Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV)

Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften

Tobias Teismann¹, Thomas Forkmann², Heide Glaesmer³, Georg Juckel⁴ und Jan C. Cwik⁵

¹Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum

²Abteilung für Klinische Psychologie, Universität Duisburg-Essen

³Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig

⁴Abteilung für Psychiatrie, LWL-Universitätsklinik, Ruhr-Universität Bochum

⁵Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität zu Köln

Zusammenfassung: Suizidales Erleben und Verhalten ist in klinischen Kontexten sehr verbreitet. Während international diverse Messinstrumente zur Erfassung von Suizidalität entwickelt und validiert wurden, gibt es nur wenige deutsche Messinstrumente. In der vorliegenden Studie wurde die neu entwickelte Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV) in fünf Stichproben mit insgesamt $N = 1\,099$ Proband_innen im Hinblick auf ihre psychometrischen Eigenschaften untersucht. Die faktorenanalytische Untersuchung (explorative und konfirmatorische Faktorenanalyse) ergab eine eindimensionale Struktur des Fragebogens. Die interne Konsistenz der SSEV ist hoch und es zeigten sich erwartungsgemäß positive Zusammenhänge zu diversen Maßen aktueller Theoriemodelle suizidalen Erlebens und Verhaltens, sowie zu Depressivität, Angst und Stress. Weitere Analysen zeigten erwartungskonform negative Zusammenhänge mit sozialer Unterstützung und positiver mentaler Gesundheit. Insgesamt verweisen die Ergebnisse darauf, dass es sich beim SSEV um ein reliables und valides Instrument zur Erfassung von akutem suizidalem Erleben und Verhalten handelt, welches in der Forschung und der klinischen Praxis angewendet werden kann.

Schlüsselwörter: Suizidgedanken, Suizidversuche, Suizidalität, Reliabilität, Validität

Scale for Suicidal Experience and Behavior (SSEV): Factor Structure and Psychometric Properties

Abstract: Suicide ideation and suicide behavior occur commonly in clinical contexts. While various instruments for the assessment of suicidality have been developed and validated internationally, only few German instruments are presently available. The present study examines the psychometric properties of the newly developed Scale for Suicidal Experience and Behavior (SSEV) in five samples with $N = 1\,099$ subjects. Exploratory and confirmatory factor analysis revealed a one-dimensional structure of the scale. The internal consistency of the scale is high, and strong positive associations were found with various measures of current theoretical models of suicide as well as with depression, anxiety, and distress. Further analyses exhibited negative correlations with social support and positive mental health. Overall, the results indicate that the SSEV is a reliable and valid instrument for measuring acute suicidality and can be applied in research and clinical practice.

Keywords: suicide ideation, suicide attempts, suicidality, reliability, validity

Suizidgedanken, Suizidpläne und suizidales Verhalten sind in klinischen Populationen sehr verbreitet (Bernal et al., 2007) und gelten als zentrale Risikofaktoren für Suizide (Franklin et al., 2017). Das Vorliegen von Suizidgedanken und lebenszeitlichen Suizidversuchen muss im klinischen Kontext – insbesondere bei Erstkontakten in psychosozialen und psychiatrischen Institutionen – daher routinemäßig in einem persönlichen Gespräch abgeklärt werden (DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, 2015). Da es manchen Betroffenen leichter zu fallen scheint suizidale Erlebensweisen bei einer Fragebogenerhebung zu offenbaren (Vannoy

& Robins, 2011), bietet es sich jedoch an, das diagnostische Gespräch durch den Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten zu ergänzen. Dies gilt umso mehr, da selbstberichtetes und fremdbeurteiltes suizidales Erleben vielfach nur in geringem Maße miteinander korrelieren (Jobes, Jacoby, Cimboric & Hustead, 1997) und die selbstberichtete Suizidalität eine stärkere prädiktive Bedeutung für suizidales Verhalten zu besitzen scheint als fremdbeurteilte Suizidalität (Joiner, Rudd & Rajab, 1999). Während im angloamerikanischen Raum eine Vielzahl an suizidbezogenen Messinstrumenten entwickelt und validiert wur-

den (Batterham et al., 2015) ist die Verfügbarkeit und Verwendung ebendieser Instrumente im deutschsprachigen Raum bislang gering (Forkmann, Teismann & Glaesmer, 2016).

Validierte deutsche Versionen von international gebräuchlichen Selbstbeurteilungsinstrumenten zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens liegen ausschließlich für die Suizidalitätsskala des Depressive Symptomatology Index (DSI-SS; dt. Version: von Glischinski, Teismann, Prinz, Gebauer & Hirschfeld, 2016), den Suicide Behaviours Questionnaire-Revised (SBQ-R; dt. Version: Glaesmer et al., 2018) und die Beck Scale for Suicide Ideation (BSS; dt. Version: Kliem & Brähler, 2015a) vor. Die DSI-SS erfasst mit vier Items die Häufigkeit und Intensität von suizidalen Gedanken und Impulsen in den vergangenen zwei Wochen; suizidales Verhalten wird nicht erfragt. In einer gemischten Stichprobe (Online-sample, ambulante und stationäre Patient_innen) wies die deutsche Fassung des DSISS eine hohe interne Konsistenz auf ($\alpha = .90$) und korrelierte signifikant positiv mit Risikofaktoren wie Impulsivität, Hoffnungslosigkeit, Depressivität, fehlendem Zugehörigkeitserleben und dem Eindruck eine Last für andere zu sein ($rs \geq 0.50$; von Glischinski et al., 2016). Die vier Items des SBQ-R erfassen unterschiedliche Facetten suizidalen Erlebens und Verhaltens (lebenszeitliche Suizidgedanken, -pläne und -versuche; Suizidgedanken während der letzten 12 Monate; Äußerung von Suizidabsichten; Wahrscheinlichkeit zukünftiger Suizidhandlungen). Die deutsche Version des SBQ-R wies in einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe eine akzeptable interne Konsistenz auf ($\alpha = .72$) und korrelierte positiv mit Depressivität, Ängstlichkeit, fehlendem Zugehörigkeitserleben und dem Eindruck eine Last für andere zu sein ($rs \geq 0.20$; Glaesmer et al., 2018). Kritisch werden jedoch einerseits die Skalierungen der SBQ-R-Items gesehen, da diese nicht konsequent intervallskaliert sind und unterschiedlich viele Stufen enthalten sowie andererseits der variierende zeitliche Bezug (prospektiv, retrospektiv) der verschiedenen Items (Forkmann et al., 2016). Beide Instrumente werden für den Einsatz in Populationsstudien gleichwohl empfohlen (Batterham et al., 2015); im klinischen Alltag sind sie hingegen nur eingeschränkt hilfreich: Mit der DSI-SS werden weder Suizidabsichten noch Suizidversuche erfasst und mit dem SBQ-R lässt sich kein gegenwärtiges suizidales Erleben erfassen. All diese Informationen sind jedoch wichtig für Behandler_innen.

Die BSS erfasst mit insgesamt 19 Items u. a. den Wunsch zu sterben, Intensität und Dauer von Suizidwünschen und -plänen sowie Vorbereitungen für einen Suizidversuch während der zurückliegenden Woche. Mit zwei Zusatzitems werden lebenszeitliche Suizidversuche und deren Ernsthaftigkeit erfragt. Die BSS ist ein etabliertes Instru-

ment zur Erfassung des Suizidrisikos in der klinischen Versorgung und in der Forschung. In einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe wies die deutsche Gesamtskala des BSS eine gute interne Konsistenz auf ($\alpha = .88$). Darüber hinaus fanden sich moderat positive Korrelationen mit Depressivität und Hoffnungslosigkeit ($rs \geq 0.25$) sowie eine negative Korrelation mit Lebenszufriedenheit ($r = -0.29$; Kliem & Brähler, 2015a). Kritisch gesehen werden jedoch die unklare faktorielle Struktur der BSS (mit teils unzureichender Reliabilität von Subskalen; Spangenberg et al., 2020), die Bearbeitungszeit von 10 Minuten und die Tatsache, dass der Einsatz des Fragebogens mit Lizenzkosten verbunden ist. Schlussendlich wird in den deutschen Versionen des DSI-SS und der BSS durchgängig der problematische Begriff „Selbstmord“ statt des inzwischen gebräuchlichen Begriffs „Suizid“ verwendet.

Vor diesem Hintergrund wurde mit der Skala Suizidales Erlebens und Verhaltens (SSEV) ein deutscher Fragebogen entwickelt, der sich an der klinischen Risikoabschätzung bei suizidalen Patient_innen orientiert: Mit großer Übereinstimmung wird in entsprechenden Leitfäden zur Risikoabschätzung (u. a. Chu et al., 2015; Jobes, 2016; Teismann, Koban, Illes & Oermann, 2016) die Notwendigkeit betont Frequenz und Intensität von passiven und aktiven Suizidgedanken zu erfragen (Baca-Garcia et al., 2011) und Informationen zu Suizidabsichten, Suizidimpulsen, Suizidplänen und vorangegangenen Suizidversuchen zu erfassen. Die Entwicklung des SSEV zielt darauf ab ein Instrument zu entwickeln, welches sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung Verwendung finden kann und den folgenden – von Batterham und Kollegen (2015, p. 503) aufgestellten – Evaluationskriterien entspricht: 1. explizite Erfassung von Suizidgedanken und suizidalem Verhalten, 2. kurz und einfach zu bearbeiten, 3. Erhebung quantitativer Daten und 4. kostenfrei verfügbar.

Im Rahmen der vorliegenden Studie soll die Faktorstuktur der SSEV, sowie Reliabilität und Konstruktvalidität an vier klinischen Stichproben und einer Onlinestichprobe bestimmt werden. Zentrale Konstrukte aktueller Theoriemodelle dienen dabei der Validierung des Fragebogens. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um den Eindruck eine Last für andere und nicht Teil einer wertgeschätzten Gruppe zu sein (Joiner, 2005), den Eindruck in einer ausweglosen Situation gefangen zu sein (O'Connor, 2011), das Erleben von Hoffnungslosigkeit (Wenzel & Beck, 2008) und der Eindruck nicht lebenswert zu sein bzw. einen Zustand nicht länger ertragen zu können (Rudd, 2006). Vor dem Hintergrund der entsprechenden Studienlage (Chu et al., 2017; Siddaway, Taylor, Wood & Schulz, 2015) werden signifikant positive Korrelationen zwischen sämtlichen der genannten Risikobefindlichkeiten und den SSEV-Werten erwartet. Im Sinne etablierter

Resilienzfaktoren wurden zudem positive mentale Gesundheit und soziale Unterstützung (Teismann, Forkmann, Glaesmer, Egeri & Margraf, 2016) zur Validitätsbestimmung einbezogen. Erwartet werden signifikant negative Korrelationen zwischen den genannten Resilienzfaktoren und den SSEV-Werten. Vor dem Hintergrund einer uneinheitlichen Gesamtbefundlage (Forkmann, Brähler, Gauggel & Glaesmer, 2012; Ladwig et al., 2010; Nock, Borges & Ono, 2012) sollen zudem potentielle Alters- und Geschlechtseffekte explorativ untersucht werden.

Material und Methoden

Stichprobe

Die vorliegende Untersuchung schließt $N = 1\,099$ Proband_innen aus fünf unabhängigen Stichproben ein.

Ambulante Patient_innen (AP). Insgesamt wurden $n = 635$ Ambulanzpatient_innen ($n = 410$, 65 % Frauen; Alter in Jahren: $M = 37.15$, $SD = 13.34$), die zwischen April 2017 und Dezember 2017 (AP-1; $n = 277$), zwischen April 2018 und Oktober 2018 (AP-2; $n = 186$) und April 2019 und Oktober 2019 (AP-3; $n = 172$) eine Therapie an einer universitären Hochschulambulanz im Ruhrgebiet aufnahmen, eingeschlossen. In der ersten ambulanten Stichprobe (AP-1) litten die meisten Patient_innen unter affektiven Störungen (ICD-10, F3: 46 %), neurotischen, stressbedingten und somatoformen Störungen (ICD-10, F4: 39 %), Persönlichkeitsstörungen (ICD-10, F6: 5 %) und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (ICD-10, F5: 51 %). Die meisten Patient_innen aus der ambulanten Stichprobe AP-2 litten unter affektiven Störungen (F3: 47 %), neurotischen, stressbedingten und somatoformen Störungen (F4: 41 %), Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5: 4 %) und Persönlichkeitsstörungen (F6: 6 %). Innerhalb der dritten ambulanten Stichprobe (AP-3) litten die meisten Patient_innen unter affektiven Störungen (F3: 30 %), neurotischen, stressbedingten und somatoformen Störungen (F4: 59 %) und Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5: 8 %). Insgesamt gaben 84 (13 %) der Ambulanzpatient_innen an, im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternommen zu haben. Die drei Gruppen unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich ihres Geschlechts ($p = 0.600$) und Alter ($p = 0.304$), es zeigte sich jedoch ein signifikanter Unterschied in der relativen Diagnosehäufigkeit ($p = 0.003$); nichts desto trotz leiden in allen drei Stichproben die allermeisten Patient_innen an affektiven Störungen oder Angststörungen (siehe oben).

Stationäre Patient_innen (SP). Eingeschlossen wurden $n = 163$ Personen ($n = 91$, 56 % Frauen; Alter in Jahren: $M = 38.67$, $SD = 14.55$), die in den vergangenen sechs Monaten entweder nach einem Suizidversuch ($n = 82$, 50 %) oder wegen akuter Suizidgefährdung ($n = 81$, 50 %) in einer psychiatrischen Klinik behandelt wurden. Zum Zeitpunkt der stationären Behandlung litten die meisten Patient_innen unter affektiven Störungen (F3: 66 %), neurotischen, stressbedingten und somatoformen Störungen (F4: 14 %) und Persönlichkeitsstörungen (F6, 10 %). Mehr als zwei Drittel (72 %) der stationären Patient_innen gaben an, im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternommen zu haben.

Online Proband_innen (OP). Zwischen Dezember 2018 und Mai 2019 nahmen $n = 301$ Proband_innen ($n = 172$, 57 % Frauen; Alter in Jahren: $M = 32.22$, $SD = 13.68$) an einer Onlineerhebung teil. Es berichteten etwa ein Fünftel (21 %), in der Vergangenheit an einer psychischen Erkrankung gelitten zu haben und 9 % gaben an derzeit psychisch erkrankt zu sein. Neunundzwanzig Proband_innen (10 %) gaben an, in der Vergangenheit mindestens einen Suizidversuch unternommen zu haben. Die Datenerhebung erfolgte online in anonymisierter Form mittels des Portals <https://www.soscisurvey.de>. Die Teilnehmer_innen wurden durch Aushänge in Universitäten, psychotherapeutischen Ambulanzen und Praxen sowie über soziale Medien auf die Studie aufmerksam gemacht.

Vor der Untersuchung wurden alle Teilnehmer_innen über den Zweck der Studie, den freiwilligen Charakter ihrer Teilnahme, die Datenspeicherung und -sicherung informiert. Alle Proband_innen gaben ihr schriftliches Einverständnis zur Studienteilnahme. Proband_innen, die sich während oder nach der Durchführung der Studie stark belastet gefühlt haben, wurden darauf hingewiesen, dass sie sich an ihre behandelnden Therapeut_innen wenden sollten (ambulante und stationäre Stichproben) und erhielten darüber hinaus Kontaktdaten und Informationen zu Krisendiensten und Ansprechpartner_innen der Studienleitung, an die sie sich wenden konnten. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Fakultät für Psychologie, Ruhr-Universität Bochum (Sample AP1, AP2, AP3, OP) bzw. den medizinischen Ethikkommissionen der Universitäten Aachen, Bochum und Leipzig (Sample SP) geprüft und genehmigt.

Psychometrische Verfahren

Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV; Teismann, Forkmann & Glaesmer, 2017). Die zu validierende Fassung der SSEV erfasst mit 10 Items die Häufigkeit des Auftretens von Suizidgedanken (passiv, aktiv), Suizidabsichten, Suizidimpulsen, Vorbereitungs- und Planungsverhal-

ten. Alle Items werden auf einer Skala von 0 bis 5 beantwortet: 0 = nie, 1 = weniger als einmal pro Woche, 2 = einmal pro Woche, 3 = 2 bis 5 mal pro Woche, 4 = täglich oder fast täglich, 5 = jeden Tag viele Male. Ein weiteres Item erfragt das Vorkommen von Suizidversuchen in den vergangenen vier Wochen und hat ein dichotomes (ja/nein) Antwortformat. Zusätzlich wird nach Vorkommen und Häufigkeit von Suizidversuchen im Verlauf des bisherigen Lebens gefragt. Die Bearbeitungszeit für den Fragebogen beträgt 2–4 Minuten. Die Auswertung erfolgt durch Bildung eines Summenscores der Items 1 bis 10; die Antworten zu aktuellen und lebenszeitlichen Suizidversuchen gehen in den Summenscore nicht mit ein. Entsprechend kann sich ein Gesamtscore von 0 bis 50 ergeben.

Sämtliche Items wurden auf Basis einer sorgfältigen Analyse bestehender Leitfäden zur Risikoabschätzung bei suizidalen Patient_innen (Chu et al., 2015; Teismann Koban et al., 2016) – und mit Blick auf aktuelle Klassifikationssysteme und Definitionen suizidalen Erlebens und Verhaltens (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan & Mann, 2014) – ausgewählt. Die Itemformulierung und die endgültige Auswahl der Items erfolgte in einem Konsensprozess zwischen den ersten drei Autor_innen. Suizidale Krisen zeigen höchst unterschiedliche Verläufe; gleichwohl scheint sich die gedankliche Auseinandersetzung mit der Möglichkeit eines Suizids, wie auch aktives Planungs- und Vorbereitungsverhalten in den vier Wochen vor der Ausführung suizidalen Verhaltens zu intensivieren (Millner, Lee & Nock, 2017). Entsprechend wird das Auftreten von suizidalem Erleben und Verhalten in den vergangenen vier Wochen erfragt.

Die zur Validitätsbestimmung eingesetzten Fragebögen wurden nicht konsistent in allen Stichproben eingesetzt. In Tabelle 3 findet sich eine Übersicht darüber welcher Fragebogen in welcher Teilstichprobe Verwendung fand.

Beck-Suizidgedanken Skala (BSS; Kliem & Brähler, 2015a). Die BSS erfasst mit 19 Items u. a. den Wunsch zu sterben, sowie die Intensität und Dauer von Suizidwünschen und -plänen. Alle Items haben jeweils drei Antwortalternativen, die mit 0 bis 2 Punkten bewertet werden. Mit zwei Zusatzitems werden zurückliegende Suizidversuche (Item 20) und deren Ernsthaftigkeit (Item 21) erfasst; beide Items gehen nicht in den Summenwert ein. Die ersten fünf Items des BSS dienen als Screening für Suizidgedanken (BSS-Screen). Die interne Konsistenz der deutschen Version des BSS kann als gut bezeichnet werden ($\alpha = 0.88$; Kliem & Brähler, 2015a). Gute interne Konsistenzen fanden sich auch in der vorliegenden Stichprobe stationärer Patient_innen: $\alpha = 0.86$ und $\omega = 0.85$.

Suicide Cognitions Scale (SCS; Spangenberg et al., 2019). Die SCS erfasst mit 18 Items drei Facetten eines suizida-

len Glaubenssystems (nicht liebenswert sein, Hilflosigkeit und geringe Belastungstoleranz). Alle Items werden auf einer fünf-stufigen Likert-skala von 1 (*lehne stark ab*) bis 5 (*stimme stark zu*) beantwortet. Die interne Konsistenz der SCS Gesamtskala erwies sich in anderen Studien als exzellent (Spangenberg et al., 2019). Auch in der Stichprobe von ambulanten Patient_innen (AP1) konnte eine exzellente interne Konsistenz für die Gesamtskala ermittelt werden: $\alpha = 0.94$ und $\omega = 0.94$.

Interpersonal Needs Questionnaire (INQ; Hallensleben, Spangenberg, Kapusta, Forkmann & Glaesmer, 2016). Der INQ erfasst mit 6 Items den Eindruck eine Last für andere zu sein (perceived burdensomeness, PB) und mit 9 Items den Eindruck nicht Teil einer wertgeschätzten Gruppe zu sein (thwarted belongingness, TB). Alle Items haben ein 7-stufiges Antwortformat von 1 (*trifft überhaupt nicht auf mich zu*) bis 7 (*trifft voll und ganz auf mich zu*). Beide Skalen weisen sehr gute interne Konsistenzen ($\alpha \geq 0.83$) auf (Hallensleben et al., 2016). Entsprechend gute interne Konsistenzen fanden sich in der vorliegenden Stichprobe ambulanter Patient_innen (AP1: PB: $\alpha = 0.92$ und $\omega = 0.93$; TB: $\alpha = 0.89$ und $\omega = 0.89$) und in der Stichprobe stationärer Patient_innen (PB: $\alpha = 0.93$ und $\omega = 0.93$; TB: $\alpha = 0.89$ und $\omega = 0.89$).

Beck Hoffnungslosigkeitsskala (BHS; Kliem & Brähler, 2015b). Die BHS erfasst Hoffnungslosigkeit mit 20 Items, die ein dichotomes Antwortformat haben. Die BHS weist eine sehr gute interne Konsistenz auf (Kliem & Brähler, 2015b). Entsprechend zeigte sich auch in der vorliegenden Studie eine sehr gute interne Konsistenz in der stationären Stichprobe: $\alpha = 0.93$ und $\omega = 0.93$.

Short Defeat and Entrapment Scale (SDES; Höller et al., 2020). Die SDES erfasst mit acht Items den Eindruck von gegenwärtigen Anforderungen überfordert zu werden (defeat) bzw. den Eindruck, einer belastenden Situation entkommen zu wollen, dies aber nicht zu können (entrapment). Alle Items werden auf einer fünf-stufigen Skala von 0 (*überhaupt nicht*) bis 4 (*sehr stark*) beantwortet. Die interne Konsistenz erwies sich als gut bis exzellent ($\alpha = 0.88 - 0.94$). Entsprechend gute Werte fanden sich in der vorliegenden Onlinestichprobe: $\alpha = 0.90$ und $\omega = 0.90$.

Depression-Angst-Stress-Skalen-21 (DASS-21, Henry & Crawford, 2005). Die DASS-21 erfasst das Ausmaß an Depression, Angst und Stress mit jeweils 7 Items. Alle Items werden hinsichtlich ihres Auftretens während der vergangenen Woche auf einer Skala von 0 (*traf gar nicht auf mich zu*) bis 3 (*traf sehr stark auf mich zu* oder *die meiste Zeit*) eingeschätzt. Die DASS-21-Gesamtskala zeigte in verschiedenen Stichproben sehr gute psychometrische Eigenschaften (interne Konsistenz $\alpha \geq 0.92$), so auch in der aktuellen Stichprobe von Ambulanzpatient_innen: $\alpha \geq 0.91$ und $\omega \geq 0.91$.

Rasch-basiertes Depressionsscreening (DESC; Forkmann et al., 2009). Das Rasch-basierte Depressionsscreening misst Depressivität mit zehn auf die letzten 14 Tage bezogenen Items (Skala von *nie* (0) bis *immer* (4)). Das DESC zeigte in verschiedenen Stichproben sehr gute psychometrische Eigenschaften (interne Konsistenz $\alpha = 0.92$; Forkmann et al., 2009). Entsprechend zeigte sich auch in der vorliegenden Studie eine sehr gute interne Konsistenz in der stationären Stichprobe: $\alpha = 0.95$ und $\omega = 0.95$.

Patient Health Questionnaire – Depressions Modul (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001). Der PHQ-9 erfasst mit neun Items depressive Symptome innerhalb der letzten zwei Wochen, die auf einer vier-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, mit Werten von 1 (*Überhaupt nicht*) bis 4 (*Beinahe jeden Tag*). Der PHQ-9 zeigte in mehreren Studien eine gute interne Konsistenz, die sich auch in der aktuellen Online-Stichprobe wiederfinden ließ: $\alpha = 0.89$ und $\omega = 0.89$.

Positive Mental Health Scale (PMH; Lukat, Margraf, Lutz, van der Veld & Becker 2016). Die PMH-Skala erfasst mit neun Items Facetten subjektiven und psychologischen Wohlbefindens. Sämtliche Items werden auf einer Skala von 0 (*stimme nicht zu*) bis 3 (*stimme zu*) beantwortet. In diversen Stichproben fand sich eine exzellente interne Konsistenz der Skala (Lukat et al., 2016). So auch in der aktuellen Stichprobe von Ambulanzpatient_innen: $\alpha = 0.91$ und $\omega = 0.92$ (AP1), $\alpha = 0.91$ und $\omega = 0.91$ (AP2) und Online-Proband_innen: $\alpha = 0.94$ und $\omega = 0.94$.

Fragebogen zu sozialer Unterstützung K-14 (F-SozU; Fydrich, Sommer, Tydecks & Brähler, 2009). Der F-SozU ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung der erlebten sozialen Unterstützung. Die Items werden auf einer fünf-stufigen Likert-Skala von 1 (*trifft nicht zu*) bis 5 (*trifft genau zu*) beantwortet werden. Die Kurzversion des F-SozU weist eine exzellente psychometrische Güte auf (Fydrich et al., 2009). Auch die interne Konsistenz des Fragebogens in der untersuchten Online-Stichprobe wies exzellente Werte auf: $\alpha = 0.95$ und $\omega = 0.95$.

Statistische Analysen

Für die folgenden Analysen wurde auf die ersten 10 Items der SSEV zurückgegriffen, welche in Form einer sechs-stufigen Likert-Skala das suizidale Erleben und Verhalten der Proband_innen erfasste, während Frage 11 („Während der vergangenen 4 Wochen habe ich versucht mich selbst zu töten [und wollte auch wirklich sterben]“) und Frage 12 („Im Laufe meines Lebens habe ich versucht mich selbst zu töten [und wollte auch wirklich sterben]“) als Screening-Fragen dienen und in dichotomer Form (*Ja* vs. *Nein*) beantwortet werden. Auch Frage 13 („Wie häufig haben Sie bereits versucht sich selbst zu töten?“) soll bedeut-

same anamnestiche Informationen zu suizidalem Verhalten liefern, wurde aber aufgrund des Antwortformats (*mal*) nicht in die Fragebogenanalyse einbezogen. Die Verteilung der Daten wurde mithilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft. Anschließend wurden die Mittelwerte mit der jeweiligen Standardabweichung sowie die Schiefe und Kurtosis der Items, als auch deren Einfluss auf die interne Konsistenz der Skala analysiert.

Um zwei unabhängige Stichproben für die Durchführung einer explorativen Faktorenanalyse (EFA) und einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) zu erhalten, wurde jeder der $N = 1\,099$ Versuchspersonen eine Zufallszahl zwischen 1 und 2 zugewiesen. Alle Versuchspersonen mit einem Wert $> 1,5$ ($n = 565$) wurden in einer Substichprobe zur Durchführung der EFA und alle Versuchspersonen mit einem Wert $< 1,5$ ($n = 534$) wurden einer Substichprobe zur Durchführung der CFA zugeordnet. Danach wurden anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums (KMO; Cerny & Kaiser, 1977) sowie des Bartlett Tests auf Sphärizität die Voraussetzungen zur Durchführung einer EFA überprüft. Zusammen mit dem Umfang der Stichprobe ($n > 500$), deuten die Analysen auf einen starken Zusammenhang zwischen den Items und somit auf eine geeignete Stichprobe zur Durchführung einer EFA hin (KMO = 0.88; Bartlett Test: $\chi^2 = 5482.53$, $p < 0.001$) (MacCallum, Widaman, Zhang & Hong, 1999). Anschließend wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit schiefer (obliquer) Rotation (Delta = 0; 25 Iterationen) durchgeführt. Faktoren mit einem Eigenwert ≥ 1 wurden schließlich extrahiert. Mit dem Ziel eine Dimensionsreduktion zu erzielen, wurde basierend auf den Ergebnissen der ersten EFA die Anzahl der Items reduziert. Die verbleibenden Items wurden anschließend einer zweiten EFA unterzogen (KMO = 0.86; Bartlett Test: $\chi^2 = 4456.42$, $p < 0.001$), um die Faktorenstruktur der revidierten Version zu überprüfen.

Um die Modellpassung des durch die PCA ermittelten Modells zu überprüfen, wurde anschließend eine konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) durchgeführt. Aufgrund des ordinalen Skalenniveaus der SSEV, wurde der Robust Weighted Least Square Schätzer (WLSM) verwendet. Zur Beurteilung der Modellpassung wurden die folgenden Fitindizes herangezogen: Fit-Index X^2 nach Satorra-Bentler-Korrektur (Satorra & Bentler, 2001), der Root-Mean-Square-Error-of-Approximation (RMSEA) Index mitsamt 90 % Konfidenzintervall (90 %-CI), der Comparative-Fit-Index (CFI), der Tucker-Lewis Index (TLI) und der standardisierte Root-Mean-Square Residual Index (SRMR). Ein relativer X^2 -Index von < 3 deutet auf eine gute Modellpassung hin (Kline, 2010), während ein Index von < 5 auf eine adäquate Modellpassung schließen lässt (Schumacker & Lomax, 2004). Die weiteren Cut-Off-Werte der jeweiligen Indizes wurden ansprechend

Tabelle 1. Ergebnisse der Itemanalyse der SSEV ($N = 1\,099$)

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Trennschärfe	Kurtosis	Schiefe	α , wenn Item gelöscht
Während der vergangenen 4 Wochen ...						
1 ... habe ich gedacht, dass es besser wäre, wenn ich nicht am Leben wäre.	0.84	1.26	0.77	1.07	1.46	0.90
2 ... habe ich mir gewünscht tot zu sein.	0.70	1.19	0.81	2.10	1.74	0.90
3 ... habe ich darüber nachgedacht, mich selbst zu töten.	0.49	1.00	0.86	5.14	2.33	0.89
4 ... habe ich ernsthaft erwogen, mich selbst zu töten.	0.22	0.72	0.84	16.87	3.93	0.89
5 ... habe ich die Absicht gehabt, mich selbst zu töten.	0.16	0.59	0.77	24.11	4.58	0.90
6 ... habe ich den Impuls gehabt, mich selbst zu töten.	0.24	0.69	0.77	15.79	3.67	0.90
7 ... habe ich jemanden glauben lassen, dass ich mich selbst töten werde.	0.07	0.40	0.49	72.74	7.72	0.91
8 ... habe ich anderen gegenüber angekündigt, dass ich mich selbst töten werde.	0.05	0.33	0.46	114.93	9.38	0.91
9 ... habe ich genau geplant, wie ich mich selbst töten werde.	0.18	0.68	0.75	23.42	4.59	0.90
10 ... habe ich Vorbereitungen dafür getroffen, mich selbst zu töten.	0.09	0.46	0.65	50.23	6.68	0.91

der Richtwerte von Hu und Bentler (1999) interpretiert: RMSEA Werte von < 0.05 lassen auf eine gute Modellpassung schließen, während Werte zwischen < 0.08 und > 0.05 auf eine adäquate Modellpassung hindeuten (MacCallum, Browne & Sugawara, 1996). Für den CFI und den TLI deuten Werte von > 0.90 und für den SMRM Werte von < 0.09 auf eine gute Modellpassung hin (Hu & Bentler, 1999).

Die interne Konsistenz der SSEV wurde mittels Cronbach's Alpha (α) ermittelt. Da α allerdings insbesondere bei Messinstrumenten mit einer geringen Itemzahl dazu tendiert, die interne Konsistenz zu unter- bzw. zu überschätzen, wurde zusätzlich McDonalds Omega (ω) (McDonald, 1999) als robusteres Maß der internen Konsistenz berechnet. Für die Überprüfung der Test-Retest-Reliabilität wurde der Intraklassen-Korrelation-Koeffizient (ICC) für die Übereinstimmung zwischen zwei Messzeitpunkten betrachtet. Hierfür wurden die Daten von Versuchspersonen aus einer der ambulanten Stichproben (AP1) verwendet, die an zwei Messzeitpunkten teilgenommen haben. Die Konstruktvalidität der SSEV wurde mithilfe des Spearman Rangkorrelationskoeffizienten (r_s) analysiert.

Zusätzlich wurden Unterschiede im mittleren Rang zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer_innen hinsichtlich der Ausprägungen in der SSEV mittels Mann-Whitney-U-Test analysiert. Um zu überprüfen, ob signifikante Unterschiede im mittleren Rang zwischen den drei Stichproben (ambulant, stationär, online) hinsichtlich ihrer Ausprägung in der SSEV vorliegen, wurde zunächst der Kruskal-Wallis-H-Test eingesetzt und die Richtung der signifikanten Ergebnisse im Anschluss mit post-hoc Mann-Whitney-U-Tests analysiert.

Die Analyse der Daten erfolgte mithilfe der Statistiksoftware R (Version 3.6.2) (R Core Team, 2019) und der Packages psych (Version 1.9.12.31; Revelle, 2020) sowie lavaan (Version 0.6–5; Rosseel, 2012).

Ergebnisse

Itemanalyse

Die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov-Tests zeigten, dass die Antworten der Proband_innen auf den Items der SSEV nicht normalverteilt sind ($p < 0.001$), was auch durch die Ergebnisse der Itemanalyse untermauert wurde (siehe Tabelle 1). Weiter zeigten die Ergebnisse der Itemanalyse, dass alle Items über eine ausreichende Trennschärfe verfügen (> 0.30) und die Entfernung einzelner Items nicht zu einer Verbesserung der internen Konsistenz beitragen würde.

Explorative Faktorenanalyse

Die erste faktorenanalytische Untersuchung (PCA) der SSEV ergab eine zweifaktorielle Lösung (Eigenwerte: Faktor 1 = 6.315; Faktor 2 = 1.357). Faktor 1 erklärt 63 % der Varianz und setzt sich aus den folgenden Items zusammen: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9. Dabei spiegeln die Items von Faktor 1 insbesondere die „kognitive Auseinandersetzung“ mit Suizid wider. Faktor 2 hingegen erklärt weitere 14 % der Varianz und umfasst die Items 7, 8 und 10. Inhaltlich dienen diese Items der Erfassung von „handlungsbezogenem und externalisierendem Erleben und Verhalten“ (SSEV-EX) in Bezug auf Suizid. Beide Faktoren klären somit zusammen 77 % der Varianz auf, wobei ein signifikanter Zusammenhang zwischen beiden Faktoren besteht ($r_s = 0.443$, $p < 0.001$).

Die mittlere Kommunalität über alle Items hinweg betrug 0.77 (mit einer Spannweite von 0.69 (Item 9) bis 0.85 (Item 3)). Alle Items wiesen eine Kommunalität von > 0.50 auf, was auf eine adäquate Korrelation zwischen den Items schließen lässt.

Ausgehend von einer sehr hohen Inter-Item-Korrelation zwischen Item 1 und Item 2 ($r = 0.90$) sowie der inhaltlichen Nähe beider Items, wurde im Sinne einer Dimensionsreduktion Item 2 eliminiert. Die mit den verbleibenden 9 Items erneut durchgeführte PCA ergab zunächst erneut die zweifaktorielle Lösung. Allerdings wies Item 10 nun eine Doppelladung auf beiden Faktoren auf (0.50 und 0.47), sodass es ebenfalls eliminiert wurde. Da der Faktor SSEV-EX nunmehr nur noch aus zwei Items bestand und die empfohlene Anzahl von Items pro Faktor $n \geq 3$ beträgt, um interpretierbare Faktoren zu erhalten (Tabachnick & Fidell, 2001; Worthington & Whittaker, 2006), wurden auch die verbleibenden Items (Item 7 und Item 8) des Faktors SSEV-EX aus der finalen Version des SSEV entfernt. Somit konnte eine einfaktorielle finale Version des SSEV generiert werden (Eigenwert: 5.681; siehe Tabelle 2), die aus 6 Items besteht (Items: 1, 3, 4, 5, 6, 9). Dieser Faktor erklärt 63 % der Varianz.

Tabelle 2. Faktorladungen der Items auf dem extrahierten Faktor des SSEV ($n = 565$)

Item Nummer	SSEV
1	0.90
3	0.94
4	0.88
5	0.79
6	0.83
9	0.79

Anmerkung: SSEV = Skala Suizidalen Erlebens und Verhaltens.

Konfirmatorische Faktorenanalyse

Das mittels PCA ermittelte einfaktorielle Modell der SSEV wurde anschließend anhand der randomisiert zugewiesenen zweiten Teilstichprobe ($n = 534$) hinsichtlich seiner Modellgüte überprüft. Die Ergebnisse wiesen insgesamt auf eine gute Modellpassung hin: Satorra-Bentler-korrigiertes χ^2 ($p = 0.051$), CFI (= 0.985), TLI (= 0.975), RMSEA (= 0.032 [90 %-CI = 0.027–0.037]) und SRMR (= 0.081) (siehe Abbildung 1).

Interne Konsistenz und Test-Retest Reliabilität

Die SSEV wies eine exzellente interne Konsistenz auf ($\alpha = 0.92$; $\omega = 0.93$).

Um die Test-Retest-Reliabilität der SSEV zu ermitteln, füllte ein Teil der ambulanten Proband_innen (AP1), den Fragebogen sowohl zu Therapiebeginn als auch nach der

Abbildung 1. Strukturgleichungsmodell der SSEV ($n = 534$).

vierten Therapiesitzung aus. Insgesamt bearbeiteten 135 Personen (49 %) den SSEV zu einem zweiten Messzeitpunkt ($M_{\text{Tag}} = 69.03$; $SD = 19.68$) erneut. Proband_innen, die an der Re-Testung teilnahmen bzw. nicht teilnahmen, unterschieden sich nicht signifikant hinsichtlich Geschlechts ($p = 0.798$) und Alter ($p = 0.095$), es fanden sich jedoch signifikante Unterschiede in der Häufigkeitsverteilung der vergebenen Diagnosen ($p = 0.038$); nichtsdestotrotz litt – genau wie in der Gesamtstichprobe – die Mehrheit derer, die an der Re-Testung teilnahm an affektiven Störungen (34 %) oder Angststörungen (29 %).

Für die SSEV zeigte sich eine exzellente Test-Retest-Reliabilität, mit einem durchschnittlichen Maß für den ICC von 0.826 (95 %-CI: 0.755–0.876; $F(134, 134) = 5.741$, $p < 0.001$).

Konstruktvalidität

Zur Überprüfung der Konstruktvalidität wurden Zusammenhänge zwischen der SSEV und kriteriumsnahe sowie -fernen Fragebögen mithilfe von Spearman Rangkorrelationsanalysen betrachtet.

Im Rahmen der stationären Stichprobe fanden sich enge Zusammenhänge zwischen der SSEV und der Beck-Suizidgedanken Skala (BSS): $r = 0.705$, $p < 0.001$. Entsprechend enge Zusammenhänge fanden sich zudem zwischen der SSEV und dem BSS-Screening: $r = 0.739$, $p < 0.001$. Schließlich fand sich ein enger Zusammenhang beider Fragebögen in Bezug auf das jeweilige Item zur Erfassung lebenszeitlicher Suizidversuche (SSEV-Item 12 und BSS-Item 20): $r = 0.711$, $p < 0.001$. In Bezug auf die Risikofaktoren zeigten sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen der SSEV und allen einbezogenen Skalen (siehe Tabelle 3). Mit Blick auf die potentiellen

Tabelle 3. Spearman Korrelationskoeffizienten zwischen der SSEV und assoziierten Konstrukten

	SSEV	Stichprobe
DASS-21-D	0,587*** (n = 448)	AP1; AP3
DASS-21-A	0,265*** (n = 449)	AP1; AP3
DASS-21-S	0,396*** (n = 449)	AP1; AP3
BDI-II	0,606*** (n = 355)	AP2; AP3
DESC	0,736*** (n = 165)	SP
PHQ-9	0,640*** (n = 301)	OP
INQ-PB	0,565*** (n = 278)	AP1; SP
INQ-TB	0,447*** (n = 277)	AP1; SP
SDES	0,590*** (n = 301)	AP1
SCS	0,667*** (n = 277)	AP1
BHS	0,596** (n = 152)	SP
PMH	-0,540*** (n = 822)	AP2; AP2; OP
F-SozU	-0,444*** (n = 301)	OP

Anmerkungen: ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$; AP-1 = Ambulanzpatienten 2017; AP-2 = Ambulanzpatienten 2018, AP-3 = Ambulanzpatienten 2019; SP = stationäre Stichprobe; OP = Online-Probanden; die jeweilige Stichprobengröße wird in Klammern angegeben; SSEV = Skala Suizidales Erleben und Verhalten; DASS-21-D = Depressionssubskala der Kurzform der Depressions-Angst-Stress-Skalen; DASS-21-A = Angstsubskala der Kurzform der Depressions-Angst-Stress-Skalen; DASS-21-S = Stresssubskala der Kurzform der Depressions-Angst-Stress-Skalen; PMH = Positive Mental Health Scale; INQ-PB = Perceived Burdensomeness Subskala des Interpersonal Needs Questionnaire; INQ-TB = Thwarted Belongingness Subskala des Interpersonal Needs Questionnaire; BDI-II = Revidiertes Beck Depressions Inventar; DESC = Rasch-basiertes Depressionsscreening; SDES = Short Defeat and Entrapment Scale; F-SozU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire – Depressions Modul; SCS = Suicide Cognitions Scale.

Schutzfaktoren gegenüber suizidalem Erleben und Verhalten fanden sich signifikant negative Korrelationen.

Es fanden sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Teilnehmer_innen hinsichtlich des mittleren Summenwertes der SSEV ($U(376, 616) \leq 112962.5$; *n.s.*), allerdings fand sich ein signifikanter – jedoch sehr geringer – Zusammenhang mit dem Alter (SSEV: $r = -0.105$, $p < 0.001$). Erwartungsgemäß gab es signifikante Unterschiede zwischen den drei untersuchten Stichproben im mittleren Rang der SSEV-Werte ($H(2) = 90.662$, $p < 0.001$). Die post-hoc Analyse zeigte, dass die stationäre Stichprobe höhere Werte aufwies, als die Onlinestichprobe ($U(301, 163) = 13437.5$; $p < 0.001$) und die ambulanten Stichproben ($U(163, 635) = 35353.5$; $p < 0.001$). Außerdem zeigte sich ein signifikant höherer mittlerer Rang für die ambulanten Stichproben im Vergleich zur Onlinestichprobe ($U(301, 635) = 77965.5$; $p < 0.001$).

Diskussion

In der vorliegenden Studie wurden die Faktorstruktur, die Reliabilität und Konstruktvalidität der Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV) untersucht. Die SSEV hat den Anspruch sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung zur Erfassung akut suizidalen Erlebens und Verhaltens eingesetzt werden zu können. Im Rahmen

explorativer Faktorenanalysen ergab sich eine einfaktorielle Struktur des Fragebogens, welche in einer konfirmatorischen Faktorenanalyse Bestätigung fand. Das Modell wies – im Rahmen der konfirmatorischen Faktorenanalyse – eine gute Modellgüte auf. Darüber hinaus zeigte sich eine exzellente interne Konsistenz der SSEV. Die so entwickelte Fassung des SSEV erfragt mit sechs Items Vorkommen und Häufigkeit von (aktiven und passiven) Suizidgedanken, Suizidabsichten, Suizidimpulsen sowie Planungsverhaltensweisen während der vergangenen vier Wochen. Mit drei weiteren Items werden Auftreten und Häufigkeit von Suizidversuchen im vergangenen Monat und in der gesamten Lebensspanne erfasst.

Die Ergebnisse der Korrelationsanalysen unterstützen die Konstruktvalidität der SSEV. Wie aufgrund der bisherigen empirischen Befundlage und theoretischer Annahmen zu erwarten war, zeigt die SSEV moderate bis starke positive Assoziationen mit Depressivität, Angst und Stress. Die positiven Zusammenhänge mit Variablen der interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens (Joiner, 2005), des integrativen motivational-volitionalen Modells suizidalen Verhaltens (O'Connor, 2011), des kognitiven Modells suizidalen Verhaltens (Wenzel & Beck, 2008) und des fluiden Vulnerabilitätsmodells (Rudd, 2006), die gemäß den Vorhersagen all dieser Theorien an der Entwicklung von Suizidgedanken beteiligt sind, stützen die Konstruktvalidität zusätzlich. Die Zusammenhänge sind dabei mit denen vergleichbar, die für andere Suizidali-tätsfragebögen – wie der BSS oder dem SBQ-R – berichtet

werden (Glaesmer et al., 2018; Spangenberg et al., 2020). In Übereinstimmung mit Befunden von Nock und Kollegen (2012) zeigte sich schlussendlich, dass ein jüngeres Lebensalter mit vermehrtem suizidalem Erleben einherging. Allerdings sind die korrelativen Zusammenhänge nur von sehr geringer Größe, so dass sich – auch mit Blick auf das eingeschränkte Altersrange der untersuchten Stichprobe und die uneinheitliche Gesamtbefundlage (Forkmann et al., 2012; Ladwig et al., 2010) – weitreichende Schlussfolgerungen verbieten.

Insgesamt sprechen die Befunde für gut vertretbare psychometrische Eigenschaften der SSEV. In Bezug auf die Verwendung entsprechender Fragebögen sollten jedoch verschiedene grundsätzliche Aspekte beachtet werden: (1.) Im klinischen Kontext muss darauf geachtet werden, dass Fragebögen immer nur als Ergänzung zum therapeutischen Gespräch eingesetzt werden. Der Nutzen von Fragebögen besteht v. a. darin, dass nicht wenige Patient_innen offenbar eher bereit sind suizidales Erleben und Verhalten in einem Fragebogen offenzulegen, als dieses proaktiv im Gespräch zu tun (Vannoy & Robbins, 2011). Gleichzeitig steht zu befürchten, dass manche suizidale Erlebens- und Verhaltensweisen nicht ausreichend klar repräsentiert sind, sodass ein gemeinsames Verständnis unter Umständen im Gespräch geklärt werden muss. In diesem Sinne zeigte sich in Studien, dass im Selbst- und im Fremdbereich erfasste (lebenszeitliche) Suizidversuche nur in geringem Maße übereinstimmen (Joiner et al., 1999). Tatsächlich sind sich sogar Psychotherapeut_innen nur in geringem Maße darüber einig, was unter einem Suizidversuch zu verstehen ist und was nicht (Cwik & Teismann, 2017); es steht daher nicht zu erwarten, dass Betroffene suizidale Verhaltensweisen sicher klassifizieren können. (2.) Man muss sich darüber im Klaren sein, dass Fragebogenwerte – genauso wie Risikoeinschätzungen durch Kliniker_innen – eine geringe prädiktive Bedeutung für zukünftige Suizidversuche und Suizide haben (Carter et al., 2017; Woodford et al., 2019). Das heißt, mit Hilfe eines Fragebogens lässt sich eine Einschätzung der Schwere des gegenwärtigen suizidalen Erlebens und Verhaltens vornehmen – diese ist aber nur mäßig assoziiert mit zukünftigen Suizidversuchen und Suiziden.

Als besondere Stärke der vorliegenden Untersuchung ist die große Stichprobe als auch der konfirmatorische Ansatz hervorzuheben. Gleichzeitig sind verschiedene Limitationen verschiedener Suizidtheorien übereinstimmen, wurde in der vorliegenden Studie kein Fremdbeurteilungsmaß zur Validitätsbestimmung eingesetzt. Dies sollte in Folgeuntersuchungen unbedingt nachgeholt werden (Hom et al., 2019). Zudem braucht es Untersuchungen der prädiktiven Validität der SSEV (insbesondere mit Blick auf die Vorhersage zukünftiger Suizidversuche); wie es auch Untersuchungen dazu braucht, ob die SSEV für

Verlaufsmessungen geeignet ist. Entsprechende Untersuchungen sind umso dringlicher, als sie derzeit auch in Bezug auf alle anderen alternativen deutschen Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens (BSS, DSISS, SBQ-R) fehlen. Unter einer Forschungsperspektive muss schließlich beachtet werden, dass sich mit der SSEV nur akutes suizidales Erleben und Verhalten erfassen lässt. Einzig die Anzahl an Suizidversuchen wird in Bezug auf die gesamte Lebensspanne erfragt. Andere Instrumente müssen daher genutzt werden, wenn Informationen zu suizidalem Erleben und Verhalten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Leben erfragt werden sollen (Forkmann et al., 2016). Dies gilt auch dann, wenn Aspekte suizidaler Kommunikation erfasst werden sollen, so wurden entsprechende Items der ursprünglichen Fassung des SSEV im Zuge der faktorenanalytischen Untersuchung eliminiert (Items 7 und 8). Schlussendlich wurden in der vorliegenden Studie sehr heterogene Substichproben untersucht und nicht in allen Stichproben wurden die gleichen Erhebungsinstrumente zur Validitätsbestimmung verwendet. Perspektivisch sollten Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften, sowohl in einer deutschen Repräsentativstudie als auch in einer groß angelegten Stichprobe stationärer (Hoch-Risiko) Patient_innen – unter Verwendung einheitlicher Maße zur Validitätsbestimmung – untersucht werden.

Trotz dieser Einschränkungen verweisen die berichteten (vorläufigen) Ergebnisse jedoch darauf, dass die SSEV ein reliables und valides Maß zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens in klinischen Settings und der Forschung ist. Im Unterschied zu verfügbaren validierten deutschen Verfahren erlaubt die SSEV – anders als DSISS und SBQ-R – eine umfassende Erhebung akuten suizidalen Erlebens und Verhaltens. Gleichwohl ist die Bearbeitungszeit der SSEV deutlich geringer als die der BSS, wodurch sie auch in zeitlimitierten Settings genutzt werden kann. Schlussendlich handelt es sich um ein lizenzfreies Verfahren, welches somit auch in ressourcenlimitierten Kontexten genutzt werden kann.

Literatur

- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Oquendo, M. A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., Grant, B. F. et al. (2011). Estimating risk for suicide attempt: are we asking the right questions. *Journal of Affective Disorders*, 134, 327–332. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.06.026>
- Batterham, P., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J., Mackinnon, A., Beautrais, A. et al. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27, 501–512. <https://doi.org/10.1037/pas0000053>

- Bernal, M., Haro, J. M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R. et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27–34. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.09.018>
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N. & Spittal, M. J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments. *British Journal of Psychiatry*, 210, 387–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182717>
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R. et al. (2017). The interpersonal theory of suicide: a systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological Bulletin*, 143, 1313–1345. <https://doi.org/10.1037/bul0000123>
- Chu, C., Klein, K. M., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Hagan, C. R. & Joiner, T. E. (2015). Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: An empirically informed update. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1186–1200. <https://doi.org/10.1002/jclp.22210>
- Cerny, C. A. & Kaiser, H. F. (1977). A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate Behavioral Research*, 12(1), 43–47. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr1201_3
- Cwik, J. C. & Teismann, T. (2017). Misclassification of self-directed violence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 677–686. <https://doi.org/10.1002/cpp.2036>
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression. <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>. Verfügbar unter: www.depression.versorgungsleitlinien.de
- Forkmann, T., Boecker, M., Wirtz, M., Eberle, N., Westhofen, M., Schauerte, P. et al. (2009). Development and validation of the Rasch-based Depression Screening (DESC) using Rasch analysis and structural equation modelling. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 468–478. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.06.003>
- Forkmann, T., Brähler, E., Guggel, S. & Glaesmer, H. (2012). Prevalence of suicidal ideation and related risk factors in the German general population. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 401–405. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31825322cf>
- Forkmann, T., Teismann, T. & Glaesmer, H. (2016). *Diagnostik von Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X. et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. *Psychological Bulletin*, 143, 187–232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Fydrich, T., Sommer, G., Tydecks, S. & Brähler, E. (2009). Social Support Questionnaire (F-SozU): Standardization of short form (K-14). *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 18, 43–48.
- Glaesmer, H., Kapusta, N., Teismann, T., Wagner, B., Hallensleben, N., Spangenberg, L. et al. (2018). Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R). *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 68, 346–353. <https://doi.org/10.1055/s-0043-118335>
- Glischinski, M. von, Teismann, T., Prinz, S., Gebauer, J. & Hirschfeld, G. (2016). Depressive Symptom Inventory-Suicidality Subscale: Optimal cut points for clinical and non-clinical samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 543–549. <https://doi.org/10.1002/cpp.2007>
- Hallensleben, N., Spangenberg, L., Kapusta, N. D., Forkmann, T. & Glaesmer, H. (2016). The German version of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). *Journal of Affective Disorders*, 195, 191–198. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.045>
- Henry, J. D. & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 227–239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Höller, I., Teismann, T., Cwik, J. C., Glasemer, H., Spangenberg, L., Hallensleben, N. et al. (2020). Short Defeat and Entrapment Scale: A psychometric investigation in three German samples. *Comprehensive Psychiatry*, 98, 152–160. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152160>
- Hom, M. A., Stanley, I. H., Duffy, M. E., Rogers, M. L., Hanson, J. E., Gutierrez, P. M. et al. (2019). Investigating the reliability of suicide attempt history reporting across five measures. *Journal of Clinical Psychology*, 75, 1332–1349. <https://doi.org/10.1002/jclp.22776>
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1–55. <https://doi.org/10.1080/10705519909540118>
- Jobes, D. (2016). *Managing suicidal risk*. New York: Guilford Press.
- Jobes, D., Jacoby, A., Cimbalic, P. & Huestead, L. (1997). Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 368–377. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.44.4.368>
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Joiner, T., Rudd, M. D. & Rajab, M. H. (1999). Agreement between self- and clinician-rated suicidal symptoms in a clinical sample of young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 171–176. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.67.2.171>
- Kliem, S. & Brähler, E. (2015a). *Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS)*. Frankfurt: Pearson
- Kliem, S. & Brähler, E. (2015b). *Beck Hoffnungslosigkeitsskala (BHS)*. Frankfurt: Pearson.
- Kline, R. B. (2010). *Principles and practice of structural equation modeling* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
- Ladwig, K. H., Klupsch, D., Meisinger, C., Baumert, J., Erazo, N., Schneider, A. et al. (2010). Gender differences in risk assessment of death wishes and suicidal ideation in the community. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 52–58. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181c81f92>
- Lukat, J., Margraf, J., Lutz, R., van der Veld, W. M. & Becker, E. S. (2016). Psychometric properties of the Positive Mental Health Scale (PMH-scale). *BMC Psychology*, 4, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s40359-016-0111-x>
- MacCallum, R. C., Browne, M. W. & Sugawara, H. M. (1996). Power analysis and determination of sample size for covariance structure modeling. *Psychological Methods*, 1(2), 130–149. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.1.2.130>
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4, 84–99. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.1.84>
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: a unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence.
- Millner, A. J., Lee, M. D. & Nock, M. K. (2017). Describing and measuring the pathway to suicide attempts: A preliminary study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47, 353–369. <https://doi.org/10.1111/sltb.12284>
- Nock, M. K., Borges, G. & Ono, Y. (2012). *Suicide. Global perspectives from the WHO World Mental Health Survey*. Cambridge: Cambridge University Press.
- O'Connor, R. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicide behavior. In R. O'Connor, S. Platt & J. Gordon

- (Eds.), *International Handbook of Suicide Prevention: Research Policy and Practice* (pp. 181–198). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. In M. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7–22). Oxford: Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195388565.001.0001>
- R Core Team. (2019). *R: A language and environment for statistical computing* (Version 3.6.2). Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing.
- Revelle, W. (2020). *psych: procedures for psychological, psychometric, and personality research* (Version 1.9.12.31). Evanston, Illinois, USA: Northwestern University.
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: an R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1–36.
- Rudd, M. D. (2006). Fluid vulnerability theory. In T. E. Ellis (Ed), *Cognition and suicide: Theory, research, and therapy* (pp. 355–368). Washington: American Psychological Association.
- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507–514. <https://doi.org/10.1007/BF02296192>
- Siddaway, A. P., Taylor, P. J., Wood, A. M. & Schulz, J. (2015). A meta-analysis of perceptions of defeat and entrapment in depression, anxiety problems, posttraumatic stress disorder, and suicidality. *Journal of Affective Disorders*, 184, 149–159. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.05.046>
- Schumacker, R. E. & Lomax, R. G. (2004). *A beginner's guide to structural equation modeling* (2nd). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Spangenberg, L., Glaesmer, H., Hallensleben, N., Schönfelder, A., Rath, D., Forkmann, T. et al. (2019). Psychometric properties of the German version of the suicide cognitions scale in two clinical samples. *Psychiatry Research*, 274, 254–262. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.02.047>
- Spangenberg, L., Teismann, T., Forkmann, T., Juckel, G., Paashaus, L., Rath, D. et al. (2020). Psychometrische Eigenschaften und Faktorstruktur der deutschen Version der Beck-Suizidgedanken Skala (BSS). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 70, 451–411. <https://doi.org/10.1055/a-1119-6884>
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2001). *Using multivariate statistics* (4th ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Teismann, T., Forkmann, T. & Glaesmer, H. (2017). *Skala suizidales Erleben und Verhalten (SSEV)*. Unveröffentlichter Fragebogen: Ruhr-Universität Bochum.
- Teismann, T., Forkmann, T., Glaesmer, H., Egeri, L. & Margraf, J. (2016). Remission of suicidal thoughts: Findings from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, 190, 723–725. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.066>
- Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suizidaler Patienten*. Göttingen: Hogrefe.
- Vannoy, S. D. & Robins, L. S. (2011). Suicide-related discussions with depressed primary care patients in the USA. *BMJ*, 1(2). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000198>
- Wenzel, A. & Beck, A. (2008). A cognitive model of suicidal behavior: theory and treatment. *Applied and Preventive Psychology*, 12, 189–201. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2008.05.001>
- Woodford, R., Spittal, M. J., Milner, A. McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J. et al. (2019). Accuracy of clinician predictions of future self-harm: a systematic review and meta-analysis of predictive studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 23–40. <https://doi.org/10.1111/sltb.12395>
- Worthington, R. & Whittaker, T. (2006). Scale development research. A content analysis and recommendations for best practices. *The Counseling Psychologist*, 34, 806–838. <https://doi.org/10.1177/0011000006288127>

Interessenskonflikt

Es liegt kein Interessenskonflikt vor.

Ethische Richtlinien

Eine schriftliche Einverständniserklärung liegt von allen, an der Untersuchung Beteiligten vor. Das Forschungsprojekt ist von den zuständigen Ethikkommissionen geprüft und genehmigt worden.

Autorenschaften

TT, TF, GF und HG entwarfen die Forschung und schrieben den Artikel. JCC analysierte die Daten.

Förderung

Teile dieser Untersuchung wurden gefördert durch eine Sachbeihilfe der Deutschen Forschungsgemeinschaft für Heide Glaesmer (GL 818/3–1), Thomas Forkmann (FO 784/3–1), Tobias Teismann (TE 747/4–1) und Georg Juckel (JU 366/8–1). Open Access-Veröffentlichung ermöglicht durch die Ruhr-Universität Bochum

PD Dr. Tobias Teismann

Arbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie
Ruhr-Universität Bochum
44787 Bochum
tobias.teismann@rub.de