

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3720>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Plener, Paul L.; Straub, Joana; Kapusta, Nestor D.; Fegert, Jörg M.; Spröber, Nina

Titel: Erhebung von Suizidgedanken bei Jugendlichen: Vergleich zweier Instrumente

Erscheinungsjahr: 2012

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2012, 61 (1), 4-15

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ORIGINALARBEITEN

Erhebung von Suizidgedanken bei Jugendlichen: Vergleich zweier Instrumente

Paul L. Plener, Joana Straub, Nestor D. Kapusta, Jörg M. Fegert und Nina Spröber

Summary

Assessment of Suicidal Ideation in Adolescents: Comparison of two Instruments

Standardized instruments are crucial for a valid assessment of suicidal behavior. In questionnaire assessments the wording of questions can influence the results. In this study we compared the congruence of the Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ) and the Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) as measures of prevalence of suicidal ideation in an adolescent sample ($n = 665$, mean age: 14.8, SD: 0.66). We found a life-time prevalence of 36.4 % in the SHBQ and a one-year-prevalence of 27.8 % in the OSI. There was good agreement between the two instruments in terms of the prevalence of suicidal ideation and the association with suicide attempts. The observed rates are comparable with other studies in adolescents; differences arise with varying study designs.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61/2012, 4-15

Keywords

suicidality – adolescents – prevalence – suicidal ideation – suicide attempts

Zusammenfassung

Zur validen Erhebung suizidalen Verhaltens in epidemiologischen Studien bedarf es standardisierter Messinstrumente. Die Formulierung der Fragestellung kann dabei Einfluss auf das Ergebnis nehmen. Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden bei einer jugendlichen Stichprobe ($n = 665$, mittleres Alter: 14,8, SD: 0,66) der Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ) und das Ottawa Self-Injury Inventory (OSI) hinsichtlich ihrer Übereinstimmung in der Erhebung der Prävalenz von Suizidgedanken verglichen. Hierbei wurden eine Lebenszeitprävalenz von 36,4 % im SHBQ und eine Ein-Jahres-Prävalenz von 27,8 % im OSI erfasst. Es zeigte sich eine gute Übereinstimmung zwischen den beiden Instrumenten hinsichtlich der Prävalenz von Suizidgedanken sowie hinsichtlich der Zusammenhänge mit Suizidversuchen. Die gefundenen Raten sind mit anderen Studien bei Jugendlichen vergleichbar; Unterschiede ergeben sich bei abweichenden Studiendesigns.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 61: 4 – 15 (2012), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2012

Schlagwörter

Suizidalität – Jugendliche – Prävalenz – Suizidgedanken – Suizidversuche

1 Hintergrund

Die Erfassung von Suizidalität ist von großer Bedeutung für die klinische Praxis der Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie. Darüber hinaus findet sich die Frage nach Suizidalität auch im Rahmen von epidemiologischen Studien etwa zur Erfassung der Belastung einer Stichprobe oder aber auch um Ausgangswerte für eine Intervention zu bestimmen. Gerade auch vor dem Hintergrund der Debatte um die „suizidalitätsfördernde“ Wirkung von Antidepressiva im Jugendalter (Fegert u. Herpertz-Dahlmann, 2004; Whittington et al., 2004) ist die Relevanz einer korrekten Erfassung solcher Daten deutlich geworden und hat zu Bestrebungen geführt, die Nomenklatur und Erfassung zu verbessern (Posner et al., 2007). Zu den derzeit international gebräuchlichsten Instrumenten zur epidemiologischen Erfassung von Suizidalität bei Jugendlichen gehören Selbstbeurteilungsverfahren wie der Columbia Suicide Screen (CSS; Shaffer et al., 2004) und der Suicidal Ideation Questionnaire Junior High School Version (SIQ-JR; Reynolds, 1988). Im Erwachsenenbereich existieren darüber hinaus noch zahlreiche andere gut validierte Instrumente (f. einen Überblick s. Brown, 2006).

Die kognitive Psychologie hat sich mit verschiedenen Möglichkeiten der systematischen Testverfälschung beschäftigt; man unterscheidet hierbei zwischen unabsichtlichen/ unbewussten Testverfälschungen (z. B. Erinnerungseffekte, Repräsentativitätsheuristik, fehlendes Verständnis der Frage) und absichtlichen/bewussten Verfälschungstendenzen (z. B. durch sozial erwünschte Antworten, Ausrichten der Antworten an den Werten einer bestimmten Subkultur) (vgl. hierzu z. B. Wittchen, Üstün, Kessler, 1999; Fischer u. Wisweide, 2002). In der Vergangenheit konnte gezeigt werden, dass etwa die Art der Fragen, mit denen in Untersuchungen ein psychopathologisches Konstrukt erhoben wurde, eine deutliche Auswirkung auf die Prävalenzzahlen haben kann (vgl. etwas Regier et al., 1998).

Einen Einfluss auf die Einschätzung der Prävalenz hat also auch die der jeweiligen Erhebung zugrunde gelegte Definition des Konstrukts „Suizidalität“. Als Beispiel sei hier die Klassifikation nach Reynolds (1988) genannt, welcher Suizidgedanken („suicidal ideation“) als „Gedanken und Ideen über Tod, Suizid und schwerwiegendes selbstverletzendes Verhalten“ definiert, „inklusive Gedanken, die mit der Planung, der Ausführung und dem Ergebnis suizidalen Verhaltens in Verbindung stehen“. Demgegenüber steht die aktuelle Einteilung von Nock (2010), der die suizidale Intention (also den zugrundeliegenden eigentlichen Wunsch zu sterben) als Trennmarke zwischen suizidalen und nichtsuizidalen Gedanken und Handlungen setzt und damit den Gedanken an selbstverletzende Handlungen etwa dezidiert nicht zu den suizidalen Gedanken rechnet. In einer Übersichtsarbeit wird von Nock und Kollegen (2008a) Suizid als Akt der willentlichen Beendigung des eigenen Lebens definiert, ein Suizidversuch

als Ausführen eines potentiell selbstschädigenden Verhaltens mit zumindest einer gewissen Absicht daran zu sterben und ein Suizidplan als Formulierung einer spezifischen Methode mittels der ein Betroffener intendiert sich das Leben zu nehmen. Suizidgedanken werden definiert als Gedanken daran, ein Verhalten mit der Intention sein eigenes Leben zu beenden, auszuführen (Nock et al., 2008a).

Die Lebenszeitprävalenz suizidaler Gedanken wurde bei Erwachsenen weltweit im Rahmen der World Mental Health Studie der Weltgesundheitsorganisation ($n = 84.850$, 17 teilnehmende Nationen) unter Verwendung standardisierter Interviews bestimmt. Dabei berichteten 9,2 % der Befragten über Suizidgedanken, mit einer deutlichen Frauenwendigkeit (OR: 1,4; $P < 0,005$) (Nock et al., 2008b). In einer Übersichtsarbeit befassten sich Nock und Kollegen (2008a) auch mit der Suizidalität bei Jugendlichen. So kommt es mit dem Beginn der Adoleszenz (etwa ab dem 12. Lebensjahr) zu einem Anstieg suizidaler Verhaltensweisen, die ca. um das 16. Lebensjahr ein erstes Maximum erreichen und bis in das frühe Erwachsenenalter erhöht bleiben. Für Suizidgedanken werden Lebenszeitprävalenzen im Jugendalter (12-17 Jahre) zwischen 19,8 % und 24 % benannt, wobei auf die Bedeutung der Formulierung der Fragestellung hingewiesen wird. Studien, die etwa nach „Gedanken an den Tod“ fragten, berichteten höhere Prävalenzzahlen als Studien in denen gefragt wurde, ob die Teilnehmer „ernsthaft über Selbstmord nachdenken“ (Nock et al., 2008a). Ein-Jahres-Prävalenzen bei Jugendlichen werden zwischen 15 % und 29 % berichtet (Nock et al., 2008b). Die Tatsache, dass die Lebenszeitprävalenzen unter Jugendlichen deutlich höher als die Raten im Erwachsenenalter sind, führen Nock und Kollegen (2008a) auf ein „underreporting“ im Erwachsenenalter zurück und verweisen auf Goldney et al. (1991), die in einem longitudinalen Design zeigen konnten, dass Studienteilnehmer, die als Jugendliche und nach vier Jahren als Erwachsene befragt wurden, häufig als Erwachsene keine Suizidgedanken in ihrer Lebensspanne erinnerten, obwohl sie als Jugendliche von Suizidgedanken berichtet hatten.

Aus einer deutschen repräsentativen Stichprobe ($n = 5.759$) wurde bei Jugendlichen (mittleres Alter: 14,9, SD: 0,73) eine Lebenszeitprävalenz von 14,4 % für Suizidgedanken ermittelt (Brunner et al., 2007). Im Rahmen der BELLA Studie wurde eine 6-Monats-Prävalenz suizidaler Gedanken von 3,8 % (5,2 % bei Mädchen und 2,5 % bei Jungen) durch die teilnehmenden Jugendlichen ($n = 1.861$; 11-17 Jahre) beschrieben (Resch et al., 2008). In den ersten Ergebnissen zum Heidelberger Arm der „Saving and Empowering Young Lives in Europe“ (SEYLE) Studie findet sich eine differenzierte Erhebung von Suizidalität anhand der Paykel Skala (Paykel, Myers, Lindenthal, Tanner, 1974) für den Zeitraum der letzten zwei Wochen vor Erhebung (Resch et al., 2010). Hier berichteten 15,1 % der Mädchen und 10 % der Jungen, dass sie ihr Leben als „nicht lebenswert“ einschätzten, 7,4 % der Mädchen und 3,7 % der Jungen berichteten von einem Todeswunsch und 16,9 % der Mädchen und 8,2 % der Jungen von Suizidgedanken. Weniger als die Hälfte der Mädchen (43,5 %), jedoch 70,3 % der Jungen gaben an, innerhalb der letzten zwei Wochen keinerlei Form der Suizidalität (Gedanken und Versuche) erlebt zu haben. In einer Studie bei österreichischen Jugendlichen ($n = 214$, mittleres Alter: 15,4) wurde eine Lebenszeitprävalenz von Suizidgedanken von 37,9 % berichtet (Dervic et

al., 2007). Hierbei zeigte sich ein deutlicher Überhang an weiblichen Teilnehmern, die Suizidgedanken berichteten (48,5 % vs. 29,1 %; $p = 0,004$). Als mögliche Faktoren, die helfen können, die teilweise großen Differenzen in den Prävalenzangaben zu erklären, können hier sowohl unterschiedliche Untersuchungsdesigns (anonyme Fragebogenuntersuchungen vs. Interviews) und auch (mit Bezugnahme auf Nock und Kollegen, 2008a) verschiedene Formulierungen zur Suizidalität herangezogen werden.

Der vorliegende Beitrag vergleicht das Vorkommen von suizidalen Gedanken bei Jugendlichen mittels zweier unterschiedlicher Selbstbeurteilungsinstrumente bei derselben Stichprobe. Die bereits veröffentlichten Daten der Ulmer Schulstudie, die mittels eines Instrumentes erhoben wurden (Plener, Libal, Keller, Fegert, Muehlenkamp, 2009; Plener, Singer, Goldbeck, 2011), werden mit den bislang unveröffentlichten Daten eines zweiten in dieser Studie mitgeführten Erhebungsinstrumentes (dem Ottawa Self-Injury Inventory) verglichen. Damit handelt es sich nach Wissen der Autoren in Deutschland um die erste Studie, die systematisch den Einfluss verschiedener Untersuchungsinstrumente auf das Antwortverhalten von Jugendlichen in Bezug auf die Erhebung suizidaler Gedanken überprüft. Da bei einem Instrument die Lebenszeitprävalenz, bei dem zweiten Instrument eine Ein-Jahres-Prävalenz erhoben wird, wird angenommen, dass Suizidgedanken während der Lebensspanne von einer größeren Zahl von Jugendlichen berichtet werden als suizidale Gedanken innerhalb des letzten Jahres.

2 Methode

Im Rahmen der Ulmer Schulstudie wurden 670 Schüler der neunten Klassen der 13 teilnehmenden Schulen in Ulm und dem Alb-Donau Kreis durch Projektmitarbeiter mittels einer anonymen Fragebogenerhebung zu selbstverletzenden und suizidalen Verhaltensweisen befragt. Die Jugendlichen wurden im Vorfeld mündlich und schriftlich über die Studie und die Zielsetzung (Prävalenzerhebung von suizidalen und selbstverletzenden Verhaltensweisen) informiert, ebenso wurden die Sorgeberechtigten schriftlich informiert. Eine Studienteilnahme konnte nur bei Vorliegen einer schriftlichen Zustimmung bzw. eines informierten Einverständnisses des Jugendlichen und dessen Sorgeberechtigten erfolgen. Fünf Fragebögen wurden aufgrund offensichtlich fehlerhaft ausgefüllter Angaben (Nonsens) ausgesondert, weshalb sich die Gesamtzahl der Teilnehmer auf 665 (mittleres Alter: 14,8, SD: 0,66, w: 57,1 %) reduzierte (f. eine detaillierte Beschreibung des Studiendesigns s. Plener et al., 2009). Die Studie erhielt ein positives Votum der Ethikkommission Ulm und wurde durch das staatliche Schulamt und das zuständige Regierungspräsidium genehmigt.

2.1 Instrumente

Da es sich um eine Studie zur Erhebung von suizidalem und selbstverletzendem Verhalten handelte, wurden Instrumente gewählt, die beide Bereiche erfassen. Suizidales

Verhalten wurde anhand zweier Instrumenten erhoben. Der Self Harm Behavior Questionnaire (Gutierrez, Osman, Barrios, Kopper, 2001) ist ein international auch bei Jugendlichen gebräuchlicher Fragebogen (z. B. bei Muehlenkamp u. Gutierrez, 2004, 2007) zur Erhebung der Lebenszeitprävalenz von selbstverletzendem und suizidalem Verhalten. Eine deutsche Validierung liegt vor (Fliege et al., 2006). Der Fragebogen gliedert sich in vier Bereiche (Selbstverletzung, Suizidversuche, Suiziddrohungen, Suizidgedanken) wobei zu Beginn jedes Fragenkomplexes eine Eingangsfrage gestellt wird. Die Beantwortung weiterer detaillierter Fragen erfolgt jeweils nach positiver Beantwortung der Eingangsfrage. Die Frage nach Suizidversuchen („Hast Du je versucht, Dir das Leben zu nehmen?“) scheint ebenso wie die Frage nach Suiziddrohungen („Hast Du jemals gedroht, Selbstmord zu begehen?“) sehr verhaltensnah, während die Frage nach Suizidgedanken („Hast Du jemals darüber gesprochen oder darüber nachgedacht, sterben zu wollen oder Dir das Leben nehmen zu wollen?“) sowohl nach einer passiven („... sterben zu wollen“) wie auch nach einer aktiven („... Dir das Leben nehmen zu wollen“) Form des Todeswunsches fragt. Die Beantwortung erfolgt dichotom.

Der Ottawa Self-Injury Inventory (OSI; Nixon, Cloutier, Aggarwal, 2002) dient zur detaillierten Erfassung suizidaler und selbstverletzender Verhaltensweisen, wobei ein besonderer Schwerpunkt auf der Erfassung der Funktionen selbstverletzenden Verhaltens liegt. Im Gegensatz zum SHBQ wird hier die Ein-Jahresprävalenz erfasst („Wie oft hast Du im vergangenen Jahr daran gedacht, Dir das Leben zu nehmen/dich umzubringen“). Als Antwortmöglichkeiten stehen: „nie“, „1-5-mal“, „monatlich“, „wöchentlich“ und „täglich“ zur Verfügung. Der Fragebogen wurde bei kanadischen (Nixon et al., 2002) und ungarischen Jugendlichen (Csorba et al., 2009) eingesetzt. Im Rahmen der vorgelegten Studie erfolgte der Einsatz einer übersetzten und durch bilinguale native speaker rückübersetzten deutschen Version, für die bislang keine Validierung durchgeführt wurde.

Die hier vorgelegte Studie beschäftigt sich mit der Frage nach der Vergleichbarkeit der mittels zweier verschiedener Instrumente an der gleichen Stichprobe erhobenen Rate an Suizidgedanken im Vergleich der Lebenszeit – und der Ein-Jahres-Prävalenz. Hierbei sollen die Fragebögen (SHBQ und OSI) bzgl. ihrer Übereinstimmung bei positiver Beantwortung im Bereich der Suizidalität verglichen werden. Höhere Prävalenzangaben werden für den SHBQ erwartet, da im Rahmen dieses Instrumentes Lebenszeitprävalenzen erfasst werden. Die statistische Auswertung erfolgt mittels Predictive Analytics Software (PAWS; SPSS Inc.) Version 18.

3 Resultate

Die Ergebnisse des SHBQ wurden bereits in vorhergehenden Publikationen berichtet (Plener et al., 2009, 2011), sodass diese hier nur zusammenfassend erwähnt werden. Die mittels OSI erhobenen Ergebnisse wurden bislang noch nicht publiziert. Die Fragen zu Suizidgedanken wurden von 656 Teilnehmern beantwortet, jene nach Suiziddrohungen von 661 und jene nach Suizidversuchen von 664 Teilnehmern. Im SHBQ gaben 239

(36,4 %) der befragten Jugendlichen an, bereits zumindest einmalig an Suizid gedacht zu haben, Suiziddrohungen wurden von 104 (15,6 %) und Suizidversuche von 43 (6,47 %) der teilnehmenden Jugendlichen berichtet. Während Suizidgedanken und Suiziddrohungen häufiger von Teilnehmerinnen berichtet wurden ($w: 167, \chi^2 = 24,20, p < 0,0001$ bzw. $w: 76, \chi^2 = 12,50, p < 0,001$), zeigte sich in Bezug auf Suizidversuche kein signifikanter Geschlechtsunterschied ($w: 30, \chi^2 = 2,95, p = 0,09$). Suizidplanungen in der Vorgeschichte wurden von 102 Jugendlichen angegeben. Von den 43 Jugendlichen, die über einen Suizidversuch in der Vorgeschichte berichtet hatten, berichteten 28 von Suizidplänen und 20 von Suizidvorbereitungen (Plener et al., 2009).

Befragt nach der Ein-Jahres-Prävalenz von Suizidgedanken antworteten im OSI 657 Teilnehmer (missing: 8). Davon gaben 480 (72,2 %) an, dass sie nie im letzten Jahr suizidale Gedanken gehabt hatten, 145 (21,8 %) berichteten davon, dass sie 1-5-mal solche Gedanken gehabt hatten, 23 (3,5 %) berichteten von monatlichen Gedanken, 6 (0,9 %) von wöchentlichen und 3 (0,5 %) von täglichen Gedanken. Hierbei zeigte sich ein deutlicher Geschlechtsunterschied ($\chi^2 = 11,424, p = 0,02$) mit einer auffälligen Mädchenwendigkeit (s. Tab. 1 für Details).

Tabelle 1: Häufigkeit von Suizidgedanken innerhalb des letzten Jahres, ermittelt mit dem OSI

Suizidgedanken	Geschlecht (n)		Gesamt (n)	Gesamt (%)
	w	m		
nie	256	224	480	73,0
1-5-mal	95	50	145	22,1
monatlich	17	6	23	3,5
wöchentlich	5	1	6	0,9
täglich	2	1	3	0,5
gesamt	375	282	657	100,0

In einem zweiten Schritt wurde die Frage nach Suizidgedanken innerhalb des letzten Jahres dichotomisiert („nie“ vs. alle anderen Kategorien) und mit der Frage nach dem Vorliegen suizidaler Gedanken aus dem SHBQ (Lebenszeitprävalenz) korreliert. Dabei zeigt sich eine positive Korrelation (Spearman's $\rho = 0,644, p = 0,001$). Von den 235 Teilnehmern, die suizidale Gedanken im SHBQ schilderten, gaben 153 (65 %) auch suizidale Gedanken zumindest einmalig innerhalb des letzten Jahres im OSI an. Ein „mismatch“ findet sich bei einer kleinen Anzahl von Jugendlichen: Von 414 Teilnehmern, die das Vorliegen suizidaler Gedanken während der Lebensspanne im SHBQ verneinten, bejahten 23 (5,56 %) das Vorliegen suizidaler Gedanken innerhalb des letzten Jahres im OSI, während 391 (94,44 %) dies ebenso verneinten. Es zeigt sich insgesamt eine hohe Übereinstimmung zwischen der Frage aus dem SHBQ zur Lebenszeitprävalenz suizidaler Gedanken und der Frage zur Ein-Jahres-Prävalenz im OSI.

Auch für den Bereich der Suizidversuche zeigte sich eine hohe Übereinstimmung. Von den 43 Jugendlichen, die im SHBQ über einen Suizidversuch in der Vergangenheit berichteten, gaben 31 (72,09 %) im OSI Suizidgedanken innerhalb des vergangenen

Jahres an. Im Vergleich schilderten nur 23,78 % der Teilnehmer ohne einen Suizidversuch in der Vorgeschichte Suizidgedanken im OSI innerhalb des letzten Jahres. Auch hier findet sich eine positive Korrelation (Spearman's $\rho = 0,269$, $p = 0,001$). Dieser Zusammenhang wird noch deutlicher, wenn man nur jene Teilnehmer in die Analyse einbezieht, die laut SHBQ innerhalb des letzten Jahres einen Suizidversuch verübt haben ($n = 19$). Von diesen beschrieben 17 (89,47 %) im OSI Suizidgedanken innerhalb des letzten Jahres (Spearman's $\rho = 0,363$, $p = 0,02$).

4 Diskussion

Die vorgelegte Arbeit beschäftigt sich mit der Vergleichbarkeit von Angaben zur Suizidalität (v. a. im Hinblick auf Suizidgedanken) im Rahmen einer epidemiologischen Studie und untersucht den Einfluss von gewählter Zeitspanne (Lebenszeit vs. Ein-Jahres-Spanne) und Fragestellung. Es wurde gezeigt, dass (befragt nach der Lebenszeitprävalenz) 36,4 % der Jugendlichen im SHBQ und (befragt nach der Ein-Jahres-Prävalenz) 27,8 % im OSI Suizidgedanken berichteten. Damit zeigt sich insgesamt eine gute Übereinstimmung der beiden Instrumente, die durch die positiven Korrelationen zwischen dem Vorhandensein von Suizidgedanken innerhalb des letzten Jahres im OSI und Suizidversuchen, die im SHBQ berichtet werden, untermauert wird. Darüber hinaus zeigt sich eine deutlich höhere Prävalenz von Suizidgedanken bei Mädchen als bei Jungen.

Betrachtet man die Fragestellung dieser Arbeit, so kann vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse davon ausgegangen werden, dass sich verschiedene Fragen zur Erhebung der Prävalenz suizidaler Handlungen bezüglich ihres Ergebnisses ähneln. Eine direkte Vergleichbarkeit ist durch die unterschiedlichen Zeiträume (Lebenszeit vs. Ein-Jahres-Prävalenz) erschwert. Erwartungsgemäß finden sich im Instrument mit der umfassenderen Formulierung (im SHBQ wird nach passivem und aktivem Todeswunsch gefragt, im OSI nach aktiver Beendigung des eigenen Lebens) und dem längeren Zeitraum höhere Prävalenzzahlen, wobei aufgrund des Studiendesigns eine Differenzierung zwischen dem Effekt, der durch die längere Erhebungszeitspannen bedingt ist und jener, der durch die Formulierung bedingt ist, nicht getroffen werden kann. Nur ein kleiner Teil der Jugendlichen beschrieb das Vorliegen von Suizidgedanken innerhalb des letzten Jahres, verneinte aber das Vorliegen von Suizidgedanken innerhalb der gesamten Lebenszeit. Hier kann vermutet werden, dass die umfassendere Formulierung im SHBQ möglicherweise für diese Jugendlichen zu unkonkret formuliert war und eine Zuordnung zu eigenem Erleben erst mit der Formulierung des aktiven Todeswunsches im OSI möglich wurde.

4.1 Suizidraten im internationalen Kontext

Betrachtet man unsere Ergebnisse im Kontext internationaler Literatur, so kann festgehalten werden, dass die Prävalenzraten sowohl in Bezug auf die Ein-Jahres-Prä-

valenz wie auch auf die Lebenszeitprävalenz im internationalen Durchschnitt liegen (vgl. Nock et al., 2008). Die Lebenszeitprävalenz, die im Rahmen der Studie gefunden wurde, scheint auch gut mit den Angaben aus einer österreichischen Schulpopulation vergleichbar (Dervic et al., 2007). Diskrepanzen ergeben sich zu den aus Deutschland vorliegenden Ergebnissen, die deutlich geringere Raten an Suizidgedanken berichteten (Brunner et al., 2007; Resch et al., 2008). Hier ist zum einen die Art der Befragung zu nennen, die etwa eine Vergleichbarkeit mit der BELLA Studie (Telefoninterview und Fragebogen) erschwert, gerade auch was die Anonymität der Befragung betrifft (Diskussion s. unten). Die Heidelberger Schulstudie von Brunner et al. (2007) ist bezüglich Setting (Fragebogenstudie in einer Schule) vergleichbar, was die Frage nach der Begründung für den drastischen Prävalenzunterschied aufwirft, noch dazu vor dem Hintergrund, dass die beiden Populationen ein vergleichbares Alter aufweisen. Hier wäre die Art der gewählten Fragestellung in Betracht zu ziehen. Dies scheint jedoch angesichts der hier vorgelegten Arbeit als Erklärungsmodell wenig zufriedenstellend, da gezeigt werden konnte, dass zwischen zwei verschiedenen Formulierungen zu Suizidgedanken (wobei die Fragestellung im SHBQ eher weiter gefasst und im OSI sehr verhaltensnah erscheint) wenig Unterschied in den Prävalenzraten besteht. Zudem muss beachtet werden, dass in einer neueren Erhebung der Heidelberger Studiengruppe im Rahmen der SEYLE Studie mittels der bzgl. Suizidalität relativ expliziten Paykel Skala nur bezogen auf einen zwei Wochen Zeitraum (s. Einleitung) höhere Werte berichtet wurden. Eine andere Erklärung für die Differenz könnte ein Selektions- bzw. Carry-over-Effekt sein. Während die Studie von Brunner und Kollegen (2007) als Heidelberger Jugendgesundheitsstudie durchgeführt wurde und viele andere Bereiche neben selbstverletzendem und suizidalem Verhalten erhoben wurden, wurde die vorliegende Studie im Klassenzimmer explizit als Studie über selbstverletzendes und suizidales Verhalten angekündigt. Die Teilnahmerate betrug bei Brunner et al. (2007) 95,8 %, bei der hier vorgelegten Studie 64,8 %. Neben der abweichenden Rekrutierung in Bezug auf die schriftliche Information der Eltern vs. das notwendige schriftliche Einverständnis der Eltern (das in der vorliegenden Studie gefordert wurde), ist hier entsprechend ein Selektionseffekt im Sinne einer Überrepräsentierung Betroffener als Limitation zu diskutieren.

Insgesamt kann also festgehalten werden, dass sich bei unterschiedlichen Studiendesigns unterschiedliche Prävalenzraten ergeben können, bei gleichen Rahmenbedingungen der Effekt unterschiedlich formulierter Fragestellungen jedoch als eher gering einzustufen ist.

4.2 Ethische Fragestellungen in epidemiologischen Studien zur Suizidalität

Gerade die Beschäftigung mit den Bereichen des Einverständnisses und der Anonymität ist im Rahmen der Konzeption solcher Studien von großer Bedeutung, um einerseits verwertbare Ergebnisse zu erhalten, andererseits aber auch ein großes Maß an Sicherheit zu wahren.

Die epidemiologische Untersuchung suizidaler Verhaltensweisen stellt die Verantwortlichen vor zwei Fragen: 1. Kann durch eine Befragung suizidales Verhalten angestoßen werden, bzw. gibt es einen iatrogenen Effekt solcher Befragungen? 2. Wie kann man mit den suizidalen Äußerungen umgehen?

Auf die erste Frage existiert eine Antwort im Sinne von empirischen Untersuchungen zu dem Thema. So konnte von Gould et al. (2005) gezeigt werden, dass es im Rahmen von einer Fragebogenuntersuchung bei 2.342 Jugendlichen, bei der nach dem Thema Suizidalität gefragt wurde, zu keiner erhöhten Rate suizidalen Verhaltens im Anschluss an die Untersuchung gekommen war, bzw. dass Jugendliche, die tatsächlich suizidales Verhalten angegeben hatten, diese Untersuchungen sogar als Erleichterung erlebt hatten. Aktuell wurde auch der iatrogene Effekt einer mündlichen Nachfrage im Sinne eines Suizidalitätsscreenings bei Erwachsenen während eines Hausarztbesuches erhoben. Auch hier zeigte sich im Verlauf keinerlei Anstieg an Suizidalität in der Gruppe, die den Screeningfragen gegenüber „exponiert“ waren, im Vergleich zu denjenigen, die – randomisiert – nicht nach Suizidalität gefragt worden waren (Crawford et al., 2011). Es kann daher basierend auf der bisherigen Datenlage davon ausgegangen werden, dass die Erhebung von suizidalem Verhalten keine Suizidalität „triggert“.

Darüber hinaus bleibt die Schwierigkeit bestehen, wie bei geschilderten suizidalen Verhaltensweisen im Rahmen von epidemiologischen Untersuchungen vorzugehen ist. Hier bieten sich zwei Möglichkeiten. Zum einen kann ein zweistufiges Design gewählt werden, d. h. dass ein Fragebogen ausgefüllt wird, der zeitnah von einem Untersucher gesehen wird. Falls ein Hinweis auf ein Risiko für suizidales Verhalten (etwa die Angabe eines Suizidversuches in der Vergangenheit) besteht, so wird in einem zweiten Schritt eine mündliche Risikoeinschätzung im Gespräch mit dem Teilnehmer getroffen, die Veranlassung zu weiteren Hilfeleistungen (bis hin zur Klinikaufnahme bei akuter Suizidalität) sein kann. Der Vorteil eines solchen Vorgehens liegt in dem niedrigschwelligen Hilfeangebot für eventuell bedürftige Jugendliche. Ein anonymes Studiendesign ist jedoch bei einem solchen Vorgehen nicht möglich, was mitunter zu absichtlich falschen Antworten beim Ausfüllen führen kann, wenn Schüler sich einem solchen Interview nicht stellen wollen.

Da bei einer anonymen Erhebung keine Rückverfolgung der Einzelperson möglich ist, sind bei solchen Vorgehensweisen daher „Sicherheitsnetze“ empfehlenswert. So können etwa Kontaktkarten im Rahmen von solchen Studien ausgegeben werden, die eine Ansprechperson mit Telefonnummer und E-Mail Adresse benennen, an die sich teilnehmende Jugendliche im Bedarfsfall wenden können. Zusätzlich ist die Ausgabe von „Hilfe!“ Karten (vgl. hierzu Laye-Gindhu u. Schonert-Reichel, 2005 und Plener et al., 2009) sinnvoll, auf welche Jugendliche, insofern sie Hilfebedarf bei sich sehen und anrufen werden wollen, ihre Telefonnummer eintragen können. Diese Karten sind dann selbstverständlich getrennt von den Fragebögen einzusammeln um die Anonymität nicht zu gefährden. Somit sind sowohl ein aktiver als auch ein eher passiver Weg zu einer Kontaktaufnahme gebahnt. In der Ulmer Schulstudie wurde gezeigt, dass diese Möglichkeit von sieben Teilnehmern (1,04 %), genutzt wurde, wobei es sich

bei einer Meldung um einen Scherz handelte, zwei Teilnehmer Hilfe im Umgang mit Problemen mit ihren Freunden suchten und vier Hilfe im Umgang mit selbstverletzendem Verhalten erfragten (Plener et al., 2009).

4.3 Limitationen

Als wichtige Limitation ist zu werten, dass zur Teilnahme an der vorliegenden Studie eine schriftliche Einverständniserklärung sowohl der Teilnehmer als auch deren Sorgeberechtigten verlangt wurde. Dies führte zu einer Teilnahmerate (64,8 %), die zwar als zufriedenstellend für Studien dieser Art bezeichnet werden kann, jedoch deutlich geringer ausfiel als im Rahmen anderer epidemiologischer Studien in diesem Bereich (vgl. Brunner et al., 2007). Von Tigges (2003) wurde festgehalten, dass durch fehlende Zustimmung der Eltern eher jene Schüler nicht an einer Studie teilnahmen, die das gesuchte Problemverhalten aufweisen, und es damit zu einer Unterrepräsentation Betroffener kommt. Demgegenüber steht die Tatsache, dass trotz geringerer Teilnahmerate höhere Prävalenzraten als in der vergleichbaren Schulstudie von Brunner und Kollegen (2007) gefunden wurden, was möglicherweise auf die Art der Ankündigung der Studie und einer damit stattgefundenen Selektion zurückgeführt werden kann. Als wesentliche Limitation ist zudem die nicht unmittelbare Vergleichbarkeit der Angaben zu werten, die auf die unterschiedlichen Erhebungszeiträume (Lebenszeit- vs. Ein-Jahres-Prävalenz) zurückzuführen ist. Im Rahmen der vorliegenden Studie konnten andere Testverfälschungsmöglichkeiten (wie etwa sozial erwünschtes Antworten) nicht überprüft werden. Hierzu wäre die zusätzliche Erhebung von Validitäts- und Reliabilitätsitems notwendig (vgl. Morbitzer, Spröber, Hautzinger, 2009).

Zusammenfassend wurde in der vorliegenden Studie die Übereinstimmung der Raten an Suizidgedanken verglichen, die mittels zweier verschiedener Instrumente an derselben Studienpopulation erhoben wurden. Dabei zeigte sich ein hoher Grad der Übereinstimmung zwischen den beiden Fragen zu Suizidgedanken sowie auch zu anderen Bereichen suizidalen Verhaltens wie etwa Suizidversuchen. Somit kann festgehalten werden, dass die Art des Studiendesigns einen größeren Einfluss auf die Prävalenzraten zu haben scheint, als die Formulierung der Fragestellung, was v. a. in Bezug auf die Vergleichbarkeit von Studien Relevanz besitzt.

Literatur

- Brown, G. K. (2006). A review of suicide assessment measures for intervention research with adults and older adults. Download unter: http://www.suicidology.org/c/document_library/get_file?folderId=235&name=DLFE-113.pdf
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161, 641-649.

- Crawford, M. J., Thana, L., Methuen, C., Ghosh, P., Stanley, S. V., Ross, J., Gordon, F., Blair, G., Bajaj, P. (2011). Impact of screening for risk of suicide: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198, 379-384.
- Csorba, J., Dinya, E., Plener, P., Nagy, E., Páli, E. (2009). Clinical diagnoses, characteristics of risk behaviour, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practising self-injury. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 18, 309-320.
- Dervic, K., Akkaya-Kalayci, T., Kapusta, N. D., Kaya, M., Merl, E., Vogel, E., Pellegrini, E., Friedrich, M.H. (2007). Suicidal ideation among Viennese high school students. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 119, 174-180.
- Fegert, J. M., Herpertz-Dahlmann, B. (2004). Administration of selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) for depression in children and adolescents. *Nervenarzt*, 75, 908-910.
- Fischer, L., Wiswede, G. (2002). *Grundlagen der Sozialpsychologie*. München: Oldenburg.
- Fliege, H., Kocalevent, R. D., Walter, O. B., Gratz, K. L., Gutierrez, P. M., Klapp, B. F. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behaviour: Evaluation and psychological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 113-121.
- Goldney, R. D., Smiths, S., Winefield, A. H., Tiggeman, M., Winefield, H. R. (1991). Suicidal ideation: Its enduring nature and associated morbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 115-120.
- Gould, M. S., Marrocco, F. A., Kleinmann, M., Thomas J. G., Mostkoff, K., Cote, J., Davies, M. (2005). Evaluating iatrogenic risk of youth suicide screening programs. *Journal of the American Medical Association*, 293, 1653-1643.
- Gutierrez, P. M., Osman, A., Barrios, F. X., Kopper, B. A. (2001). Development and initial validation of the self-harm behaviour questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77, 475-490.
- Laye-Gindhu, A., Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm among community adolescents: Understanding the „Whats“ and „Whys“ of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447-457.
- Morbitzer, P., Spröber, N., Hautzinger, M. (2009). Wie zuverlässig sind Selbsteinschätzungen von Schülern zum Vorkommen von Bullying? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 58, 81-95.
- Muehlenkamp, J. J., Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between self-injurious behaviour and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 12-23.
- Muehlenkamp, J. J., Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1333-1341.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annu Rev Clin Psychol*, 6, 339-363.
- Nock M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C., Lee, S. (2008a). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30, 133-154.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W. T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J. P., Levinson, D., Medina-Mora M. E., Ono, Y., Posada-Villa, J., Williams, D. (2008b). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192, 98-105.

- Paykel, E. S., Myers, J. K., Lindenthal, J. J., Tanner, J. (1974). Suicidal feelings in the general population: A prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 124, 460-469.
- Plener P. L., Libal, G., Keller, F., Fegert, J. M., Muehlenkamp, J. J. (2009). An international comparison of adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA. *Psychological Medicine*, 39, 1549-1558.
- Plener, P. L., Singer, H., Goldbeck, L. (2011). Traumatic events and suicidality in a German adolescent community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 1212-124.
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1035-1043.
- Regier, D. A., Kaelber, C. T., Rae, D. S., Farmer, M. E., Knauper, B., Kessler, R. C., Norquist, G. S. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Resch, F., Brunner, R., Kaess, M., Parzer, P., Klug, K., Fischer, G., Frisch, J., Schönbach, N., Schirmer, J., Lenzen, C. (2010). SEYLE Zwischenbericht. Download unter: http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/pressestelle/PM_neu/Zwischenbericht_Ergebnispräsentation_final.pdf
- Resch, F., Parzer, P., Brunner, R., BELLA study group (2008). Self-mutilation and suicidal behaviour in children and adolescents in Germany: Prevalence and psychosocial correlates. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 92-98.
- Reynolds, W. M. (1988). Suicidal Ideation Questionnaire: Professional Manual. Psychological Assessment Ressources.
- Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C. P., Garfinkel, R., Greenwald, S. (2004). The Columbia SuicideScreen: Validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 71-79.
- Tigges, B. (2003). Parental consent and adolescent risk behavior research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 283-289.
- Whittington, C. J., Kendall, T., Fongay, P., Cottrell, D., Cotgrove, A., Boddington, E. (2004). Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data. *Lancet*, 363, 1341-1345.
- Wittchen, H. U., Üstün, T. B., Kessler, R. C. (1999). Diagnosing mental disorders in the community. A difference that matters? *Psychological Medicine*, 29, 1021-1027.

Korrespondenzanschrift: Dr. med. P. L. Plener, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstr. 5, 89077 Ulm;
E-Mail: paul.plener@uniklinik-ulm.de

Paul L. Plener, Joana Straub, Jörg M. Fegert und Nina Spröber, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm; Nestor D. Kapusta, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie an der Medizinischen Universität Wien.