner et al. 2020). Es gibt jedoch auch Studien, in denen der Unterschied zur aktiven Kontrollbedingung eher gering ist (McCauley et al. 2018; Mehlum et al. 2016). Vor diesem Hintergrund betonen Kothgassner et al. (2020), dass „Treatment-as-usual"-Therapien, also Routinebehandlungen, das Potenzial haben, selbstverletzendes Verhalten und Suizidgedanken zu reduzieren. Inwieweit spezifische Therapieinhalte oder ein natürlicher Rückgang zu einer Reduktion suizidalen Erlebens und Verhaltens geführt haben, kann nicht sicher differenziert werden. Zudem ist unklar, welche Therapieinhalte in Routinebehandlungen von Jugendlichen mit suizidalem Erleben und Verhalten eingesetzt werden. Dieses Wissen um Therapieinhalte ist jedoch notwendig, um die Routineversorgung dieser Jugendlichen zu optimieren und zu standardisieren. In einem Übersichtsartikel von Meza et al. (2023) zu evidenzbasierten übergreifenden Behandlungskomponenten in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit suizidalem Erleben und Verhalten wurden 18 randomisierte kontrollierte Therapiestudien berücksichtigt. Innerhalb der Behandlungen waren folgende Therapiekomponenten mit Wirksamkeit assoziiert: Einbezug der Bezugspersonen, gute therapeutische Beziehung, eine individuelle Fallkonzeption, Notfallplanung, Fertigkeitentraining (z. B. Skills zur Emotionsregulation), kognitive Umstrukturierung und die Einschränkung des Zugangs zu letalen Mitteln. Eine weitere Komponente, die mit einer Verbesserung assoziiert wird, war eine telefonische 24 Stunden erreichbare Beratung.

Vorliegende Studie

Fragestellungen

Um die Therapieinhalte in der Routinepraxis besser zu verstehen, werden in der vorliegenden Studie folgende Fragen gestellt:

- Welche Interventionen werden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen im Umgang mit akuter

Tab. 1 Berufsbezogene Merkmale der Stichprobe

Arbeitssituation	Anzahl (*n*)	Anteil (%)
Berufsbezeichnung		
Approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen	17	42,5
Psychologische Psychotherapeut:innen mit Fachkunde Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	10	25
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen in Ausbildung	7	17,5
Approbierte psychologische Psychotherapeut:innen mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie	2	5
Psycholog:innen	2	5
Fachärzt:innen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	2	5
Arbeitssetting		
Kinder- und jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische bzw. -psychosomatische Praxis/Ambulanz	24	60
Kinder- und jugendpsychiatrische, -psychotherapeutische bzw. -psychosomatische Klinik	10	25
Sonstiges	4	10
Kinder- und jugendmedizinische Praxis/Ambulanz	2	5
Kinder- und jugendmedizinische Klinik	1	2,5
Vertiefungsgebiet der Approbation		
Verhaltenstherapie	33	82,5
Tiefenpsychologisch fundierte Therapie	3	7,5
Analytische Psychotherapie	1	2,5
Keine Approbation	5	12,5

bzw. anhaltender Selbstgefährdung bei Kindern und Jugendlichen genutzt?
- Welche diagnostischen Instrumente werden von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen bei suizidalem Erleben und Verhalten von Kindern und Jugendlichen angewendet?

Methode

Rekrutierung

Die Stichprobe wurde im Zeitraum vom Juli bis September 2024 über E-Mails an kinder- und jugendpsychotherapeutische Ausbildungs- und Hochschulambulanzen, stationäre psychiatrische Einrichtungen sowie ambulante Kinder und Jugendlichenpsychotherapeut:innen rekrutiert.

Stichprobenbeschreibung

Es begannen 76 Teilnehmende mit der Bearbeitung des Fragebogens, und 40 Teilnehmende füllten den Fragebogen bis zur letzten Seite aus. Von den 40 Personen waren 72,5 % weiblich (29 Personen weiblich, 10 Personen männlich, eine Person divers) und durchschnittlich 40,2 Jahre alt (SD ± 8,6 Jahre). Im Mittel berichteten die Teilnehmenden eine Berufserfahrung von 9,4 Jahren (SD ± 6,5 Jahre). Weitere berufsbezogene Merkmale der Stichprobe sind in ◘ **Tab. 1** dargestellt.

Studiendesign

Die Umfrage wurde präregistriert (osf.io/4583g) und erfolgte online.

Erhebungsinstrument: Fragebogen

Der Fragebogen umfasst 42 selbsterstellte Items und beinhaltet Fragen zu:
- suizidspezifischen Merkmalen (Vorwissen zu Suizidalität; Sicherheit in der Risikoeinschätzung und im Umgang mit suizidalen Patient:innen; Setting, in dem suizidale Patient:innen bereits behandelt wurden; Anzahl behandelter suizidaler Patient:innen)
- den angewendeten Diagnostik- und Screeninginstrumenten für suizidales Erleben und Verhalten
- den in der Psychotherapie von Patient:innen mit akuter Selbstgefährdung sowie anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten eingesetzten Interventionen sowie den eingesetzten Verfahren bzw. genutzten Manualen zum Umgang mit suizidalen Patient:innen (z. B. Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents, DBT-A [z. B. Fleischhaker et al. 2011]; KVT-SP [Suizidprävention]; Collaborative Assessment and Management of Suicidality [CAMS; Jobes 2016], Attempted Suicide Short Intervention Program [ASSIP; Gysin-Maillart 2021]).

Die Fragen wurden mit Mehrfachauswahl- oder Einfachauswahlantwortformaten sowie einem Schieberegler von 0–100 % oder 5-stufigen Rating-Skalen (1: sehr unsicher bis 5: sehr sicher) ohne Mittelkategorie gestellt. Außerdem gab es offene Antwortformate, bei denen die Teilnehmenden die Möglichkeit hatten, weitere Diagnostik- und Screeninginstrumente oder psychotherapeutische Interventionen aufzuführen.

Statistische Analyse

Die Daten wurden deskriptiv-statistisch ausgewertet. In der Präregistrierung wurde der Umgang mit fehlenden Daten festgelegt. Es sollten 15 Teilnehmende, die mehr als 20 % des Fragebogens nicht ausfüllten, vor der Datenauswertung ausgeschlossen werden. Von diesem ursprünglich festgelegten Ausschlusskriterium wurde abgewichen, da die fehlenden Werte insbesondere Auslassungen der Teilnehmenden bei den offenen Fragen betrafen.

Ergebnisse

Die Teilnehmenden gaben an, insgesamt eher sicher im Umgang mit Patient:innen mit suizidalem Erleben und Verhalten zu sein (Mittelwert [M] = 4,12, Standardabweichung [SD] ± 0,85). Bei der Frage, wie sicher sich die Teilnehmenden in der Risikoeinschätzung von Suizidalität fühlen, gaben sie an, insgesamt eher sicher zu sein (M = 4,22, SD ± 0,7). Mit Ausnahme einer Person gaben alle Teilnehmenden (97,5 %) an, Suizidalität bei ihren Patient:innen regelmäßig abzufragen. Weiterhin gaben die Teilnehmenden auf einer Skala von 0–100 % an, dass durchschnittlich 46,85 % (SD ± 20,36 %) ihrer Patient:innen suizidales Erleben oder Verhalten äußern würden. Mithilfe des Schiebereglers schätzten die Teilnehmer:innen ihr Vorwissen zum Thema Suizidalität (0 %: kein Vorwissen, 100 %: sehr viel Vorwissen) im Mittel auf 77,53 % (SD ± 16,73 %). Vierundzwanzig

Tab. 2 Mittelwert (*MW*), Standardabweichung (*SD*) der Häufigkeiten der Interventionen von 0 (nie) bis 100 % (immer) bei Kindern und Jugendlichen mit akutem und anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten

Art der Intervention	Häufigkeiten der Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit …							
	Akuter Selbstgefährdung				*Anhaltendem* suizidalem Erleben und Verhalten			
	M ± SD	Median	Min	Max	M ± SD	Median	Min	Max
Notfallplan	94,13 ± 11,32	100,00	54,00	100,00	81,00 ± 30,61	99,00	0,00	100,00
Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten	85,27 ± 19,98	96,00	14,00	100,00	85,58 ± 20,89	96,00	9,00	100,00
Krisenkontaktkarte	77,51 ± 31,15	96,00	1,00	100,00	72,46 ± 29,72	80,00	0,00	100,00
Einschränkung verfügbarer letaler Mittel	68,54 ± 28,24	68,00	0,00	100,00	69,07 ± 29,44	73,00	0,00	100,00
Therapiemotivation	64,31 ± 32,98	70,00	0,00	100,00	75,33 ± 23,60	78,50	0,00	100,00
Training der Emotionsregulation (Skills)	73,97 ± 24,55	78,00	9,00	100,00	84,61 ± 17,73	88,00	48,00	100,00
Antisuizidvertrag	53,08 ± 39,28	56,00	0,00	100,00	59,33 ± 36,23	71,50	0,00	100,00
Risikoabschätzung	91,55 ± 15,77	100,00	42,00	100,00	81,60 ± 25,68	94,00	16,00	100,00
Ressourcenförderung	70,63 ± 29,87	77,00	0,00	100,00	81,50 ± 19,02	83,50	25,00	100,00
„Diary cards“	43,22 ± 34,88	43,50	0,00	100,00	53,17 ± 38,91	53,00	0,00	100,00
Entspannung	23,46 ± 26,82	14,00	0,00	97,00	39,48 ± 29,40	33,00	0,00	100,00
Achtsamkeit	34,13 ± 29,39	33,00	0,00	88,00	46,22 ± 32,45	51,00	0,00	100,00
Individuelles/kognitives Fallkonzept	68,62 ± 31,52	77,00	0,00	100,00	68,39 ± 28,92	75,50	0,00	100,00
Gründe fürs Leben	79,34 ± 26,29	84,50	0,00	100,00	80,90 ± 24,29	90,00	2,00	100,00
Verhaltensaktivierung	60,28 ± 31,70	60,50	0,00	100,00	76,66 ± 19,01	79,00	38,00	100,00
„Survival kit“	36,42 ± 35,22	28,50	0,00	99,00	42,48 ± 38,77	31,00	0,00	100,00
Problemlösetraining	40,68 ± 29,98	41,00	0,00	100,00	53,93 ± 31,06	55,00	0,00	100,00
Positive Psychologie-Interventionen	25,29 ± 30,81	12,00	0,00	100,00	32,68 ± 35,27	16,00	0,00	100,00
Bewältigungskarten	21,03 ± 25,02	10,50	0,00	87,00	27,97 ± 31,00	14,00	0,00	93,00
Kontaktinterventionen/intensivierte Kontaktangebote	61,49 ± 31,24	66,00	0,00	100,00	53,10 ± 35,15	53,50	0,00	100,00
Soziale Kompetenzen	40,97 ± 34,00	28,00	0,00	100,00	59,79 ± 22,30	59,00	27,00	100,00
Förderung sozialer Unterstützung	67,72 ± 27,50	68,50	0,00	100,00	74,50 ± 21,30	75,50	31,00	100,00
Ambivalenzklärung	66,43 ± 26,65	70,00	0,00	100,00	69,96 ± 26,74	75,50	9,00	100,00
Narratives Interview zu Suizidversuch	26,59 ± 34,05	11,00	0,00	100,00	37,27 ± 36,97	24,50	0,00	100,00
Kognitive Umstrukturierung suizidaler Gedanken	53,74 ± 27,88	56,00	0,00	100,00	68,36 ± 25,54	74,00	0,00	100,00
Familieninterventionen	60,08 ± 32,99	54,00	1,00	100,00	58,14 ± 30,78	50,00	0,00	100,00
Apps, Internetseiten empfehlen	33,80 ± 37,75	15,00	0,00	100,00	41,96 ± 42,41	18,00	0,00	100,00
Beziehungsfördernde Maßnahmen	68,44 ± 30,15	73,00	1,00	100,00	71,97 ± 22,91	73,00	21,00	100,00
„Hope box“	23,57 ± 30,10	10,00	0,00	100,00	32,00 ± 33,26	32,00	0,00	100,00

Teilnehmende (60 %) gaben an, bereits suizidale Patient:innen im stationären Setting behandelt zu haben. Sechsunddreißig Teilnehmende (90 %) berichteten, dass sie suizidale Patient:innen ambulant behandelt haben. Alle Teilnehmenden berichteten, bereits Patient:innen mit suizidalen Verhaltensweisen psychotherapeutisch behandelt zu haben.

Häufigkeit der angewandten Interventionen

Die Häufigkeiten der Nutzung der verschiedenen Interventionen (**Tab. 2**) wurden mithilfe des Schiebereglers von 0 (nie) bis 100 % (immer) von den Teilnehmenden festgelegt. Die deskriptive Auswertung der Häufigkeiten der 29 Interventionsarten zeigte, dass bei akutem suizidalem Erleben und Verhalten der Notfallplan (M = 94,13, SD ± 11,32), dicht gefolgt von der Risikoabschätzung (M = 91,55, SD ± 15,77), die am häufigsten eingesetzte Intervention ist.

Die Interventionen, die von den Teilnehmenden in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten am häufigsten genutzt werden, sind Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten (M = 85,58, SD ± 20,89), gefolgt von Training zur Emotionsregulation/Skillstraining, (M = 84,61, SD ± 17,73), Risikoabschätzung (M = 81,60, SD ± 25,68) sowie Ressourcenförderung (M = 81,50, SD ± 19,02), Notfallplan (M = 81,00, SD ± 30,61) und Gründe fürs Leben (M = 80,90, SD ± 24,29). Im Durchschnitt wurden von den 29 zur Auswahl stehenden Interventionen 25,4 mit einer Häufigkeit von mindestens 1 % angegeben.

Als hilfreich wahrgenommene Interventionen

Von den Teilnehmenden wurden der Notfallplan (28-mal, 24,14 %), die Risikoabschätzung (12-mal, 10,34 %) sowie die Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten (11-mal, 9,48 %) als hilfreichste Interventionen bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit akuter Selbstgefährdung genannt. Die 4 Interventionen, die von den Teilnehmenden aus Sicht der Patient:innen mit akuter Selbstgefährdung als am hilfreichsten eingeschätzt wurden, sind der Notfallplan (23-mal genannt, 20,35 %), Training zur Emotionsregulation (14-mal genannt, 12,39 %) und Gründe fürs Leben (14-mal genannt, 12,39 %).

Die Interventionen, die von den Teilnehmenden bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten als am hilfreichsten eingeschätzt wurden, sind der Notfallplan (15-mal genannt, 16,13 %), Training zur Emotionsregulation (12-mal genannt, 12,90 %), Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten (7-mal genannt, 7,53 %) und Interventionen bezüglich der Therapiemotivation (7-mal genannt, 7,53 %). Die Interventionen, die von den Teilnehmenden aus Sicht der Patient:innen bei anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten als am hilfreichsten eingeschätzt wurden, sind Training zur Emotionsregulation (19-mal genannt, 20,88 %), Ressourcenförderung (10-mal genannt, 10,99 %), Notfallplan (8-mal genannt, 8,79 %) und Gründe fürs Leben (8-mal genannt, 8,79 %).

Einbezug der Bezugspersonen

Hinsichtlich des Einbezugs weiterer Personen in die Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit akuter Selbstgefährdung gaben die Teilnehmenden an, die Eltern mit einer Häufigkeit von M = 86,54 (SD ± 15,4) einzubeziehen. Weniger häufig binden die Teilnehmenden Betreuer:innen (M = 55,76, SD ± 33,81), andere Bezugspersonen (M = 34,92, SD ± 32,66), die nur von einer Person mit „Jugendhilfe" näher spezifiziert wurden, Unterstützer:innen (M = 27,84, SD ± 28,11) oder Freund:innen (M = 11,68, SD ± 14,6) ein.

Bei Kindern und Jugendlichen mit anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten gaben die Teilnehmenden an, die Eltern mit einer Häufigkeit von M = 79,49 (SD ± 27,5) einzubeziehen. Weniger häufig binden die Teilnehmenden Betreuer:innen (M = 58,75, SD ± 30,27), andere Bezugspersonen (M = 46,2, SD ± 35,52), die jedoch nicht näher spezifiziert wurden, Unterstützer:innen (M = 33,74, SD ± 28,47) oder Freund:innen (M = 18,23, SD ± 20,87) ein.

Therapieprogramme

Einunddreißig Teilnehmende (77,5 %) gaben an, die DBT-A anzuwenden, 7 Teilnehmende (17,5 %) die KVT-SP. Das ASSIP wurde von 4 Befragten (10 %) genannt. Bei der Auswahloption „Andere" wurden die Übertragungsfokussierte Therapie und die Therapie-Tools Suizidalität (Friedrich und Teismann 2022) eingetragen.

Verfahren zur Risikoabschätzung

Von den verschiedenen Instrumenten zur Risikoabschätzung wurden am häufigsten die Therapie-Tools Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen (Friedrich und Teismann 2022) (M = 47,97, SD ± 36,07) gewählt. Durchschnittlich weniger häufig werden das Suicide Status Form (SSF-4; Brausch et al. 2020; M = 17,14, SD ± 31,22) und die Skala „Nurses Global Assessment of Suicide Risk" (NGASR; Cutcliffe und Barker 2004; M = 10,5, SD ± 22,6) eingesetzt. Im Eingabefeld unter Sonstiges wurden das Tool for Assessment of Suicide Risk (TASR; Kutcher und Chehil 2007) und die Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS; Posner et al. 2008) genannt.

Einsatz von Diagnostikinstrumenten

Die Teilnehmenden gaben für die Abklärung von Suizidalität v. a. die freie Exploration, sowohl im Erstgespräch (M = 93,45, SD ± 13,55) als auch im Therapieverlauf (M = 91,8, SD ± 16,52), an. Einunddreißig Teilnehmende (77,5 %) berichteten, dass sie für die Diagnostik, das Screening und die Erfassung suizidaler Verhaltensweisen Breitbandverfahren nutzen würden. Zu den am häufigsten eingesetzten Breitbandverfahren gehören das Diagnostische Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Kinder-DIPS-OA, Schneider et al. 2018; M = 78,10, SD ± 30,8), der Fragebogen für Jugendliche im Alter von 11–18 Jahren (Youth Self-Report, YSR/11-18R; Döpfner et al. 2014)/die Child Behavior Checklist (CBCL/6-18R; Döpfner et al. 2014; M = 86,23, SD ± 25,72) und das Beck Depressions-Inventar (BDI-II; Hautzinger et al. 2006; M = 65,37, SD ± 27,91).

Von den 40 Teilnehmenden erklärten 22, spezifische Fragebogen für die Diagnostik, das Screening und die Erfassung suizidaler Verhaltensweisen zu verwenden. Zu den Fragebogen, die von den 22 Personen am häufigsten bei suizidalen Kindern und Jugendlichen genutzt werden, zählen die Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS, Posner et al. 2008), das Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview – German (SITBI-G; Fischer et al. 2014) und die Skala Suizidales Erleben und Verhalten für Kinder und Jugendliche (SSEV-KJ; Friedrich et al. 2024). Im offenen Antwortformat war als weiteres Screeninginstrument das TASR (Kutcher und Chehil 2007) zu finden.

Diskussion

Das Ziel der Studie war es, einen Überblick über die in der psychotherapeutischen Praxis genutzten Diagnostik- und Screeninginstrumente sowie Interventionen bei Kindern und Jugendlichen mit akutem und anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten zu erhalten.

Die Interventionen, die von den teilnehmenden Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut:innen am häufigsten bei Kindern und Jugendlichen mit akutem suizidalem Erleben und Verhalten angewandt werden, sind die Erstellung eines Notfallplans, die Risikoabschätzung, die Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten, die Exploration und Erarbeitung von Gründen fürs Leben sowie die Erstellung einer Krisenkontaktkarte. Übereinstimmend damit wählten die Teilnehmenden den Notfallplan als hilfreichste Intervention, sowohl aus ihrer eigenen Sicht als auch aus Sicht der Patient:innen. In der Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen mit anhaltendem suizidalem Erleben und Verhalten wurden Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten, Training zur Emotionsregulation/Skillstraining, Risikoabschätzung, Ressourcenförderung, Notfallplan und Gründe fürs Leben am

Infobox 1

Risikoabschätzung, Psychoedukation und Notfallplan

Risikoabschätzung

Das Vorliegen von Suizidgedanken, -plänen und -versuchen sollte proaktiv und konkret erfragt werden. Es empfiehlt sich, mit Kindern und Jugendlichen in der freien Exploration alle Bereiche innerhalb eines natürlichen Gesprächsverlaufs mit angepassten Formulierungen zu erfragen. Die Fragen sollten aus einer interessierten, wertschätzenden und offenen Haltung heraus gestellt werden. Auf negativ formulierte Fragen („Du denkst nicht an Suizid, oder?") sollte dringend verzichtet werden. Die Exploration ist idealerweise jeweils allein mit den Patient:innen und den Bezugspersonen durchzuführen. Diese getrennte Exploration sollte im Vorhinein angekündigt werden. In Erstgesprächen sollte bereits zu Beginn über den Rahmen der Schweigepflicht aufgeklärt werden. Inhaltlich sollten Art und Ausmaß von Suizidgedanken (beispielsweise Häufigkeit, Dauer, Intensität sowie Inhalte) und suizidalen Verhaltensweisen (beispielsweise Suizidversuche, selbstverletzendes Verhalten, Vorbereitungen, Probehandlungen), bezogen auf die aktuelle Situation und die Vergangenheit, erfragt werden. Weiter sollte das Vorliegen von Faktoren, die einen Übergang von Suizidgedanken zu Suizidhandlungen begünstigen, exploriert werden. Ergänzend sollten für eine Risikoeinschätzung protektive Faktoren und Ressourcen erfasst werden. Bei der Risikoexploration und -einschätzung kann es hilfreich sein, sich an Leitfäden oder Checklisten (z.B. Friedrich und Teismann, 2022) zu orientieren, um in angespannten Situationen alle relevanten Informationen zu erfassen. Ein entsprechendes Vorgehen hilft auch bei der Dokumentation. Zum Abschluss der Exploration sollten die Patient:innen sowie die Bezugspersonen im Sinne des informierten Konsenses über die Risikoeinschätzung informiert werden.

Grundsätzlich muss man sich jedoch darüber im Klaren sein, dass eine sichere Risikoabschätzung nicht möglich ist: Weder ist es möglich, suizidales Verhalten vorherzusagen, noch ist es möglich, – in ausreichendem Maße – zwischen Hochrisiko- und Niedrigrisikopatient:innen zu differenzieren. Der Fokus sollte weniger auf der Idee, am Ende des Gesprächs eine Kategorisierung vornehmen zu können, liegen als eher auf dem Ziel herauszufinden, was der/die Patient:in in der aktuellen Krisensituation benötigt.

Psychoedukation

Wesentliche Herangehensweise sollte eine Haltung sein, die berücksichtigt, dass Patient:innen und Bezugspersonen sowohl mit dem Thema suizidalen Erlebens und Verhaltens sowie den Behandlungsmöglichkeiten und -settings wenig vertraut sind und dem zumeist unwissend und nicht selten verunsichert gegenüberstehen. Übergeordnete Ziele können die „Normalisierung" spezifischer Symptome und der Abbau von Ängsten oder dysfunktionalen Vorstellungen („Jetzt verliere ich völlig den Verstand", „Wenn ich Suizidgedanken berichte, werde ich weggesperrt") bzw. die Klärung weitverbreiteter Mythen rund um suizidales Erleben und Verhalten sein. Hier sollten Inhalte, wie beispielsweise die Verbreitung von suizidalem Erleben und Verhalten unter Kindern und Jugendlichen, die Dynamik suizidaler Krisen bis hin zur Aufklärung über „akutstationäre Settings" ganz konkret und alltagsnah beschrieben sowie Fragen aufgegriffen und geklärt werden. Mit den Patient:innen sollte anhand der individuellen Erlebensweise ein „Störungsmodell" der suizidalen Krise erarbeitet und anhand der Erfahrungen der Patient:innen abgeleitet werden. Daraus kann eine individuelle Fallkonzeption erfolgen. Mögliche Behandlungsschritte (beispielsweise Notfallplan, Zugangsbeschränkungen) und -settings (ambulant, stationär) sollten allen Beteiligten erläutert und beschrieben werden.

Notfallplan

Beim Notfall- oder Sicherheitsplan handelt es sich um eine Liste von hierarchisch organisierten Strategien, Personen und Institutionen, die ein:e Patient:in im Fall einer sich anbahnenden suizidalen Zuspitzung anwenden bzw. kontaktieren kann. Dieser sollte in gemeinsamer Zusammenarbeit und individualisiert für die/den Patient:in erstellt werden. Bei der gemeinsamen Erstellung des Notfallplans geht es nicht darum, möglichst viele Strategien und Personen aufzulisten, sondern darum, möglichst effektive Strategien zu identifizieren. Wichtig ist es zudem, dass Patient:innen den Notfallplan immer bei sich haben z. B. als kleine Karten im Portemonnaie oder als App auf dem Smartphone. Der Notfallplan sollte immer zunächst mit den Patient:innen erstellt und dann mit den Bezugspersonen gemeinsam besprochen werden. Auf diese Weise sind die Bezugspersonen zum einen über die Inhalte des Notfallplans informiert und können bei der Umsetzung der Strategien assistieren, zum anderen können sie aber auch prüfen, ob sie die aufgelisteten Strategien und Personen für hilfreich halten. Eine Kopie des Notfallplans sollte idealerweise immer auch den Bezugspersonen ausgehändigt werden. Ein Notfallplan sollte inhaltlich folgende Punkte aufgreifen:

1. *Warnzeichen einer suizidalen Krise*: Hier sollten individuelle Anzeichen, die Hinweise für die Patient:innen geben, dass der Notfallplan eingesetzt werden sollte, aufgeführt werden.
2. *Bewältigungsstrategien, die allein umgesetzt werden können*: Dieser Punkt beinhaltet eigens aufgestellte Interventionen, die die/der Patient:in allein umsetzen kann, um suizidale Gedanken nicht in die Tat umzusetzen bzw. sich zu beruhigen, abzulenken oder aktiv zu werden.
3. *Erwachsene, die kontaktiert werden können*: Hier sollten Erwachsene benannt werden, die unterstützen können, und/oder Freund:innen, die helfen können, sich an einen Erwachsenen zu wenden.
4. *Kontakte zu professionellen Hilfsstellen*: Anlaufstellen, wenn private Kontakte nicht mehr ausreichen.

häufigsten eingesetzt. Der Einbezug der Eltern wurde von etwa zwei Dritteln der KJP-Therapeut:innen angegeben.

Die verwendeten Interventionen decken sich mit dem empirischen Stand zum Einsatz von Notfallplänen (Kennard et al. 2018; Meza et al. 2023; Nuij et al. 2021), zur Risikoabschätzung (Czyz et al. 2021; Mehlum et al. 2014), zur Psychoedukation zu suizidalem Erleben und Verhalten (Asarnow et al. 2017; Diamond et al. 2019), zum Einbezug der Eltern (Czyz et al. 2021; Asarnow et al. 2017) und zum Emotionsregulationstraining (Mehlum et al. 2014). Damit kann festgehalten werden, dass die aktuellen Empfehlungen zum Umgang mit Jugendlichen mit suizidalem Erleben und Verhalten umgesetzt werden. Da diese Interventionen von zentraler Bedeutung sind, aber dennoch mit Unsicherheiten behaftet sind, werden die Vorgehensweisen in der folgenden Infobox in übersichtlicher Form beschrieben.

Unmittelbar nach dem Aufbau einer therapeutischen Beziehung sollte eine Risikoabschätzung des aktuellen Gefährdungspotenzials erfolgen. Suizidgedanken und -absichten sind direkt und offen anzusprechen. Es hat sich inzwischen eindeutig gezeigt, dass das Ansprechen von suizidalen Absichten nicht dazu führt, dass sich Menschen etwas antun. Im Gegenteil, die direkte Ansprache kann entlastend wirken (Gould et al. 2005).

Der Einbezug der Eltern ist auf mehreren Ebenen wichtig: bei der Unterstützung des Notfallplans, beim Einsatz von Skills, bei der Einschränkung des Zugangs zu Suizidmitteln und bei der Verbesserung der familiären Kommunikation. Sowohl die therapeutische Beziehung als auch der Ein-

bezug der Bezugspersonen fördern darüber hinaus die soziale Integration.

Zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens wurde überwiegend die freie Exploration angegeben. Nur etwa die Hälfte der Teilnehmenden gab an, spezifische Fragebogen zu verwenden. Häufiger werden Breitbandverfahren, die Selbstverletzung und suizidales Erleben und Verhalten teilweise mit einem Item erfassen, eingesetzt. Es ist zu beachten, dass suizidales Erleben und Verhalten im Therapieverlauf erfasst wird und die genutzten Breitbandverfahren auch Selbstverletzungen beinhalten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie sind mit Vorsicht zu interpretieren, da die Stichprobengröße die Repräsentativität der Ergebnisse einschränkt. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein Teil der Teilnehmenden aus Ausbildungsinstituten, in denen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten einen Schwerpunkt darstellen, stammt. Eine Replikation der Studie mit einer größeren Stichprobe aus unterschiedlichen KJP-Settings ist notwendig. Des Weiteren sollten im nächsten Schritt auch die Patient:innen in die Umfrage einbezogen werden.

Als Schlussfolgerung kann festgehalten werden, dass KJP-Therapeut:innen im Umgang mit Jugendlichen mit suizidalem Erleben und Verhalten mehrere Interventionen durchführen und in der Auswahl der Interventionen den aktuellen Empfehlungen folgen.

Fazit für die Praxis

- **Das Vorliegen von Suizidgedanken, -plänen und -versuchen sollte proaktiv und konkret jeweils allein bei Patient und Bezugsperson erfragt werden.**
- **Zentrale psychotherapeutische Interventionen bei suizidalem Erleben und Verhalten sind die Erstellung von Notfall- bzw. Sicherheitsplan, Risikoabschätzung, Psychoedukation sowie der Einbezug der Eltern und Emotionsregulationstraining.**
- **Ein Notfall- oder Sicherheitsplan sollte folgende Punkte aufgreifen:**
  1. Warnzeichen einer suizidalen Krise,
  2. Bewältigungsstrategien, die allein umgesetzt werden können,
  3. Erwachsene, die kontaktiert werden können,
  4. Kontakte zu professionellen Hilfsstellen.
- **An diagnostischen Instrumenten können Breitbandverfahren mit Fragen zu Suizidalität (z. B. Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter [Kinder-DIPS-OA], Youth Self-Report, [YSR/11-18R]) als auch spezifische Verfahren (z. B. Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview-German [SITBI-G], Skala Suizidales Erleben und Verhalten für Kinder und Jugendliche [SSEV-KJ]) eingesetzt werden.**
- **Eine sichere Abschätzung des Suizidrisikos ist nicht möglich. Die Abklärung dient vorwiegend der gemeinsamen Entscheidungsfindung und Behandlungsplanung.**

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Tina In-Albon
Klinische Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universität Mannheim
L 1,1, 68131 Mannheim, Deutschland
Tina.in-albon@uni-mannheim.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Datenverfügbarkeit. Die in dieser Studie erhobenen Datensätze können auf begründete Anfrage beim Korrespondenzautor angefordert werden.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. T. In-Albon, S. Schlau und S. Friedrich geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de.

Literatur

Asarnow JR, Hughes JL, Babeva KN, Sugar CA (2017) Cognitive-behavioral family treatment for suicide attempt prevention: a randomized controlled trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 56(6):506–514. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.03.015

Brausch A, O'Connor SS, Powers JT, McClay MM, Gregory JA, Jobes DA (2020) Validating the suicide status form for the collaborative assessment and management of suicidality in a psychiatric adolescent sample. Suicide Life Threat Behav 50:263–276. https://doi.org/10.1111/sltb.12587

Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW, Wasserman C, Sarchiapone M, Resch F, Apter A, Balazs J, Barzilay S, Bobes J, Corcoran P, Cosmann D, Haring C, Iosuec M, Kahn J-P, Keeley H, Meszaros G, Nemes B, Podlogar T, Postuvan T, Saiz PA, Sisak P, Tubiana A, Varnik A, Wasserman D (2014) Lifetime prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries. J Child Psychol Psychiatry 55:337–348

Castellví P, Lucas-Romero E, Miranda-Mendizábal A, Parés-Badell O, Almenara J, Alonso I, Blasco MJ, Cebrià A, Gabilondo A, Gili M, Lagares C, Piqueras JA, Roca M, Rodríguez-Marín J, Rodríguez-Jimenez T, Soto-Sanz V, Alonso J (2017) Longitudinal association between self-injurious thoughts and behaviors and suicidal behavior in adolescents and young adults: a systematic review with meta-analysis. J Affect Disord 215:37–48

Cutcliffe JR, Barker P (2004) The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): Developing a tool for clinical practice. J Psychiatr Ment Health Nurs 11(4):393–400. https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x

Czyz EK, King CA, Prouty D, Micol VJ, Walton M, Nahum-Shani I (2021) Adaptive intervention for prevention of adolescent suicidal behavior after hospitalization: a pilot sequential multiple assignment randomized trial. J Child Psychol Psychiatry 62(8):1019–1031. https://doi.org/10.1111/jcpp.13383

DGKJP (2016) Leitlinie: Suizidalität im Kindes- und Jugendalter 2. Auflage [S2k Leitlinie]. AWMF. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-031l_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01-abgelaufen.pdf

Diamond GS, Kobak RR, Krauthamer Ewing ES, Levy SA, Herres JL, Russon JM, Gallop RJ (2019) A randomized controlled trial: attachment-based family and nondirective supportive treatments for youth who are suicidal. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 58(7):721–731. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.10.006

Donath C, Bergmann MC, Kliem S, Hillemacher T, Baier D (2019) Epidemiology of suicidal ideation, suicide attempts, and direct self-injurious behavior in adolescents with a migration background: a representative study. BMC Pediatr 19:1–15

Döpfner M, Plück J, Kinnen C (2014) Fragebogen für Jugendliche (YSR/11-18R), deutsche Schulalter-Formen der Child Behavior Checklist von Thomas M. Achenbach. Hogrefe, Göttingen

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

Abstract

Children and adolescents with suicidal thoughts and behavior. Which psychotherapeutic interventions and diagnostic instruments are used?

Background: Suicidal thoughts and behaviors are common in adolescents.
Objective: What interventions are used by child and adolescent psychotherapists in dealing with acute or persistent suicidality in children and adolescents? Which diagnostic instruments are used by child and adolescent psychotherapists in cases of suicidal thoughts and behavior in children and adolescents?
Material and methods: In this study, 40 child and adolescent psychotherapists completed a self-developed questionnaire on interventions and instruments for suicidal thoughts and behaviors based on a comprehensive literature review.
Results: In acute suicidal thoughts and behaviors, a safety plan (mean, M = 94.13, standard deviation, SD± 11.32) and a risk assessment (M = 91.55, SD± 15.77) are most frequently used. In the treatment of children and adolescents with persistent suicidal thoughts and behaviors, psychoeducation on suicidal thoughts and behavior (M = 85.58, SD± 20.89), emotion regulation training/skills training, (M = 84.61, SD± 17.73), risk assessment (M = 81.60, SD± 25.68), resource promotion (M = 81.50, SD± 19.02), and safety planning (M = 81.00, SD± 30.61) are used most frequently. Free exploration and broadband questionnaires are predominantly used to assess suicidality.
Conclusion: Child and adolescent psychotherapists use several interventions for children and adolescents with suicidal thoughts and behaviors and follow the guidelines in the choice of interventions.

Keywords
Safety planning · Risk assessment · Psychoeducation · Suicidality · Self-harm

suicidal behavior disorder. BMC Psychiatry 14(1):Article 265. https://doi.org/10.1186/s12888-014-0265-0
Fleischhaker C, Böhme R, Sixt B, Brück C, Schneider C, Schulz E (2011) Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): A clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 5(1):3. https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3
Friedrich S, Teismann T (2022) Therapie-Tools Suizidalität und Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen: Mit e-book inside und Arbeitsmaterial, 1. Aufl. Beltz
Friedrich S, Schneider S, Forkmann T, Glaesmer H, Teismann UT (2024) Validierung der Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV-KJ) für den Einsatz bei Kindern und Jugendlichen. Kindh Entwickl 33(1):36–45. https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000428
Gould MS, Marrocco FA, Kleinman M, Thomas JG, Mostkoff K, Cote J, Davies M (2005) Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs: a randomized controlled trial. JAMA 293(13):1635–1643
Gysin-Maillart A (2021) Kurztherapie nach Suizidversuch. Hogrefe, Bern
Hautzinger M, Keller F, Kühner C (2006) BDI–II. Beck-Depressions-Inventar Revision – Manual. Harcourt Test Services
Hawton K, Saunders KE, O'Connor RC (2012) Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 379(9834):2373–2382
Itzhaky L, Davaasambuu S, Ellis SP, Cisneros-Trujillo S, Hannett K, Scolaro K, Stanley BH, Mann JJ, Wainberg ML, Oquendo MA, Sublette ME (2022) Twenty-six years of psychosocial interventions to reduce suicide risk in adolescents: systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 300:511–531. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.12.094
Jobes DA (2016) Managing suicidal risk: a collaborative approach, 2. Aufl. Guilford, New York
Kennard BD, Goldstein T, Foxwell AA, McMakin DL, Wolfe K, Biernesser C, Moorehead A, Douaihy A, Zullo L, Wentroble E, Owen V, Zelazny J, Iyengar S, Porta G, Brent D (2018) As safe as possible (ASAP): a brief app-supported inpatient intervention to prevent postdischarge suicidal behavior in hospitalized, suicidal adolescents. Am J Psych 175(9):864–872. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17101151
Kothgassner OD, Robinson K, Goreis A, Ougrin D, Plener PL (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 Personal Disord Emot Dysregul 7:9. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00123-9
Kutcher S, Chehil S (2007) Putting it all together: the tool for assessment of suicide risk (TASR). In: Kutcher S, Chehil S (Hrsg) Suicide risk management: a manual for health professionals, Bd. 1. Blackwell, In, S 66–70
McCauley E, Berk MS, Asarnow JR, Adrian M, Cohen J, Korslund K, Avina C, Hughes J, Harned M, Gallop R, Linehan MM (2018) Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 75(8):777–785. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109
Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, Larsson BS, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, Grøholt B (2014) Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 53(10):1082–1091. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003
Mehlum L, Ramberg M, Tørmoen AJ, Haga E, Diep LM, Stanley BH, Miller AL, Sund AM, 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. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 55(4):295–300. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005
Meza JI, Zullo L, Vargas SM, Ougrin D, Asarnow JR (2023) Practitioner review: common elements in treatments for youth suicide attempts and self-harm—a practitioner review based on review of treatment elements associated with intervention benefits. JCPP 64(10):1409–1421. https://doi.org/10.1111/jcpp.13780
Moran P, Chandler A, Dudgeon P, Kirtley OJ, Knipe D, Pirkis J, Christensen H (2024) The Lancet Commission on self-harm. Lancet 404(10461):1445–1492
Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, Williams D (2008) Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. Br J Psychiatry 192(2):98–105
Nuij C, van Ballegooijen W, De Beurs D, Juniar D, Erlangsen A, Portzky G, Riper H (2021) Safety planning-type interventions for suicide prevention: meta-analysis. Br J Psychiatry 219(2):419–426
Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, Fisher P, Zelazny J, Burke A, Oquendo M, Mann J (2008) Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). https://cssrs.columbia.edu/wp-content/uploads/C-SSRS_Pediatric-SLC_11.14.16.pdf
Rodway C, Tham S-G, Turnbull P, Kapur N, Appleby L (2020) Suicide in children and young people: can it happen without warning? J Affect Disord 275:307–310. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.069
Schneider S, Pflug V, In-Albon T, Margraf J (2018) Kinder-DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter (Version 1). Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum https://doi.org/10.13154/RUB.101.90
Turecki G, Brent DA (2016) Suicide and suicidal behaviour. Lancet 387(10024):1227–1239
Voss C, Ollmann TM, Miché M, Venz J, Hoyer J, Pieper L, Beesdo-Baum K (2019) Prevalence, onset, and course of suicidal behavior among adolescents and young adults in Germany. JAMA Netw Open 2(10):e1914386
Voss C, Hoyer J, Venz J, Pieper L, Beesdo-Baum K (2020) Non-suicidal self-injury and its co-occurrence with suicidal behavior: An epidemiological-study among adolescents and young adults. Acta Psychiatr Scand 142(6):496–508
Witt KG, Hetrick SE, Rajaram G, Hazell P, Salisbury TLT, Townsend E, Hawton K (2021) Interventions for self-harm in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013667.pub2

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.