

# Suizidales Erleben und Verhalten

## Ein Handbuch

Tobias Teismann  
Thomas Forkmann  
Heide Glaesmer  
(Hg.)



Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Heide Glaesmer (Hg.)  
**Suizidales Erleben und Verhalten**  
Ein Handbuch

Psychiatrie  
Verlag 



**PD Dr. Tobias Teismann**, Psychologischer Psychotherapeut, ist Geschäftsführender Leiter des Zentrums für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum. Arbeitsschwerpunkte: Suizidales Erleben und Verhalten, Depression und depressives Grübeln, Psychotherapieforschung.



**Prof. Dr. Thomas Forkmann**, Psychologischer Psychotherapeut, lehrt als Universitätsprofessor für Klinische Psychologie an der Universität Duisburg-Essen. Arbeitsschwerpunkte: Diagnostik und Identifikation von Prädiktoren suizidalen Verhaltens und suizidaler Gedanken, angewandte Psychometrie, Depressionsdiagnostik und adaptives Testen, Metakognition und Emotionsregulation bei depressiven Störungen.



**Prof. Dr. Heide Glaesmer**, Psychologische Psychotherapeutin, ist die stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Soziologie der Universität Leipzig. Arbeitsschwerpunkte: empirische Untersuchung psychologischer Theorien zur Suizidalität, Verbesserung der Vorhersage suizidalen Verhaltens und Entwicklung von Instrumenten zur Erfassung von verschiedenen Aspekten von Suizidalität.

Tobias Teismann, Thomas Forkmann,  
Heide Glaesmer (Hg.)

# **Suizidales Erleben und Verhalten**

Ein Handbuch

Psychiatrie  
Verlag 

Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Heide Glaesmer (Hg.)  
Suizidales Erleben und Verhalten  
Ein Handbuch

1. Auflage 2021  
ISBN: 978-3-96605-028-9  
ISBN E-Book (PDF): 978-3-96605-125-5

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation  
in der Deutschen Nationalbibliografie;  
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über  
<http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Weitere Bücher zum Umgang mit psychischen Erkrankungen unter:  
[www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de)

© Psychiatrie Verlag GmbH, Köln 2021  
Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf ohne Zustimmung  
des Verlags vervielfältigt, digitalisiert oder verbreitet werden.  
Lektorat: Martina Ohlrogge, Köln  
Umschlagkonzeption: GRAFIKSCHMITZ, Köln,  
unter Verwendung eines Fotos von owikz/ photocase.de  
Typografiekonzeption: Iga Bielejec, Nierstein  
Satz: Psychiatrie Verlag, Köln  
Druck und Bindung: Westermann Druck Zwickau

**Vorwort** 7

**Definition und Klassifikation suizidalen Erlebens und Verhaltens** 9

*Heide Glaesmer*

**Epidemiologie, Risiko- und Protektivfaktoren  
suizidalen Erlebens und Verhaltens** 26

*Nina Hallensleben und Dajana Rath*

**Suizidales Erleben und Verhalten im Kontext  
psychischer Erkrankungen** 46

*Hanne Scheerer, Michael Colla und Birgit Kleim*

**Psychologische Erklärungsmodelle suizidalen Erlebens und Verhaltens** 69

*Thomas Forkmann*

**Genetische und neurobiologische Determinanten  
suizidalen Erlebens und Verhaltens** 90

*Dan Rujescu*

**Risikoabschätzung und Diagnostik** 115

*Tobias Teismann und Sören Friedrich*

**Evidenzbasierte Psychotherapie im Erwachsenenalter** 136

*Anja Gysin-Maillart*

**Evidenzbasierte Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter** 158

*Paul L. Plener*

**Medikamentöse Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens** 174

*Theodor Lorenzen und Tom Bschor*

**Suizidalität in der stationären Versorgung** **188**

*Bernd Kozel*

**Means Restriction: Suizidprävention durch Zugangsbeschränkung** **212**

*Tobias Teismann und Nadine Glasow*

**Postvention: Hinterbliebene nach einem Suizid** **234**

*Birgit Wagner*

**Schulbasierte Prävention** **253**

*Tina In-Albon und Laura Kraus*

**Medieneinflüsse auf suizidales Erleben und Verhalten** **273**

*Benedikt Till und Thomas Niederkrotenthaler*

**Neue Technologien bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit suizidalem Erleben und Verhalten** **292**

*Lena Spangenberg*

**Ausblick: Entwicklungen und Herausforderungen in der Suizidforschung** **306**

*Tobias Teismann, Thomas Forkmann und Heide Glaesmer*

**Autorinnen und Autoren** **317**

Das Literaturverzeichnis mit Verlinkungen und DOIs finden Sie im Downloadbereich des Buches: [www.psychiatrie-verlag.de/product/suizidales-erleben-und-verhalten](http://www.psychiatrie-verlag.de/product/suizidales-erleben-und-verhalten).

Zugangscode: 5-028-9

# Vorwort

Weltweit sterben jährlich rund eine Million Menschen durch einen Suizid (WHO 2014). Im Jahr 2019 suizidierten sich allein in Deutschland 9.041 Menschen (Statistisches Bundesamt 2020). Damit sterben mehr Menschen durch Suizid als durch Unfälle und Drogen zusammen. Suizide werden über die gesamte Lebensspanne hinweg vollzogen und betreffen sowohl Frauen als auch Männer. In den Industrienationen finden die allermeisten Suizide im Kontext psychischer Erkrankungen statt. Entsprechend ist die Auseinandersetzung mit Suizidwünschen, -plänen, -versuchen und Suiziden ein wichtiges Thema klinisch-therapeutischen Handelns, das eine besondere klinische, ethische und juristische Verantwortung mit sich bringt.

Erfreulicherweise sind in den vergangenen Jahren erhebliche Forschungsbemühungen zu beobachten und es wurden neue therapeutische Ansätze entwickelt und evaluiert. Es erscheint daher lohnend, die bisherigen Erkenntnisse für verschiedene Berufsgruppen zusammenzufassen. Das vorliegende Handbuch möchte den aktuellen Wissensstand zu dieser facettenreichen Problematik darstellen und geht dabei einerseits auf allgemeine Aspekte zur Klassifikation, Phänomenologie und Ätiologie suizidalen Erlebens und Verhaltens ein sowie andererseits auf den Bereich der Prävention und der Intervention. Hier geht es um psychotherapeutische Ansätze zur Behandlung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen mit suizidalen Erlebens- und Verhaltensweisen, Möglichkeiten und Grenzen der medikamentösen Therapie, Hinweise zur stationären Behandlung mit besonderem Blick auf die Rolle des Pflegepersonals, populationsbezogene Ansätze wie die Einschränkung des Zugangs zu letalen Mitteln, verantwortungsvolle Berichterstattung in den Medien, Präventionsmöglichkeiten in Schulen sowie Angebote für Suizidhinterbliebene. Ergänzend werden die Rolle der neuen Technologien wie auch weitergehende Entwicklungen in der Suizidforschung reflektiert.

Das Handbuch richtet sich damit an die verschiedensten Berufsgruppen, die mit Personen mit suizidalen Erlebens- und Verhaltensweisen und deren Angehörigen in Kontakt treten, und fasst den derzeitigen Wissenstand verständlich zusammen. Bei der Lektüre wünschen wir Ihnen viele Erkenntnisse und hoffen, dass Sie Anregungen für Ihre eigene Arbeit finden. Um einen besseren Lesefluss



zu gewährleisten, haben wir von einer »gendergerechten« Schreibweise (z. B. Asterisk) abgesehen und verwenden in den verschiedenen Kapiteln die weibliche und männliche Form – gemeint sind natürlich immer alle Geschlechter. Für die sehr angenehme und gute Zusammenarbeit möchten wir uns bei allen Autorinnen und Autoren dieses Buches herzlich bedanken.

*Heide Glaesmer, Thomas Forkmann und Tobias Teismann*

## Literatur

Statistisches Bundesamt (2020): Todesursachenstatistik. Online verfügbar unter [www.destatis.de](http://www.destatis.de) (Abruf 30.03.2021).

WHO – World Health Organization (2014): Preventing suicide. A global imperative. Genf: World Health Organization.

# Risikoabschätzung und Diagnostik

*Tobias Teismann und Sören Friedrich*

Das Kapitel gibt einen Überblick über Möglichkeiten und Grenzen der Risikoabschätzung und Diagnostik bei Patientinnen und Patienten mit suizidalem Erleben und Verhalten.

Vorgestellt werden Strategien zur Gestaltung der Risikoabschätzung im therapeutischen Kontext sowie Interview- und Fragebogenverfahren zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens. Im Anschluss wird die Frage erörtert, wie in der klinischen Praxis mit dem Wissen um die mangelnde Präzision der Risikoabschätzung umgegangen und eine Verbesserung der Vorhersage suizidalen Verhaltens erreicht werden kann. Abschließend werden aktuelle Wege zur Verbesserung der Risikoabschätzung bzw. der Prädiktion suizidalen Verhaltens skizziert.

Das Ziel jeden Kontaktes mit einer suizidgefährdeten Person besteht darin, zu einer Einschätzung der akuten Gefährdung zu kommen. Die Vermutung, eine Person könne sich in einer suizidalen Krise befinden, sollte ihr gegenüber direkt, offen und mit konkreten Worten angesprochen werden (»Denken Sie darüber nach, sich das Leben zu nehmen?«) – unabhängig vom jeweiligen Kontext und unabhängig davon, ob man mit einem Kind, Jugendlichen oder Erwachsenen spricht.

Es ist ein wissenschaftlich widerlegter Mythos anzunehmen, dass man Menschen auf die Idee bringt, sich zu suizidieren, wenn man sie auf Suizidgedanken und -pläne anspricht (DECOU, SCHUMAN 2018). Im therapeutischen Setting scheint es auch keinen Unterschied zu machen, ob man früher oder später im Gespräch nach Suizidgedanken fragt (CHU u. a. 2017 a), wichtig ist es allerdings, dass Suizidgedanken proaktiv angesprochen werden, denn nicht wenige Betroffene vermeiden es im Gespräch, selbst auf suizidales Erleben hinzuweisen (VANNOY, ROBBINS 2011).

Verschiedene Autorinnen und Autoren haben Leitfäden zur Gestaltung der Risikoabschätzung publiziert. Mit dem »Chronological Assessment of Suicidal Events« von Shawn Christopher SHEA (2011) und dem »Collaborative Assessment and Management of Suicidality« von David A. JOBES (2016) werden im Folgenden zwei spezifische Verfahren zur Risikoabschätzung vorgestellt.

## Leitfaden zur Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens über die Zeit

Im Rahmen des »Chronological Assessment of Suicidal Events« (CASE) empfiehlt SHEA (2011), die Risikoabschätzung dadurch zu strukturieren, dass die Art und das Ausmaß suizidaler Gedanken und Handlungen in Bezug auf verschiedene Zeiträume erfragt werden. Das Gespräch untergliedert sich somit in eine Exploration

- aktueller Suizidalität und
- suizidalen Verhaltens in den vergangenen zwei Monaten,
- vergangener Suizidhandlungen und
- unmittelbar bevorstehendem suizidalen Erleben und Verhalten.

Innerhalb jedes Zeitfensters richtet sich der Fokus auf die Art und das Ausmaß von Suizidgedanken und suizidalen Verhaltensweisen. Die Abklärung suizidalen Verhaltens in der jüngeren und früheren Vergangenheit verfolgt dabei das Ziel, eine Einschätzung der Stabilität bzw. Fluktuation, Intensität und Dauer suizidaler Gedanken zu erhalten. Bei der Exploration länger zurückliegender Suizidversuche sollten sich die Behandelnden aus Zeitgründen auf die Exploration des schwersten sowie des letzten Suizidversuchs beschränken (siehe Tabelle 1, S. 117).

Ergänzend sollten sich die Behandelnden ein Bild davon machen, ob und welche verschiedenen Risikofaktoren für suizidales Verhalten vorliegen. Dies sind unter anderem

- Furchtlosigkeit vor Tod/Sterben,
- Impulsivität,
- Alkohol- und Drogenkonsum,
- Suizide im Familien- oder Freundeskreis,
- das Suizidmotiv,
- die derzeitigen Lebensbedingungen,
- der aktuellen Krisenanlass.

TABELLE 1 Fragen zur Abklärung des Suizidrisikos

**Erhebung der aktuellen Suizidalität:**

»Viele Menschen würden in Ihrer Lebenssituation am Sinn des Lebens zweifeln oder es für das Beste halten, nicht mehr zu leben. Wie ist das bei Ihnen?«

**Häufigkeit, Dauer, Intensität und Auslöser aktueller Suizidgedanken:**

»Wie sehen diese Gedanken aus?«

»Wie oft denken Sie derzeit daran, sich das Leben zu nehmen?«

»Wie lange dauern diese Gedanken normalerweise an?«

»Als wie überwältigend erleben Sie diese Gedanken? Was löst diese Gedanken aus?«

**Vorstellungsbilder:**

»Haben Sie Tagträume über suizidale Handlungen?«

»Haben Sie Ihren Suizid in Ihrer Vorstellung geprobt?«

**Frage nach konkreten Gedanken und Planungen:**

»Haben Sie auch darüber nachgedacht, wie, wo und wann Sie sich töten werden?«

»Haben Sie auch über andere Methoden, sich zu töten, nachgedacht?«

**Zugang zu tödlichen Mitteln:**

»Haben Sie die notwendigen Mittel für einen Suizid zu Hause?«

»Haben Sie überlegt, wie Sie den Zugang zu den benötigten Mitteln erhalten?«

**Vorbereitungen und Probehandlungen:**

»Haben Sie auch andere Dinge schon vorbereitet?« (z. B. Internet nach Suizidmethoden abgesucht, Abschiedsbrief geschrieben, persönliche Sachen verschenkt, Testament verfasst, Zahlungsmodalität der Lebensversicherung abgeklärt)

»Haben Sie schon mal probiert, wie es wäre, wenn Sie es dann wirklich tun würden?« (z. B. potenziellen Suizidort aufgesucht, Seil geknüpft, Medikamentenmix erstellt)

»Was genau haben Sie gemacht?«

**Entschlossenheit, Abstand zu suizidalen Impulsen:**

»Wie stark ist Ihre aktuelle Absicht, diesen Todeswunsch in die Tat umzusetzen?«

»Wo stehen Sie auf einer Skala von 0 bis 10, wenn 0 bedeutet, ›keine Absicht, die Gedanken umzusetzen‹, und 10 bedeutet, ›die Gedanken bei der ersten sich bietenden Gelegenheit umzusetzen‹?«

**TABELLE 1** Fragen zur Abklärung des Suizidrisikos**Erhebung des suizidalen Verhaltens in den vergangenen zwei Monaten:**

»Während der letzten sechs bis acht Wochen, wie lange haben Sie – an schlechten Tagen – darüber nachgedacht, sich das Leben zu nehmen? Eher so 90 Prozent des Tages oder 70 Prozent des Tages?«

»Wie oft haben Sie in den letzten zwei Monaten erwogen, sich mit ... (spezifische Methode nennen) das Leben zu nehmen?«

»An wie vielen Tagen haben Sie einen Suizidversuch konkret vorbereitet oder geprobt?«

**Erhebung vergangener Suizidhandlungen:**

»Haben Sie schon versucht, sich das Leben zu nehmen?«

»Wie oft haben Sie in Ihrem Leben versucht, sich umzubringen?«

**Letzter Suizidversuch:**

»Wann haben Sie zuletzt versucht, sich das Leben zu nehmen?«

»Was genau haben Sie gemacht?«

»Wie ist es dazu gekommen, dass Sie überlebt haben?«

»Waren Sie im Anschluss in medizinischer Behandlung?«

»Haben Sie den Versuch länger geplant oder ist es eher plötzlich dazu gekommen?«

»Wie fanden Sie es seinerzeit, überlebt zu haben?«

**Schwerster Suizidversuch:**

»Welchen Suizidversuch würden Sie als Ihren schwersten bezeichnen, d. h. wann war Ihr Wunsch zu sterben am allergrößten bzw. wann waren Sie sich am sichersten, dass das gewählte Vorgehen tödlich sein würde?«

**Selbstverletzungen:**

»Haben Sie sich schon einmal selbst Verletzungen zugefügt, ohne dass Sie hierbei sterben wollten?«

»Was genau haben Sie gemacht?«

»Fügen Sie sich derzeit Verletzungen zu?«

**Erhebung unmittelbarer Suizidalität:**

»Wie sieht es eigentlich mit suizidalen Gedanken aus, während wir gerade miteinander reden?«

»Und wenn Sie jetzt die Praxis verlassen: Was denken Sie passiert mit Ihrem Wunsch zu sterben?«

Möglichen Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung, Spiritualität oder persönliche Ressourcen sind ebenso in den Blick zu nehmen wie mögliche Warnzeichen einer akuten suizidalen Krise. Zu diesen gehören:

- Agitiertheit,
- Angst,
- Schlafprobleme (inklusive Albträume),
- Reizbarkeit,
- Eindruck des Gefangenseins,
- Hoffnungslosigkeit (vgl. CHU u. a. 2015; TEISMANN u. a. 2016).

Da die Offenlegung suizidaler Erlebens- und Verhaltensweisen oftmals scham- und angstbesetzt ist, empfiehlt SHEA (2011), Gesprächstechniken zu verwenden, die dabei helfen, Aussagen richtig einzuordnen:

### **Gesprächstechniken zur Erhebung suizidalen Erlebens und Verhaltens (SHEA 2011)**

**Verhaltensbezogenes Geschehnis** Fragen zum verhaltensbezogenen Geschehen beziehen sich einerseits auf konkrete verhaltensbezogene Details (»Und wie viele Tabletten haben Sie genau genommen?«) und andererseits auf den detaillierten Ablauf des Geschehens (»Und was ist dann passiert?«) sowie auf auftretende Gefühle und Gedanken (»Und was haben Sie in diesem Moment gedacht?«).

**Abschwächung von Schamerleben** Schambesetzte Reaktionen lassen sich dadurch abschwächen, dass ein Verhalten aus dem Kontext heraus erfragt wird, in dem es die befragte Person erlebt: »Sie sagten, dass Sie, vor dem Hintergrund des Suizids Ihres Vaters, immer strikt gegen einen Suizid waren. Mit all den Widrigkeiten, denen Sie momentan ausgesetzt sind, frage ich mich, ob Sie nicht dennoch manchmal und vielleicht auch nur flüchtig lebensmüde Gedanken haben?«

**Vorsichtige Vermutungen** Im Rahmen zurückhaltender Vermutungen unterstellt die behandelnde Person der Patientin oder dem Patienten ein bestimmtes Verhalten. Es wird also beispielsweise gefragt: »Über welche anderen Arten, sich umzubringen, haben Sie nachgedacht?« statt: »Haben Sie über andere Arten, sich umzubringen, nachgedacht?« Weiter abgeschwächt werden kann die Unterstellung, indem die jeweilige Frage durch den Nachsatz »wenn überhaupt« ergänzt wird: »Wie oft waren Sie im Rahmen suizidaler Krisen alkoholisiert – wenn überhaupt?«

**Symptomverstärkung** Diese Technik beruht auf der Beobachtung, dass unerwünschte Verhaltensweisen oftmals in ihrer Häufigkeit und Intensität heruntergespielt werden. Dadurch, dass die mögliche Obergrenze eines Verhaltens von der

behandelnden Person bewusst zu hoch angesetzt wird, kann sie – auch wenn die Patientin oder der Patient die Zahl nach unten korrigiert – zu einer Einschätzung der Bedeutsamkeit des Problemverhaltens kommen: »An den Tagen, an denen Sie einen Suizid erwogen haben, wie lange haben Sie da über Ihren Tod nachgedacht: 50 Prozent, 80 Prozent oder 90 Prozent des Tages?«

**Verleugnung des Konkreten** Ausgehend von der Annahme, dass es schwieriger ist, auf konkret gestellte als auf allgemeine Fragen wahrheitswidrig zu antworten, empfiehlt es sich, statt einer allgemeinen Frage (»Über welche anderen Methoden, sich umzubringen, haben Sie nachgedacht?«) eine Reihe konkreter Fragen zu stellen: »Haben Sie darüber nachgedacht, sich zu erhängen?« »Haben Sie darüber nachgedacht, eine Überdosis einzunehmen?« »Haben Sie darüber nachgedacht, sich zu ertränken?«

**Normalisierung** Durch den Hinweis darauf, dass es anderen Menschen in vergleichbaren Lebenslagen ähnlich geht, kann Schamerleben des Weiteren abgemildert werden: »Viele Personen, die mit Depressionen zu kämpfen haben, denken an irgendeinem Punkt ihrer Erkrankung daran, sich das Leben zu nehmen: Kennen Sie auch solche Gedanken?«

Das »Chronological Assessment of Suicidal Events« ist für eine sorgfältige Erhebung suizidaler Erlebens- und Verhaltensweisen gut geeignet. Die zwei Maßgaben, auf denen der Ansatz fußt, sind leicht zu erinnern, sodass sie keine großen Anforderungen an die Behandelnden stellen:

- Untergliedere die Risikoabschätzung in vier Zeiteinheiten.
- Exploriere suizidale Erlebens- und Verhaltensweisen detailliert und verhaltensnah.

Die Struktur der Befragung lässt sich zudem gut im Rahmen eines »natürlichen Gesprächsverlaufs« umsetzen.

## Leitfaden zur partnerschaftlichen Erfassung suizidalen Erlebens und Verhaltens

Im Rahmen des Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) spricht sich JOBES (2016) für eine gemeinschaftliche Abklärung suizidalen Erlebens wie auch eine gemeinschaftliche Behandlungsplanung aus. Im wörtlichen Sinne empfiehlt Jobes, sich bei der Risikoabschätzung neben die betroffene Person zu setzen und gemeinsam die »Suicide Status Form«

(SSF; JOBES u. a. 1997) als verfahrensspezifisches Instrument zu bearbeiten. Die behandelnde Person bleibt während der gesamten Bearbeitung der SSF neben der Patientin oder dem Patienten sitzen und erläutert die einzelnen Fragen und Auswahlmöglichkeiten. Ausgefüllt wird der Bogen von der Patientin oder vom Patienten selbst. Die partnerschaftliche Vorgehensweise und das gemeinsame Verstehen der suizidalen Krise verfolgt dabei u. a. das Ziel, zügig eine Beziehung zu der Person mit suizidalem Erleben und Verhalten aufzubauen, um so eine sichere Basis für die weitere gemeinsame Arbeit zu schaffen.

Die »Suicide Status Form« untergliedert sich in vier Sektionen, die das gegenwärtige Suizidrisiko abschätzen und Hinweise auf die weitere Behandlungsplanung geben:

**Sektion A** wird von JOBES (2016) als Kernbefragung (engl. »core assessment«) bezeichnet. Mit fünf der sechs Fragen wird das Vorliegen von zentralen Annahmen unterschiedlicher Suizidtheorien erfragt:

- »Beurteilen Sie das aktuelle Ausmaß Ihres psychischen Schmerzes, das Gefühl der Verletzung, des Leids oder des Elends (nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlicher Schmerz).«
- »Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen Stresserlebens, z. B. Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein.«
- »Beurteilen Sie das Ausmaß Ihrer inneren Anspannung und Erregung, z. B. bedrängende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun – ohne zu wissen was (nicht jedoch Verärgerung).«
- »Beurteilen Sie das Ausmaß Ihrer aktuellen Hoffnungslosigkeit, Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht verbessern werden, ganz egal was Sie machen.«
- »Beurteilen Sie das aktuelle Ausmaß an Selbstentwertung/Selbsthass, Ihre allgemeine Einschätzung, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren.«

Alle fünf Merkmale (Items) werden auf fünfstufigen Skalen von »gering« bis »sehr stark« eingeschätzt. Zusätzlich zu dieser Einschätzung wird die befragte Person in Bezug auf jede Aussage um konkrete Angaben gebeten:

- »Welches Gefühl verursacht Ihnen den größten psychischen Schmerz?«
- »Was löst bei Ihnen den meisten Stress aus?«
- »Woher kommt Ihre Erwartung, dass die Dinge sich nicht verbessern?«

Das sechste Item der Kernbefragung ist schließlich eine allgemeine Selbsteinschätzung der aktuellen Suizidgefährdung von »extrem niedrig« bis »extrem hoch«. Diese sechs Items umfassende Sektion A bildet den Ursprung der SSF. Im Lauf der Zeit wurden weitere Items ergänzt: So werden Patientinnen und



Patienten u. a. gebeten, Gründe oder Motive, die für das Leben sprechen, und Gründe oder Motive, die für den Tod sprechen, zu benennen und einzuschätzen, wie ausgeprägt ihr gegenwärtiger Wunsch, zu leben bzw. zu sterben ist. Die behandelnde Person begleitet die Patientin oder den Patienten bei der Bearbeitung von Sektion A, indem sie auftretende Fragen beantwortet und durch gezieltes Nachfragen zur Klärung der Patientenangaben beiträgt.

In der **Sektion B** führt die behandelnde Person eine Fremdbeurteilung durch. Hierbei werden zunächst verschiedene Aspekte suizidalen Erlebens und Verhaltens erfasst. Im Einzelnen sind dies:

- Suizidplan (inkl. Zugang zu Suizidmitteln),
- Suizidvorbereitungen,
- Probehandlungen,
- Suizidgedanken,
- Suizidversuche,
- aktuelle Suizidabsicht.

Jede Facette muss beschrieben werden. Es werden die Häufigkeit (pro Tag, pro Woche, pro Monat) und die Dauer (Sekunden, Minuten, Stunden) von Suizidgedanken erfasst. Zusätzlich wird das Vorliegen weiterer Risikofaktoren eingeschätzt und beschrieben:

- Impulsivität,
- Abhängigkeiten/Süchte,
- bedeutende Verluste,
- soziale Isolation,
- Beziehungsschwierigkeiten,
- gesundheitliche Probleme und
- Probleme mit dem Gesetz.

Während der Einschätzung bleiben die Therapeutinnen und Therapeuten neben den befragten Personen sitzen und klären im Gespräch das Vorliegen oder die Ausprägung der verschiedenen Risikofaktoren ab.

Basierend auf den Antworten in Sektion A und B werden in **Sektion C** mögliche Behandlungsziele, Behandlungsschritte und die für die Teilprobleme einzuplanende Sitzungszahl besprochen und festgelegt. Die behandelnde Person und die Patientin oder der Patient entscheiden somit gemeinschaftlich, wie mit der aktuellen Gefährdung umgegangen werden soll – und beide unterschreiben anschließend den so entstandenen Behandlungsplan.

**Sektion D** wird nach der Sitzung von den Therapeutinnen und Therapeuten ausgefüllt. Im Sinne einer sorgfältigen Sitzungsdocumentation werden der

psychische Befund, gegenwärtige Störungsdiagnosen, das generelle Suizidrisiko und Bemerkungen zum Fall vermerkt.

Zur Dokumentation der Folgesitzungen wie auch der Abschlusssitzung liegen jeweils gesonderte SSF-Versionen vor. Mit der »Suicide Status Form« bietet sich den Praktizierenden daher ein Instrument, das gleichermaßen zur Risikoabschätzung, Behandlungsplanung und Sitzungsdokumentation eingesetzt werden kann. Darüber hinaus hilft die Verwendung der SSF dabei, den therapeutischen Prozess zu strukturieren.

Verschiedene Studien haben die Nützlichkeit des CAMS-Ansatz hinsichtlich der Behandlung suizidalen Erlebens untermauert (u. a. JOBES u. a. 2017). Allerdings bedarf der Einsatz der SSF eines gewissen Trainings; Onlineschulungen können auf der Internetseite <https://cams-care.com> absolviert werden.

## Interviewverfahren zur Risikoabschätzung

Zur Risikoabschätzung lassen sich – neben den beschriebenen Leitfäden zur Gesprächsgestaltung – auch strukturierte oder standardisierte Interviews verwenden. Im amerikanischen Raum ist insbesondere die »Columbia-Suicide Severity Rating Scale« (C-SSRS; POSNER u. a. 2007) ein verbreitetes Instrument. Bei der C-SSRS handelt es sich um einen kurzen Interviewbogen, der zur Einschätzung von Suizidgedanken und suizidalem Verhalten eingesetzt werden kann. Das Interview liegt in einer Kurz- und einer Langversion vor und ist so konzipiert, dass es sowohl durch Fachkräfte und Freunde als auch durch Familienmitglieder anzuwenden ist. Zusätzlich gibt es eine Version für den Einsatz bei Kindern und kognitiv eingeschränkten Personen. Alle Varianten des Interviewbogens untergliedern sich in eine Sektion zur Abklärung von Suizidgedanken und eine Sektion zur Abklärung von suizidalem Verhalten. Gefragt wird sowohl nach dem Auftreten von suizidalem Verhalten und Erleben im bisherigen Leben als auch nach Suizidgedanken im letzten Monat und suizidalem Verhalten in den vergangenen drei Monaten.

Alle Versionen des C-SSRS beginnen in der ersten Sektion mit zwei Fragen zu Suizidgedanken:

- »Haben Sie sich gewünscht, tot zu sein, oder den Wunsch gehabt, Sie könnten einschlafen und müssten nicht mehr aufwachen?«
- »Haben Sie tatsächlich daran gedacht, sich umzubringen?«

Wird keine der beiden Fragen mit »Ja« beantwortet, so wird unmittelbar zur zweiten Sektion übergegangen. Wird eine der beiden Fragen bejaht, erfolgt eine genauere Abklärung der Art und Intensität der Suizidgedanken.

In der zweiten Sektion wird nach Suizidversuchen (»Haben Sie einen Suizidversuch unternommen?«), nicht-suizidalen Selbstverletzungen und vorbereitenden Handlungen gefragt. Für den Fall, dass dabei eine Suizidabsicht im vergangenen Monat oder suizidales Verhalten während der vergangenen drei Monate zur Sprache kommt, empfehlen die Autoren eine unmittelbare Überweisung an eine psychotherapeutische oder psychiatrische Einrichtung. Das Interview bahnt also unter Umständen den Weg für ein ausführliches Abklärungsgespräch. Auf der Homepage zum C-SSRS (<https://cssrs.columbia.edu>) kann eine deutsche Fassung des C-SSRS angefordert werden; überdies finden sich hier Schulungsmaterialien zur Anwendung des Interviews.

Weitere Interviewverfahren wie das »Self-Injurious Thoughts and Behavior Interview« (SITBI; NOCK u. a. 2007; deutsche Version: FISCHER u. a. 2014) oder das »Suicide Attempt Self-Injury Interview« (SASII; LINEHAN u. a. 2006) eignen sich vor allem im Forschungskontext oder zur Erfassung von Suizidalität außerhalb akuter Krisen (siehe FORKMANN u. a. 2015 für eine ausführliche Darstellung).

## Fragebogendiagnostik

In Ergänzung zu den Interviewverfahren stehen diverse Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung des Schweregrads suizidaler Krisen, zur Dokumentation des Verlaufs bzw. der Veränderungen suizidalen Erlebens und Verhaltens und zur Diagnostik von relevanten Risikofaktoren zur Verfügung (FORKMANN u. a. 2015). Eine Übersicht gängiger – und für den deutschsprachigen Raum erprobter – Instrumente findet sich in Tabelle 2 (S. 125).

Bei allen Vorteilen eines routinemäßigen Einsatzes von Fragebögen in Forschung und Praxis, muss man sich jedoch darüber im Klaren sein, dass Fragebögen keine sichere Risikoabschätzung ermöglichen (CARTER u. a. 2017; CHAN u. a. 2016). Insbesondere Risikochecklisten, bei denen von verschiedenen Risikofaktoren auf einen bestimmten Gefährdungsgrad geschlossen wird, sind in ihrer Vorhersagekraft sehr eingeschränkt (STEEG u. a. 2018). Auf der Basis solcher Risikoskalen sollten daher auf keinen Fall Behandlungsentscheidungen getroffen werden. Fragebögen sollten – neben ihrer Nutzung in der Forschung – vor allem dazu verwendet werden, das therapeutische Gespräch zu ergänzen.

TABELLE 2 Selbstbeurteilungsinstrumente zur Erfassung suizidrelevanter Konstrukte

Instrument/Autoren	Kommentar
»Depressive Symptomatology Index – Suicidality Subscale« (DSI-SS; dt. Fassung: von GLISCHINSKI u. a. 2016)	Erfasst mit vier Items die Häufigkeit und Intensität von Suizidgedanken.
»Beck Scale for Suicidal Ideation« (BSSI; dt. Fassung: KLIEM, BRÄHLER 2015)	Erfasst mit 19 Items u. a. den Wunsch zu sterben, Intensität und Dauer von Suizidwünschen/-plänen, Vorbereitungshandlungen und zurückliegende Suizidversuche. Existiert als Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrument.
»Suicide Behavior Questionnaire – Revised« (SBQ-R; dt. Fassung: GLAESMER u. a. 2018)	Erfasst mit vier Items vergangene Suizidgedanken, Suizidversuche, Kommunikation über Suizidalität und die Wahrscheinlichkeit zukünftiger Suizidalität.
»Skala Suizidales Erleben und Verhalten« (SSEV; TEISMANN u. a. 2017)	Erfasst mit neun Items aktuelle Suizidgedanken, Suizidabsicht, Suizidpläne und Suizidversuche.
»Brief Reasons for Living Scale« (B-RFL; dt. Fassung: CWIK u. a. 2017)	Erfasst mit zwölf Items Gründe, am Leben zu bleiben. Es handelt sich um die Kurzfassung der »Reasons for Living Skala«.
»Suicide Cognitions Scale« (SCS; dt. Fassung: SPANGENBERG u. a. 2019)	Erfasst mit 18 Items die Einstellung zu Annahmen und Überzeugungen mit hoher Relevanz für suizidales Erleben.
»Interpersonal Needs Questionnaire« (INQ; HALLENSLEBEN u. a. 2016)	Erfasst mit insgesamt 15 Items zwei Kernannahmen der <i>Interpersonalen Theorie Suizidalen Verhaltens</i> : wahrgenommene Belastung (engl. »perceived burdensomeness«) und enttäuschter Wunsch nach Zugehörigkeit (engl. »thwarted belongingness«).
»Short Defeat und Entrapment Scale« (SDES; dt. Version: HÖLLER u. a. 2020)	Erfasst mit acht Items zwei Kernannahmen des <i>Integrativen-Motivational-Volitionalen Modells suizidalen Verhaltens</i> : »defeat« und »entrapment«.

## Der Patient entscheidet mit: partnerschaftliche Behandlungsplanung

Unabhängig davon, wie die behandelnde Person zu einer Risikoabschätzung gelangt ist, muss im Anschluss über den ermittelten Gefährdungsgrad sowie das weitere Behandlungsangebot und -setting entschieden werden.

Die Einschätzung des Suizidrisikos ergibt sich aus der Gewichtung der vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren. Einen umfassenden Orientierungsrahmen für die Abschätzung des Schweregrades bietet das in Tabelle 3 dargestellte Schweregradkontinuum von RUDD und Kollegen (2001; CHU u. a. 2015).

**TABELLE 3 Schweregradkontinuum suizidaler Krisen**

Schweregrad	Anzeichen (Indikatoren)
Leicht	Geringe Häufigkeit, geringe Dauer und Intensität von Suizidgedanken, keine Planung, keine Absicht, leichtgradige Symptombelastung, gute Selbstkontrolle, wenige Risikofaktoren, Schutzfaktoren vorhanden.
Moderat	Regelmäßige Suizidgedanken von mittlerer Intensität und Dauer, geringe Planung, keine Absicht, gute Selbstkontrolle, wenige Risikofaktoren, Schutzfaktoren vorhanden.
Stark	Regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, konkrete Planung, keine subjektive Absicht (aber objektive Hinweise auf Absichtsbildung, z. B. Wahl der Methode, Verfügbarkeit der gewählten Methode, vorbereitende Verhaltensweisen), Hinweise auf eingeschränkte Selbstkontrolle, bedeutsame Symptombelastung, viele Risikofaktoren und wenig (wenn überhaupt) Schutzfaktoren vorhanden.
Extrem	Regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, konkrete Planung, subjektive und objektivierbare Absicht, eingeschränkte Selbstkontrolle, bedeutsame Symptombelastung, viele Risikofaktoren und keine Schutzfaktoren vorhanden.

Auch wenn entsprechende Publikationen den Eindruck vermitteln, eine zuverlässige Risikokategorisierung und -einschätzung wäre möglich, ist es eine bekannte Tatsache, dass vergleichsweise seltene Verhaltensweisen nicht sicher vorhergesagt werden können (ROSEN 1954).

In einer Reihe aktueller Überblicksarbeiten wurde zuletzt noch einmal sehr deutlich, dass trotz intensiver Forschungsbemühungen eine zuverlässige

Vorhersage oder Kategorisierung suizidalen Verhaltens in hohes, mittleres und niedriges Risiko nur unzureichend möglich ist (u. a. BELSHER u. a. 2019; CARTER u. a. 2017; CHU u. a. 2017b; FRANKLIN u. a. 2017; LARGE u. a. 2016). WOODFORD und Kollegen (2019) gingen in einer Metaanalyse beispielsweise der Frage nach, inwieweit die von Klinikern auf Basis ihrer individuellen Risikoabschätzungen vorgenommene Klassifikationen in Hoch- oder Niedrigrisikogruppen prädiktiv sind für suizidale und nicht-suizidale Selbstverletzungen im Anschluss an einen stationären Aufenthalt. Insgesamt wurden sechs Studien in die Metaanalyse aufgenommen. Es zeigte sich, dass 70 Prozent der Patientinnen und Patienten, die nach einer stationären Behandlung erneut Selbstverletzungen vorgenommen haben, zuvor von Fachleuten als ungefährdet eingeschätzt wurden. Etwa 80 Prozent der Patientinnen und Patienten, die als hochgefährdet eingeschätzt wurden, unternahmen jedoch keine weiteren Selbstverletzungen. Das Ergebnismuster lässt sich vielseitig diskutieren, es bleibt jedoch unbestritten, dass es Fachleuten offensichtlich nicht möglich ist, eine ausreichend präzise Risikoabschätzung vorzunehmen.

Tatsächlich handelt es sich um eine hochkomplexe Aufgabe: Auf der einen Seite werden die allermeisten Personen – auch solche, bei denen viele Risikofaktoren und wenig Schutzfaktoren vorliegen – keine suizidalen Handlungen ausführen und auf der anderen Seite unterliegt suizidales Erleben erheblichen Intensitätsschwankungen (HALLENSLEBEN u. a. 2019), mit potenziell schnellen Übergängen von einer Entscheidung zum Suizid hin zu suizidalen Handlungen (SIMON u. a. 2001): Einige Betroffene mögen daher nicht selten selbst von der Dynamik und Vehemenz einer sich zuspitzenden suizidalen Krise überrascht sein. Andere werden hingegen versuchen, suizidale Absichten vor Außenstehenden zu verbergen (SMITH u. a. 2013).

Das komplexe Zusammenspiel überdauernder Faktoren mit mehr oder weniger zufälligen situativen Bedingungen schränkt die Kategorisierung und Vorhersage suizidaler Gefährdung auf fundamentale Weise ein. Die Tatsache, dass suizidales Erleben nur selten in suizidales Verhalten mündet, verhindert zudem, dass Behandelnde wirkliches Erfahrungswissen erwerben können: Wenn nur ein sehr geringer Teil der Patientinnen und Patienten, die unter Suizidgedanken leiden, suizidales Verhalten zeigt, dann kann bei Behandelnden leicht der Eindruck entstehen, sie hätten in aller Regel richtige Entscheidungen getroffen – ganz unabhängig davon, wie sie gehandelt haben. Tatsächlich aber stehen die therapeutische Entscheidung und deren Auswirkungen mit hoher Wahrscheinlichkeit in keiner engen kausalen Verbindung (TEISMANN, WANNEMÜLLER 2020).

Hinzu kommt, dass – insbesondere dann, wenn Informationen nicht strukturiert ausgewertet werden – das klinische Urteil über die Suizidgefährdung einer Person erheblichen Schwankungen unterliegt: PATERSON und Kollegen (2008) legten Psychiaterinnen und Psychiatern sowie psychiatrischem Pflegepersonal 130 kurze Fallbeschreibungen vor und baten sie, anzugeben, wie hoch sie die unmittelbare Suizidgefahr der beschriebenen Personen einschätzen würden. 15 Fälle wurden dabei – in exakt gleichem Wortlaut – zweimal vorgelegt. Es zeigte sich zum einen eine erheblich Bandbreite in der Risikobeurteilung der einzelnen Fallbeschreibungen und zum anderen eine äußerst geringe Retest-Reliabilität: Bei Psychiaterinnen und Psychiatern fand sich in 42 Prozent der Fälle keine Übereinstimmung zwischen der ersten und der zweiten Beurteilung desselben Falles, beim Pflegepersonal fand sich bei 78 Prozent keine Übereinstimmung. Es lässt sich vermuten, dass die Risikoabschätzung in erheblichem Maße durch Kontextfaktoren – wie unmittelbar zuvor verarbeitete Informationen – beeinflusst bzw. verzerrt wird. Man spricht hier von einem sogenannten Ankereffekt. Wie gefährdet eine Person eingeschätzt wird, hängt möglicherweise weniger von einem »absoluten Kriterium« ab als vielmehr von den Rahmenbedingungen, unter denen gearbeitet wird, der letzten Person in einer suizidalen Krise, mit der man Kontakt hatte, sowie dem eigenen Befinden.

In der klinischen Praxis stellt sich die Frage, wie mit dem Wissen um diese grundlegenden Schwierigkeiten bei der Risikoeinschätzung umgegangen werden sollte. RYAN und Kollegen (2010, S. 402) formulieren es sehr deutlich, wenn sie darauf hinweisen, dass von einer Risikokategorisierung grundsätzlich abgesehen werden sollte: »(...) risk categorization has no useful role to play as a guide to clinical decision-making and should be abandoned«. Ein derartiger Fokuswechsel bedeutet nun nicht, dass auf ein abklärendes Gespräch im Sinne der dargestellten Leitfaden und Fragebogendiagnostik verzichtet werden sollte. Der Fokus sollte aber weniger auf der Vorstellung liegen, am Ende des Gesprächs eine verlässliche Zuordnung vornehmen zu können, als vielmehr auf dem Ziel, herauszufinden, was die suizidale Person in der Krisensituation benötigt (TEISMANN u. a. 2019). Folgende Überlegungen sollten handlungsleitend sein:

- Was wünscht sich der Patient von der Behandlung?
- Welche modifizierbaren Risikofaktoren gibt es?
- Wie gefährdet schätzt sich der Patient selbst ein?
- Was braucht der Patient, um sich sicherer zu fühlen?

Das Gespräch mit einer Person mit suizidalem Erleben und Verhalten sollte analog zu einem vergleichbaren Gespräch mit Personen mit Depressivität, Angst- oder Suchterkrankungen gestaltet und verstanden werden: Im Vordergrund steht jeweils die Erfassung der Problembeschreibung und der Behandlungswunsch der Patientin oder des Patienten und weniger die Frage nach einer mittel- bis langfristigen Prognose. Patientinnen und Patienten in suizidalen Krisen sollten explizit in den Entscheidungsprozess um das weitere therapeutische Vorgehen einbezogen werden – nicht die Fachkraft bewertet und entscheidet auf Basis einer vermeintlichen Risikoabschätzung, sondern Patient und Therapeut entwickeln gemeinsam ein Konzept zum Umgang mit suizidalem Erleben und Verhalten. Der CAMS-Ansatz von JOBES (2016) bietet eine Vorlage für solch ein Vorgehen.

Eine partnerschaftliche Behandlungsplanung kann natürlich nur so lange verfolgt werden, wie Patientinnen und Patienten in der Lage sind, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Alkohol- und Drogenkonsum, psychotische Symptome, schwere depressive Zustände, aber auch Übererregungssymptome im Kontext suizidaler Krisen können einen Zustand der Freiverantwortlichkeit ausschließen. In diesem Fall muss der Behandelnde für den Patienten entscheiden. Therapeutinnen und Therapeuten müssen sich im Gespräch also zunächst ein Bild davon machen, inwieweit ihr Gegenüber in der Lage ist, seine persönliche Situation und die vom Behandelnden gegebenen Informationen zu verstehen, abzuwägen und folgerichtige Schlüsse zu ziehen (APPELBAUM, GRISSO 1988). Anders als der mögliche Gefährdungsgrad kann ein (fehlender) Zustand der Freiverantwortlichkeit jedoch zuverlässig diagnostiziert werden (OKAI u. a. 2007).

## Aktuelle Entwicklungen

Es werden verschiedenste Wege bestritten, um die Risikoabschätzung bei Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten zu verbessern. Zwei Beispiele sollen das illustrieren: Zum einen bemühen sich verschiedene Forschergruppen darum, akute Suizidalität als eigenständige Störung zu definieren (siehe Kapitel S. 9): So postuliert die Arbeitsgruppe um Joiner (ROGERS u. a. 2019) eine als akut suizidal-affektive Störung (engl. »acute suicidal affective disturbance«, ASAD) bezeichnete Störung, die durch eine rasche und drastische Zunahme der Absicht, sich zu suizidieren, sowie durch Selbstentfremdung,



soziale Entfremdung, Hoffnungslosigkeit und Übererregungssymptome (z. B. Agitiertheit, Reizbarkeit, Schlafstörungen, Alpträume) gekennzeichnet sein soll. GALYNER (2017) beschreibt ein Suicide Crisis Syndrome (SCS), das durch den anhaltenden Eindruck, in einer ausweglosen Situation gefangen zu sein (engl. »entrapment«), affektive Symptome (emotionaler Schmerz, extreme Stimmungsschwankungen, Panik, Dissoziation), kognitive Symptome (engl. »ruminative flooding«) und Übererregungssymptome (Agitiertheit, Schlafstörungen) definiert ist. Der Syndromcharakter beider Zustandsbilder ließ sich in verschiedenen Untersuchungen bestätigen (CLAUS, TEISMANN 2020; SCHUCK u. a. 2019). Erste Untersuchungen zur Genauigkeit der Vorhersage verweisen jedoch auf eine bestenfalls moderate Vorhersagekraft (YASEEN u. a. 2019). Nichtsdestotrotz ist es ein wichtiger Ansatz der Suizidprävention, den Fokus auf mögliche akute Warnzeichen einer suizidalen Krise zu richten. Zum anderen besteht mit Blick auf die Komplexität suizidalen Erlebens und Verhaltens ein weiterer Weg in der Forschung darin, maschinelles Lernen (künstliche Intelligenz, KI) für die Risikoabschätzung nutzbar zu machen. Hinter dem Begriff Maschinenlernen verbirgt sich eine statistische Methode, die Hunderte von Einflussfaktoren sowie deren Wechselwirkung bei der Vorhersage bestimmter Ereignisse in einem selbst lernenden Analysesystem berücksichtigen kann. In ersten Studien ließ sich das Auftreten von Suizidversuchen (u. a. RIBEIRO u. a. 2019; WALSH u. a. 2017) mithilfe des Maschinenlernens wesentlich genauer vorhersagen als unter Verwendung herkömmlicher statistischer Methoden – und dies über verschiedene Messzeiträume hinweg. Perspektivisch ist es daher vorstellbar, dass die klinische Risikoabschätzung zukünftig durch rechnergestützte Risikokalkulationen ergänzt werden wird. Erste entsprechende »Risikokalkulatoren« existieren bereits (<http://oxrisk.com/oxmis>); wenn auch noch nicht auf Basis von künstlicher Intelligenz (FAZEL u. a. 2019). Grundsätzlich muss man sich jedoch darüber im Klaren sein, dass auch unter Einsatz von künstlicher Intelligenz hochgefährdete Personen – vor dem Hintergrund der relativ geringen Rate suizidalen Verhaltens – nicht präzise identifiziert werden können (BELSHER u. a. 2019).

## Fazit und Ausblick

Eine Vorhersage suizidalen Verhaltens ist – trotz intensiver Forschung – bislang nicht mit ausreichender Präzision möglich. Es wird daher empfohlen, in Gesprächen mit Patientinnen und Patienten mit suizidalem Erleben und Verhalten

eine Fokusverlagerung vorzunehmen: Es geht weniger darum, auf Basis erfasster Informationen eine Risikoabschätzung vorzunehmen, als darum, Ansatzpunkte für Krisenintervention und Therapieplanung zu gewinnen. Es handelt sich um einen kollaborativen Patienten-Therapeuten-Prozess, in dem die behandelnde Person anerkennt, dass sie kein ausreichendes Expertenwissen zur Abschätzung des Gefährdungspotenzials einer Patientin oder eines Patienten besitzt. Auch durch die Verwendung von Fragebögen oder neue Ansätze – wie Syndromdiagnostik und maschinelles Lernen – lässt sich die Vorhersage suizidalen Verhaltens (bislang) nicht in klinisch notwendigem Maße verbessern. Dessen ungeachtet ist die Prävention suizidalen Verhaltens jedoch durchaus möglich.

## Weiterführende Literatur

- FORKMANN, T.; TEISMANN, T.; GLAESMER, H. (2015): Diagnostik von Suizidalität. Göttingen: Hogrefe.
- JOBES, D. (2016): Managing suicidal risk. A collaborative approach. New York, NY: Guilford Press.
- RIBEIRO, J.; HUANG, X.; FOX, K. R.; WALSH, C. G.; LINTHICUM, K. P. (2019): Predicting imminent suicidal thoughts and nonfatal attempts. The role of complexity. In: *Clinical Psychological Science*, 7, S. 941–957. doi:10.1177/2167702619838464.
- SHEA, S. (2011): The practical art of suicide assessment. New York, NY: Wiley.
- TEISMANN, T.; FORKMANN, T.; GLAESMER, H. (2019): Risikoabschätzung bei suizidalen Patienten – Geht das überhaupt? In: *Verhaltenstherapie*, 29, S. 80–84. doi:10.1159/000493887.

## Literatur

- APPELBAUM, P. S.; GRISSO, T. (1988): Assessing patients' capacities to consent to treatment. In: *New England Journal of Medicine*, 319, S. 1635–1638. doi:10.1056/NEJM198812223192504.
- BELSHER, B. E.; SMOLENSKI, D. J.; PRUTT, L. D.; BUSH, N. E.; BEECH, E. H. u. a. (2019): Prediction models for suicide attempts and deaths. A systematic review and simulation. In: *JAMA Psychiatry*, 76, S. 642–651. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0174.

- CARTER, G.; MILNER, A.; MCGILL, K.; PIRKIS, J.; KAPUR, N. u. a. (2017): Predicting suicidal behaviours using clinical instruments. In: *British Journal of Psychiatry*, 210, S. 387–395. doi:10.1192/bjp.bp.116.182717.
- CHAN, M. K. Y.; BHATTI, H.; MEADER, N.; STOCKTON, S.; EVANS, J. u. a. (2016): Predicting suicide following self-harm. A systematic review of risk factors and risk scales. In: *British Journal of Psychiatry*, 209, S. 277–283. doi:10.1192/bjp.bp.115.170050.
- CHU, C.; BUCHMAN-SCHMITT, J. M.; STANLEY, I. C. H.; HOM, M. A.; TUCKER, R. P.; HAGAN, C. R.; ROGERS, M. L. u. a. (2017b): The interpersonal theory of suicide. A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. In: *Psychological Bulletin*, 143, S. 1313–1345. doi:10.1037/bul0000123.
- CHU, C.; KLEIN, K. M.; BUCHMAN-SCHMITT, J. M.; HOM, M. A.; HAGAN, C. R. u. a. (2015): Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: an empirically informed update. In: *Journal of Clinical Psychology*, 71, S. 1186–1200. doi:10.1002/jclp.22210.
- CHU, C.; ORDEN, K. A. VAN; RIBEIRO, J.; JOINER, T. E. (2017a): Does the timing of suicide risk assessments influence ratings of risk severity. In: *Professional Psychology*, 48, S. 107–114. doi:10.1037/pro0000130.
- CLAUS, C.; TEISMANN, T. (2020): Akut suizidal-affektive Störung: ein systematisches Review. In: *Verhaltenstherapie*, S. 1–7. doi.org/10.1159/000511922.
- CWIK, J. C.; SIEGMANN, P.; WILLUTZKI, U.; NYHUIS, P.; WOLTER, M. u. a. (2017): Brief reasons for living inventory. A psychometric investigation. In: *BMC Psychiatry*, 17, S. 358. doi:10.1186/s12888-017-1521-x.
- DECOU, C. R.; SCHUMANN, M. E. (2018): On the iatrogenic risk of assessing suicidality. A meta-analysis. In: *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 48, S. 531–543. doi:10.1111/sltb.12368.
- FAZEL, S.; WOLF, A.; LARSSON, H.; MALLETT, S.; FANSHAW, T. R. (2019): The prediction of suicide in severe mental illness. Development and validation of a clinical prediction rule (OxMIS). In: *Translational Psychiatry*, 9, S. 98. doi:10.1038/s41398-019-0428-3.
- FISCHER, G.; AMEIS, N.; PARZER, P.; PLENER, P. L.; GROSCWITZ, R. u. a. (2014): The German version of the self-injurious thoughts and behaviors interview (SITBI-G): A tool to assess non-suicidal self-injury and suicidal behavior disorder. In: *BMC Psychiatry*, 14, S. 265. doi:10.1186/s12888-014-0265-0.
- FRANKLIN, J. C.; RIBEIRO, J. D.; FOX, K. R.; BENTLEY, K. H.; KLEIMAN, E. M. u. a. (2017): Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. In: *Psychology Bulletin*, 143, S. 187–232. doi:10.1037/bul0000084.

- GALYNKER, I. (2017): *The suicidal crisis*. New York, NY: Oxford University Press.
- GLAESMER, H.; KAPUSTA, N.; TEISMANN, T.; WAGNER, B.; HALLENSLEBEN, N. u. a. (2018): Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R). In: *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 68, S. 346–353. doi: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. In: *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, S. 543–549. doi:10.1002/cpp.2007.
- HALLENSLEBEN, N.; GLAESMER, H.; FORKMANN, T.; RATH, D.; STRAUSS, M. u. a. (2019): Predicting suicidal ideation by interpersonal variables, hopelessness and depression in real-time. In: *European Psychiatry*, 56, S. 43–50. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.11.003.
- HALLENSLEBEN, N.; SPANGENBERG, L.; KAPUSTA, N. D.; FORKMANN, T.; GLAESMER, H. (2016): The German version of the Interpersonal Needs Questionnaire (INQ). Dimensionality, psychometric properties and population-based norms. In: *Journal of Affective Disorders*, 195, S. 191–198. doi:10.1016/j.jad.2016.01.045.
- HÖLLER, I.; TEISMANN, T.; CWIK, J. C.; GLAESMER, H.; SPANGENBERG, L. u. a. (2020): Short Defeat and Entrapment Scale. A psychometric investigation in three German samples. In: *Comprehensive Psychiatry*, 98, S. 152–160. doi:10.1016/j.comppsy.2020.152160.
- JOBES, D. A.; COMTOIS, K. A.; GUTIERREZ, P. M.; BRENNER, L. A.; HUH, D. u. a. (2017): A randomized controlled trial of the collaborative assessment and management of suicidality versus enhanced care as usual with suicidal soldiers. In: *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 80, S. 339–356. doi:10.1080/00332747.2017.1354607.
- JOBES, D.; JACOBY, A.; CIMBOLIC, P.; HUSTEAD, L. (1997): Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. In: *Journal of Counseling Psychology*, 44, S. 368–377. doi:10.1037/0022-0167.44.4.368.
- JOINER, T. E.; WALKER, R.; RUDD, M.; JOBES, D. (1999): Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. In: *Journal of Professional Psychology: Research, Practice*, 30, S. 447–454. doi:10.1037/0735-7028.30.5.447.
- KLIEM, S.; BRÄHLER, E. (2015): *Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS)*. Frankfurt: Pearson Assessment.

- LARGE, M.; KANESON, M.; MYLES, N.; MYLES, H.; GUNARATNE, P.; RYAN, C. (2016): Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients. Heterogeneity in results and lack of improvement over time. In: *PLOS One*, 11 (6), e0156322. doi:10.1371/journal.pone.0156322.
- LINEHAN, M.; COMTOIS, K. A.; BROWN, M. Z.; HEARD, H. L.; WAGNER, A. (2006): Suicide attempt self-injury interview (SASII). Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. In: *Psychological Assessment*, 18, S. 303–312. doi:10.1037/1040-3590.18.3.303.
- NOCK, M. K.; HOLMBERG, E. B.; PHOTOS, V. L.; MICHEL, B. D. (2007): Self-injurious thoughts and behaviors interview. Development, reliability, and validity in an adolescent sample. In: *Psychological Assessment*, 19, S. 309–317. doi:10.1037/1040-3590.19.3.309.
- OKAI, D.; OWEN, G.; MCGUIRE, H.; SINGH, S.; CHURCHILL, R. u. a. (2007): Mental capacity in psychiatric patients. In: *British Journal of Psychiatry*, 191, S. 291–297. doi:10.1192/bjp.bp.106.035162.
- PATERSON, B.; DOWDING, D.; HARRIES, C.; CASSELLS, C.; MORRISON, R. u. a. (2008): Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients. A clinical judgement analysis of staff predictions of imminent suicide risk. In: *Journal of Mental Health*, 17, S. 410–423. doi:10.1080/09638230701530234.
- POSNER, K.; OQUENDO, M.; 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. In: *American Journal of Psychiatry*, 164, S. 1035–1043. doi:10.1176/appi.ajp.164.7.1035.
- ROGERS, M. L.; HOM, M. A.; JOINER, T. E. (2019): Differentiating acute suicidal affective disturbance (ASAD) from anxiety and depression symptoms. A network analysis. In: *Journal of Affective Disorders*, 250, S. 333–340. doi:10.1016/j.jad.2019.03.005.
- ROSEN, A. (1954): Detection of suicidal patients. An example of some limitations in the prediction of infrequent events. In: *Journal of Consulting Psychology*, 18, S. 397–403. doi:10.1037/h0058579.
- RUDD, M. D.; JOINER, T.; RAJAB, M. (2001): Treating suicidal behavior. An effective time limited approach. New York, NY: Guilford Press.
- RYAN, C.; NIELSSEN, O.; PATON, M.; LARGE, M. (2010): Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. In: *Australasian Psychiatry*, 18, S. 398–403. doi:10.3109/10398562.2010.507816.

- SCHUCK, A.; CALATI, R.; BARZILAY, S.; BLOCH-ELKOUBY, S.; GALYNKER, I. (2019): Suicide Crisis Syndrome. In: Behavioral Sciences, the Law, 37, S. 223–239. doi:10.1002/bsl.2397.
- SIMON, T.; SWANN, A.; POWELL, K.; POTTER, L.; KRESNOW, M. u. a. (2001): Characteristics of impulsive suicide attempts and attempters. In: Suicide and Life-Threatening Behavior, 32, S. 49–59. doi:10.1521/suli.32.1.5.49.24212.
- SMITH, E. G.; KIM, H. M.; GANOCZY, D.; STANO, C.; PFEIFFER, P. N. u. a. (2013): Suicide risk assessment received prior to suicide death by veterans' health administrations patients with a history of depression. In: Journal of Clinical Psychiatry, 74, S. 226–232. doi:10.4088/JCP.12m07853.
- SPANGENBERG, L.; GLAESMER, H.; HALLENSLEBEN, N.; SCHÖNFELDER, A.; RATH, D. u. a. (2019): Psychometric properties of the German version of the suicide cognitions scale in two clinical samples. In: Psychiatry Research, 274, S. 254–262. doi:10.1016/j.psychres.2019.02.047.
- STEEG, S.; QUINLIVAN, L.; NOWLAND, R.; CAROLL, R.; CASEY, D. u. a. (2018): Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide. In: BMC Psychiatry, 18, S. 113. doi:10.1186/s12888-018-1693-z.
- TEISMANN, T.; FORKMANN, T.; GLAESMER, H. (2017): Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV). Unveröffentlichtes Manuskript, Ruhr-Universität Bochum.
- TEISMANN, T.; WANNEMÜLLER, A. (2020): »Ich habe da ein schlechtes Gefühl!« Intuition im Umgang mit suizidalen Patienten. In: Suizidprophylaxe, 47, S. 49–52.
- 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: Gender and quality gaps. A mixed methods analysis. In: BMJ, 1, e000198. doi:10.1136/bmjopen-2011-000198.
- WALSH, C. G.; RIBEIRO, J. D.; FRANKLIN, J. C. (2017): Predicting risk of suicide attempt over time through machine learning. In: Clinical Psychology Science, 9, S. 457–469. doi:10.1177/2167702617691560.
- WOODFORD, R.; SPITTAL, M. J.; MILNER, A.; MCGILL, K.; KAPUR, N. u. a. (2019): Accuracy of clinician predictions of future self-harm. In: Suicide and Life-Threatening Behavior, 49, S. 23–40. doi:10.1111/sltb.12395.
- YASEEN, Z. S.; HAWES, M.; BARZILAY, S.; GALYNKER, I. (2019): Predictive validity of proposed diagnostic criteria for the suicide crisis syndrome. An acute presuicidal state. In: Suicide and Life-Threatening Behavior, 49, S. 1124–1135. doi:10.1111/sltb.12495.