



Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens

Prof. Dr. Tobias Teismann

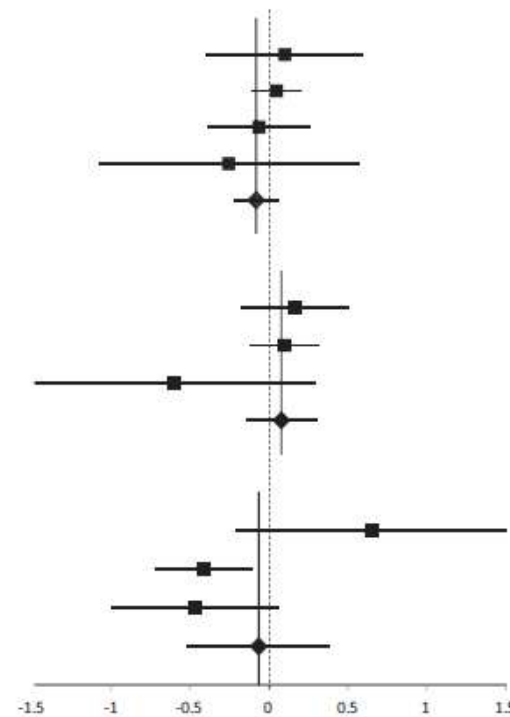
On the Iatrogenic Risk of Assessing Suicidality: A Meta-Analysis

Suicide and Life-Threatening Behavior 48(5) October 2018

CHRISTOPHER R. DeCOU, MS, AND MATTHEW E. SCHUMANN, MA

Iatrogenic risk: Suicidal Ideation

	<i>d</i>	95% Confidence Interval	
		Lower Limit	Upper Limit
<u>Within Two Days of Assessment</u>			
Reynolds et al. (Immediately postassessment)	0.101	-0.393	0.595
Gould et al. (2 days postassessment)	0.049	-0.107	0.205
Bender (2 days postassessment)	-0.060	-0.383	0.263
Eynan et al. (Immediately postassessment)	-0.252	-1.072	0.568
Weighted mean effect size ($I^2 = 0.00\%$)^a	-0.081	-0.222	0.061
<u>Two to four weeks postassessment</u>			
Law et al. (2 weeks ^b & 4 weeks postassessment)	0.167	-0.170	0.505
Crawford et al. (2 weeks postassessment)	0.096	-0.122	0.314
Smith et al. (4 weeks postassessment)	-0.597	-1.490	0.295
Weighted mean effect size ($I^2 = 19.38\%$)	0.079	-0.143	0.301
<u>Two months to two years postassessment</u>			
Smith et al. (3 months postassessment)	0.655	-0.205	1.514
Mathias et al. (2 years postassessment)	-0.408	-0.712	-0.104
Eynan et al. (2 months & 3 months postassessment)	-0.469	-0.997	0.059
Weighted mean effect size ($I^2 = 64.05\%$)	-0.064	-0.513	0.385



Clinical Psychology Review 101 (2023) 102272

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Psychology Review

journal homepage: www.elsevier.com/locate/clinpsychrev

Review

Disclosure of suicidal ideation and behaviours: A systematic review and meta-analysis of prevalence^{*}

D.J. Hallford^{a,*}, D. Rusanov^a, B. Winestone^a, R. Kaplan^b, M. Fuller-Tyszkiewicz^a, G. Melvin^{a,c}

^a School of Psychology, Deakin University, 1 Gheringhap Road, Geelong, Victoria 3220, Australia
^b Be Psychology & Mental Health, Bondi Junction, NSW, Australia
^c Centre for Educational Development, Appraisal & Research, University of Warwick, Coventry, UK

ARTICLE INFO

Keywords:
 Suicide
 Disclosure
 Suicidal behaviour
 Suicidal ideation
 Suicidal plan
 Suicidal attempts
 Meta-analysis

ABSTRACT

Disclosure of suicidal ideation and behaviours, defined as thoughts, plans, or attempts, to other people provides opportunity for intervention and prevention. This study is the first to meta-analyse all available studies to estimate the prevalence of disclosure, to whom people disclose, and examine factors that influence disclosure. Databases were searched for studies reporting samples of people who had experienced suicidal ideation or behaviours (including those who had died by suicide) and whether they had disclosed this. Almost 100 studies ($k = 94$, N participants = 1,044,629) were included in the overall prevalence analysis. The results showed less than half of people disclosed suicidal ideation or behaviour: 45.9% (95%CI 41.9–49.9%, PI 12.3–81.8%; $k = 94$). High heterogeneity, common to prevalence studies, was found ($Q(93) = 130,584$, $p < .001$; $I^2 = 99.9\%$). No publication bias was detected. Removing outliers did not change the prevalence estimate, but provided tighter prediction intervals: 45.6% (95%CI 43.4–47.9%, PI 35.8–55.7%; $k = 33$). Disclosure was related to higher prevalence of psychiatric disorders, female gender, and a longer timeframe of suicidal ideation or behaviour. Prevalence of disclosure was lower among people who died by suicide, relative to community samples, and lower when reported verbally rather than written online. Disclosure, and proportions of disclosures, to family members, was numerically higher than to friends or professionals, but could not be directly compared. In conclusion, between 50 and 60% of people do not disclose their suicidal ideation and behaviours to other people, and therefore remain unidentified and potentially untreated.

of disclosure, and non-disclosure, of suicidal ideation and behaviours, and the factors that influence this, will better place clinicians and researchers to identify and manage risk of death by suicide.

While disclosing suicidal ideation or behaviours to other people can garner emotional and instrumental support, broadly, studies have indicated that many at-risk individuals do not disclose suicidal ideation or behaviours. There are a range of reasons why people may choose not to disclose, such as self-stigma and shame, fear of rejection or unsupportive reactions, fatalistic views that nothing can be done, or concern about the consequences (such as hospitalization or other interventions that threaten autonomy)(Burton Denmark, Hess, & Becker, 2012; Fulginiti & Frey, 2018; Hom, Stanley, Podlogar, & Joiner Jr, 2017; Richards et al., 2019; Sheehan et al., 2019). Empirically, there is also much variation between studies in terms of disclosure rates and study characteristics.

Suicide is one of the leading causes of death worldwide, with over 700,000 deaths by suicide occurring each year (WHO, 2021). Meta-analytic research has indicated that there has been little progress in our ability to predict or intervene in suicidal ideation or behaviours over the last 50 years of research (Franklin et al., 2017), and that intervention effects are generally small on average (Fox et al., 2020). One factor that may at least partially account for this is that people do not always disclose their suicidal ideation or behaviour, defined here as thoughts, plans, or attempts. Whilst the self-disclosure of suicidal ideation and behaviour is a key step in helping to mobilise resources to prevent suicide and provide support for its underlying causes, conversely, nondisclosure of suicidal ideation and behaviour seriously limits the detection and management of suicide risk (Cukrowicz, Duberstein, Vannoy, Lin, & Unützer, 2014). Given this, estimating rates

^{*} The data files associated with this study are open access (<https://osf.io/2h3kv/>). This has been blinded in the manuscript for review purposes, but the supplementary files have been provided for reviewers.

^{*} Corresponding author at: School of Psychology, Deakin University, 1 Gheringhap Road, Geelong, Victoria 3220, Australia.
 E-mail address: david.hallford@deakin.edu.au (D.J. Hallford).

<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102272>
 Received 16 August 2022; Received in revised form 30 January 2023; Accepted 24 March 2023
 Available online 26 March 2023
 0272-7358/© 2023 Elsevier Ltd. All rights reserved.

Parent-Adolescent Agreement About Adolescents' Suicidal Thoughts

Jason D. Jones, PhD,^a Rhonda C. Boyd, PhD,^{a,b} Monica E. Calkins, PhD,^b Annisa Ahmed, BA,^a Tyler M. Moore, PhD,^b Ran Barzilay, MD, PhD,^{a,b} Tami D. Benton, MD,^a Raquel E. Gur, MD, PhD^b

49.9% der Eltern wissen *nicht* von Suizidgedanken ihrer Kinder

75.6% der Eltern wissen *nicht* von Todesgedanken ihrer Kinder

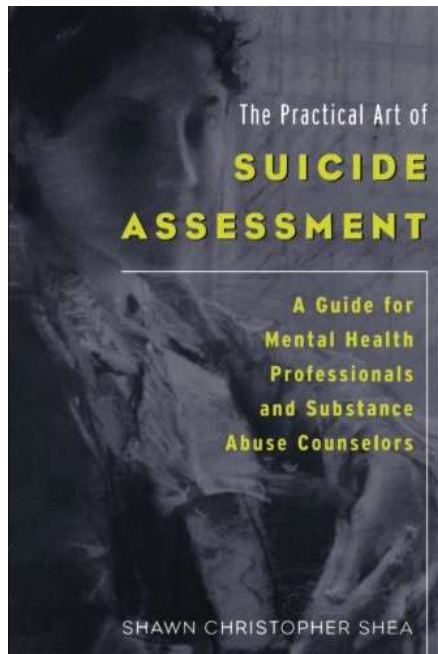
$N = 5137$

Pediatrics. 2019;143(2):e20181771

Angst vor Hospitalisierung
 Autonomieverlust
 Scham
 Schuld

50-60%: Non-Disclosure

Normalisieren / Validieren



Viele Personen, die mit psychischen Belastungen zu kämpfen haben, denken an irgendeinem Punkt ihrer Erkrankung daran, sich das Leben zu nehmen: Kennen Sie auch solche Gedanken?

Mit all den Widrigkeiten, denen Sie momentan ausgesetzt sind, frage ich mich, ob Sie nicht manchmal und vielleicht auch nur flüchtig lebensmüde Gedanken haben?

Offenheit über alle Behandlungsaspekte



In den allermeisten Fällen lassen sich suizidale Krisen sehr gut im ambulanten Setting behandeln.

Im Fall, dass ein unmittelbares Suizidrisiko besteht – sie also Gefahr laufen, Suizidwünsche in absehbarer Zeit in die Tat umzusetzen, werden wir eine stationäre Behandlung diskutieren müssen.

In ganz seltenen Ausnahmefällen kann es dann zu der Situation kommen, dass ich keine Alternative zur stationären Einweisung sehe, während sie das anders sehen. In dem Fall müssen wir dann einen Arzt in unsere Überlegungen einbeziehen. Aber nochmal: Eine Einweisung gegen den Willen des Betroffenen ist eine absolute Ausnahme.

Autonomie betonen

Die Möglichkeit, sich das Leben zu nehmen, wird Ihnen niemand nehmen – auch ich nicht.

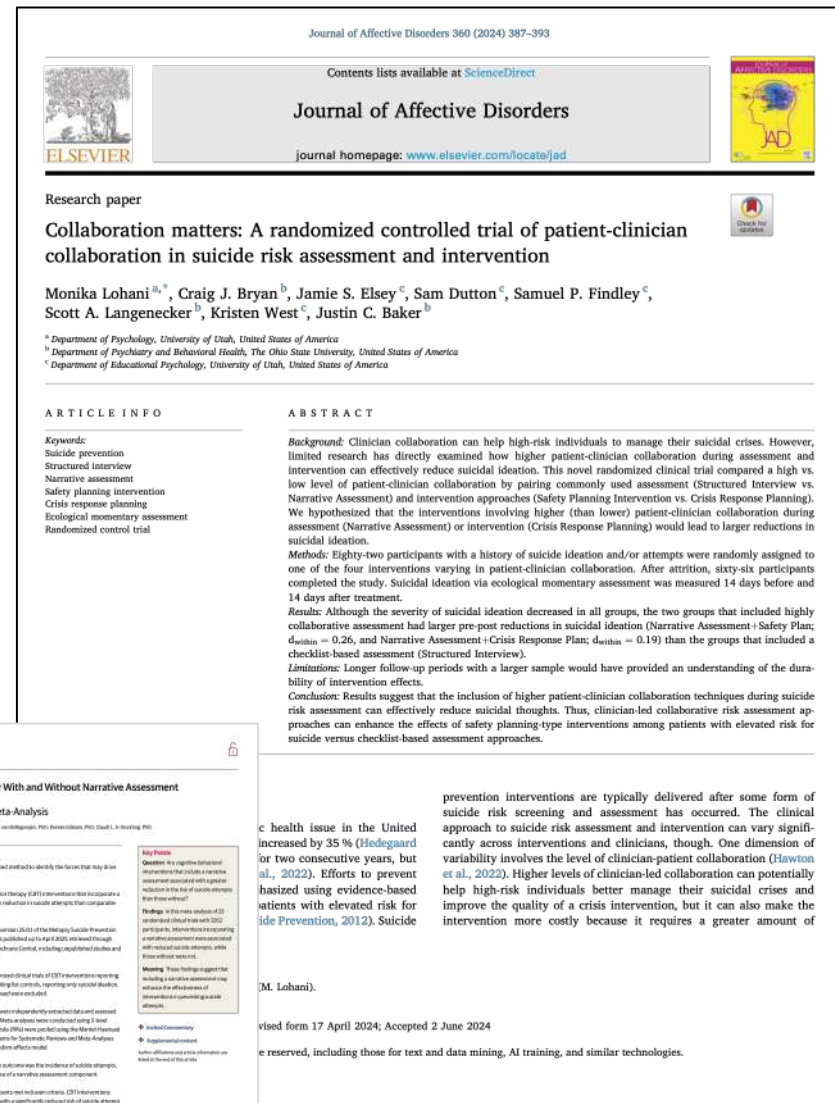
Ich kann Ihnen anbieten, dass wir gemeinsam nach Wegen suchen, wie die Situation ein Stück weit überlebbarer für Sie wird; und wir können Strategien erarbeiten, um zu verhindern, dass Ihnen eine Selbsttötung wie ein Unfall passiert.

Wenn Sie sich aber dazu entscheiden sich das Leben zu nehmen, dann werde ich nichts daran ändern können. Ich werde Ihnen – auch wenn wir Ihren Suizidwunsch hier zum Thema machen – also nie eine Möglichkeit wegnehmen können.

Sie werden immer bestimmen was Sie mir erzählen und wieviel Sie mir erzählen. Alle Kontrolle liegt bei Ihnen.

Narratives Interview

Ich würde Sie bitten mir zu erzählen, wie es zu dem Suizidversuch kam. Erzählen Sie mir Ihre Geschichte so wie Sie sie erlebt haben. Fangen Sie da an wo Sie denken, dass die Geschichte ihren Ausgang genommen hat.



c health issue in the United increased by 35 % (Hedegaard et al., 2022). Efforts to prevent hasized using evidence-based atients with elevated risk for ide Prevention, 2012). Suicide prevention interventions are typically delivered after some form of suicide risk screening and assessment has occurred. The clinical approach to suicide risk assessment and intervention can vary significantly across interventions and clinicians, though. One dimension of variability involves the level of clinician-patient collaboration (Hawton et al., 2022). Higher levels of clinician-led collaboration can potentially help high-risk individuals better manage their suicidal crises and improve the quality of a crisis intervention, but it can also make the intervention more costly because it requires a greater amount of

(M. Lohani).

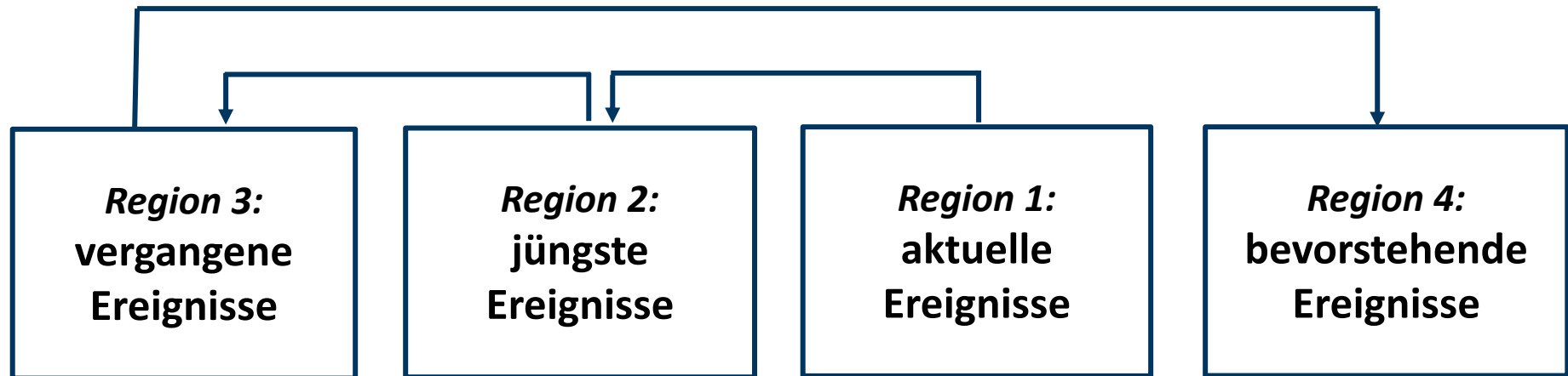
vised form 17 April 2024; Accepted 2 June 2024

e reserved, including those for text and data mining, AI training, and similar technologies.

Chronological Assessment of Suicide

Events

(CASE; Shea, 2002)



Gründe zu sterben

Burdensomeness

Thwarted
Belongingness

Entrapment

Hoffnungslosigkeit

Unbearability

Gründe zu leben

Familie/Freunde

Zukunftspläne

Dinge, die Freude
machen

Selbstbild

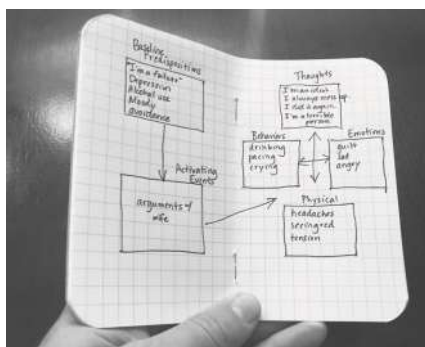
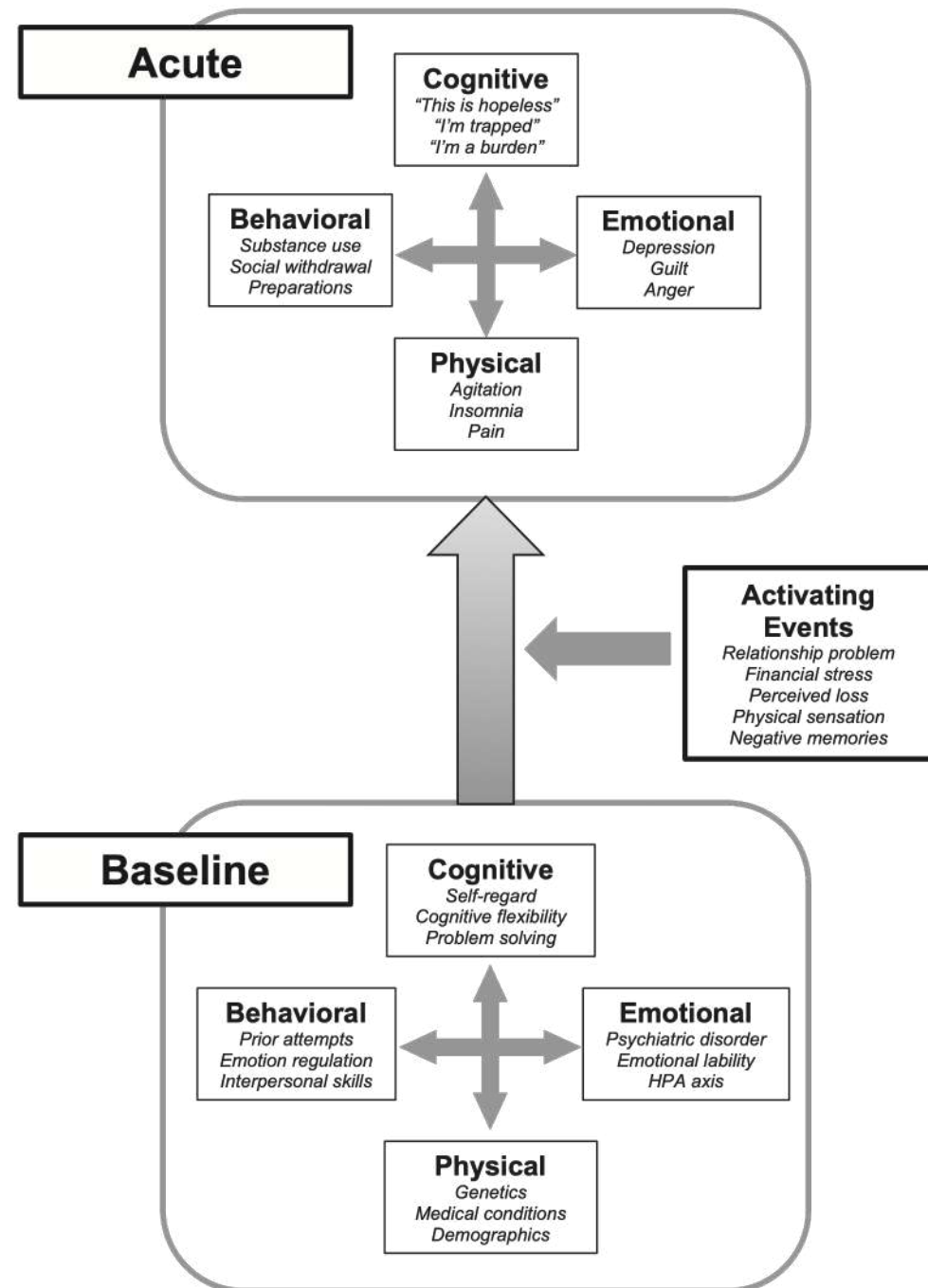
Religion

Gründe nicht zu sterben

Angst vor Tod
/Sterben



Fallkonzept



SIT BIG

Self-injurious thoughts and behaviors

interview: German

(Nock, M. K., Holmberg, E. B., Photos, V. I., & Michel, B. D. (2007). The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*, 19, 309-317.)
Dt. Übersetzung: Plener, P.L.

Einleitung:

Die kommenden Fragen beschäftigen sich mit ihren Gedanken und Gefühlen zu Suizid und selbstverletzendem Verhalten. Bitte hören Sie sorgfältig zu und antworten sie so genau sie können. Haben sie Fragen bevor wir beginnen?

Suizidgedanken

1	Hatten sie jemals Gedanken sich das Leben nehmen zu wollen? 0)nein 1)ja	
2	Wie alt waren sie als Sie das erste Mal daran dachten sich das Leben zu nehmen? (Alter)	
3	Wie alt waren sie beim letzten Mal? (Alter)	
4	Wie oft hatten Sie in Ihrem Leben Phasen, in denen Sie Gedanken hatten sich das Leben nehmen zu wollen (Bitte geben Sie uns eine gute Schätzung)?	
5	Wieviele separate Phasen im letzten Jahr?	
6	Wieviele separate Phasen im letzten Monat?	
7	Wieviele separate Phasen in der letzten Woche?	
8	Wann das letzte Mal?	

0-4 Rating Skala ausgeben

Hier ist eine Skala, die wir für einige der folgenden Fragen benutzen werden.

1

https://projects.iq.harvard.edu/files/nocklab/files/sitbi_shortform_german.pdf

Suicide Status Form-II (SSF-II) German Version I

Initialen: Untersucher: Datum:

Teil A : PatientIn und UntersucherIn gemeinsam! „I WANT TO SEE IT THROUGH YOUR EYES“

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich gerade jetzt fühlen (Bitte zutreffende Zahl ein kreisen). Ordnen Sie nachher in der linken Spalte die Fragen entsprechend der Wichtigkeit, die Sie ihnen zuordnen. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

Rang

1)	Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühl der Verletzung, des Leids, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlichen Schmerz): niedriger psychischer Schmerz: 1 2 3 4 5 : hoher psychischer Schmerz Ich finde psychisch am schmerzhaftesten:
2)	Beurteilen Sie das Ausmass des aktuellen inneren Stresszustandes (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein u.ä.): niedriger innerer Stresszustand: 1 2 3 4 5 : hoher innerer Stresszustand Für mich ist am meisten mit Stress verbunden:
3)	Beurteilen Sie innere Spannung und Erregung (bedrückende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun; nicht jedoch Verärgerung, nicht „Verleider“): niedrige Erregung: 1 2 3 4 5 : hohe Erregung Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungszustand ein Ende zu setzen, wenn:
4)	Beurteilen Sie die Hoffnungslosigkeit (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden): wenig Hoffnungslosigkeit: 1 2 3 4 5 : viel Hoffnungslosigkeit Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf:
5)	Beurteilen Sie die Selbstentwertung , den Selbsthass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren): wenig Selbstentwertung: 1 2 3 4 5 : viel Selbstentwertung Was ich an mir am meisten ablehne, ist:
6)	Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung: extrem niedrig (werde mich nicht umbringen): 1 2 3 4 5 : extrem hoch (werde mich umbringen)

1) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken über sich selbst?
Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

2) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber?
Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

Bitte schreiben Sie im Folgenden möglichst viele Gründe oder Motive auf, warum Sie leben wollen, oder warum Sie sterben wollen. Bitte ordnen Sie dann die einzelnen Gründe entsprechend ihrer Wichtigkeit von 1 – 5 in der Spalte „Rang“.

Rang	Gründe/Motive, die für das Leben sprechen	Rang	Gründe/Motive, die für den Tod sprechen

Mein Wunsch zu leben, ist:
Überhaupt nicht vorhanden: 1 2 3 4 5 6 7 8 : ganz besonders stark

Mein Wunsch zu sterben, ist:
Überhaupt nicht vorhanden: 1 2 3 4 5 6 7 8 : ganz besonders stark

Das, was mir am meisten helfen würde, nicht mehr an Suizid zu denken, wäre

Copyright David A. Jobes, Ph.D. All Rights Reserved. Übersetzung W. Gekie/K. Michel. SSF_II_G



Accuracy of risk scales for predicting repeat self-harm and suicide: a multicentre, population-level cohort study using routine clinical data

BMC Psychiatry (2018) 18:113

Sarah Steeg^{1*}, Leah Quinlivan¹, Rebecca Nowland¹, Robert Carroll¹, Deborah Casey², Caroline Clements¹, Jayne Cooper¹, Linda Davies³, Duleeka Kripe⁴, Jennifer Ness³, Rory C. O'Connor⁵, Keith Hawton³, David Gunnell⁶ and Nav Kapur^{1,7}

Letter	Meaning	Number of Points Assigned
S	Sex: male	1
A	Age: < 19 or > 45 years	1
D	Depression or hopelessness	2
P	Previous attempts or psychiatric care	1
E	Excessive alcohol or drug use	1
R	Rational thinking loss	2
S	Separated/divorced/widowed	1
O	Organized or serious attempt	2
N	No social supports	1
S	Stated future intent	2

* Reference (57).

67% low risk

83% low risk

Nurses' Global Assessment of Suicide Risk-Skala
(modifiziert nach Cutcliffe & Baker, 2004)

zhaw Gesundheit

Die Nurses' Global Assessment of Suicide Risk-Skala (NGASR-Skala) ist ein Instrument zur Risikoeinschätzung der Suizidalität (Cutcliffe & Barker, 2004).

Durchführung:
Die Pflegefachperson, die eine/n Patientin/Patienten befragt hat, geht die NGASR kurz nach der Anamnese allein durch. Dabei stützt sie sich auf die Informationen der ersten Anamnese. Voraussetzung für das korrekte Anwenden der NGASR ist, dass alle Risikofaktoren im Gespräch mit der Patientin/dem Patienten angesprochen wurde, insbesondere die Punkte 6 bis 16.

Auswertung:
Die Items werden mit 0, 1 oder 3 Punkten bewertet. Die Gesamtpunktzahl gibt Auskunft über das Risiko für suizidales Verhalten, abgestuft in vier Risikokategorien.

Risikofaktoren	Punkte
1. Hoffnungslosigkeit	3
2. Kürzliche, mit Stress verbundene Lebensereignisse, z. B. Verlust der Arbeit, finanzielle Sorgen, Trennung/Scheidung, Gerichtsverfahren	1
3. Deutlicher Hinweis auf Stimmen hören/Verfolgungsideen	1
4. Deutlicher Hinweis auf Depression, Verlust an Interesse oder Verlust an Freude	3
5. Deutlicher Hinweis auf sozialen Rückzug	1
6. Äusserung von Suizidabsichten	1
7. Deutlicher Hinweis auf einen Plan zur Suizidausführung	3
8. Schwere psychiatrische Erkrankungen oder Suizid in der Familienanamnese	1
9. Kürzlicher Verlust einer nahestehenden Person oder Bruch einer Beziehung	3
10. Psychotische Störung	1
11. Witwe/Witwer	1
12. Frühere Suizidversuche	3
13. Schlechte sozioökonomische Verhältnisse, z. B. schwierige Wohnverhältnisse, Arbeitslosigkeit, Armut	1
14. Alkohol- oder anderer Substanzmissbrauch	1
15. Terminale Krankheit	1
16. Mehrere psychiatrische Hospitalisationen in den letzten Jahren, Wiederaufnahme kurz nach der letzten Entlassung	1
Total	

Ableitung des Suizidrisikos

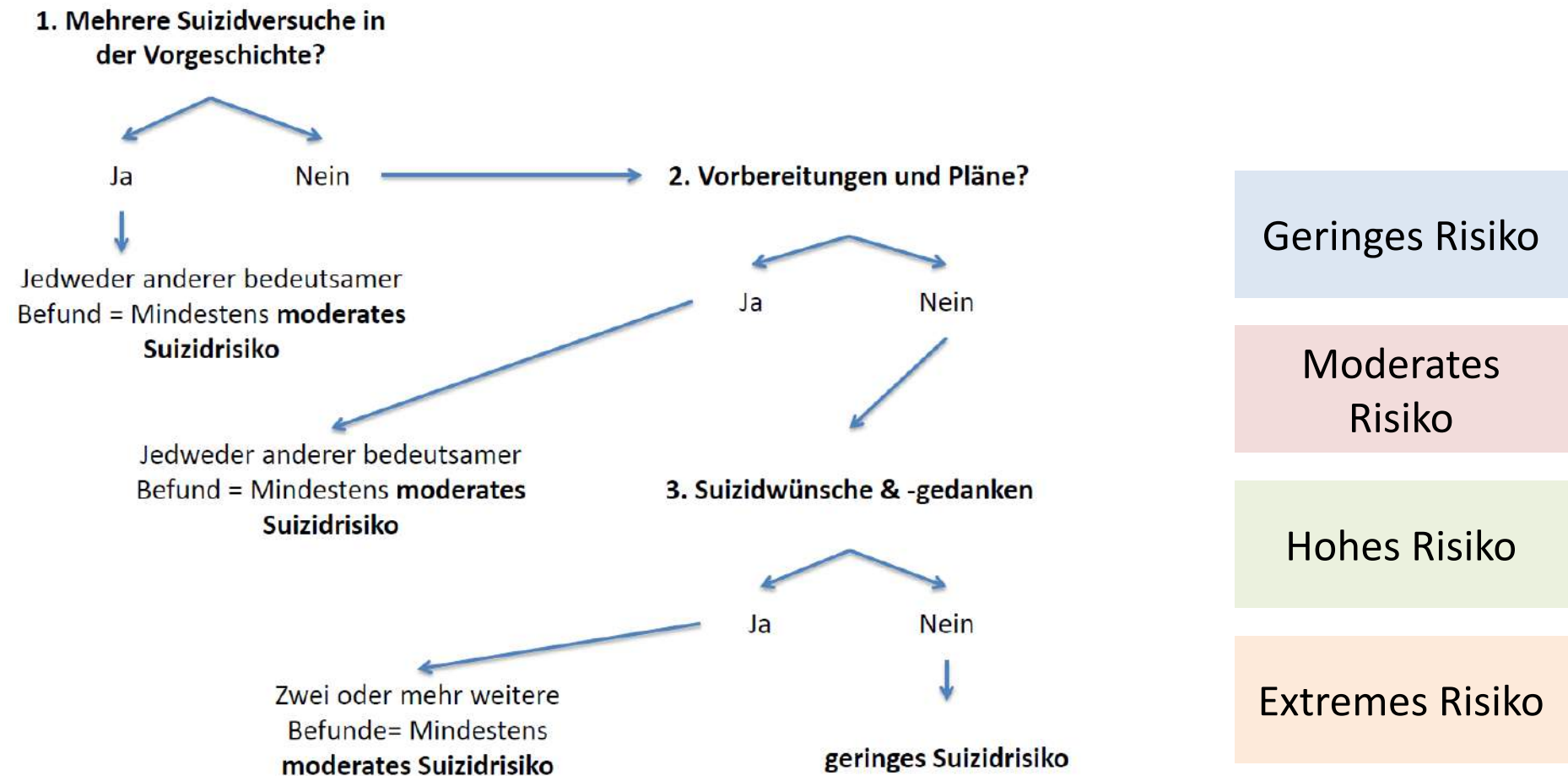
0 – 5	1	geringes Risiko	9 – 11	3	hohes Risiko
6 – 8	2	mässiges Risiko	12 +	4	sehr hohes Risiko

Grösses U., Pfister A., Zeyer A., & Hüslermann S. (2023). Klinisches Assessment Basisskizzen für Pflegefachpersonen und Hebammen. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Routinized Assessment of Suicide Risk in Clinical Practice: An Empirically Informed Update

Carol Chu, Kelly M. Klein, Jennifer M. Buchman-Schmitt, Melanie A. Hom, Christopher R. Hagan, and Thomas E. Joiner

JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY, Vol. 71(12), 1186–1200 (2015)



Reliability of Suicide Risk Estimates: A Vignette Study

Finn Dario Kolochowski, Nina Kreckeler, Thomas Forkmann, and Tobias Teismann

ARCHIVES OF SUICIDE RESEARCH

<https://doi.org/10.1080/13811118.2024.2382709>

Psychotherapists

Low (%)	Moderate (%)	Severe (%)	Extreme (%)
74.0	23.3	2.7	0
7.5	52.7	36.9	2.9
1.0	16.7	52.7	29.6
0	2.7	16.7	80.6

Spannbreite der Risikoeinschätzung

Journal of Mental Health,
August 2008; 17(4): 410-423

informa
healthcare

Managing the risk of suicide in acute psychiatric inpatients: A clinical judgement analysis of staff predictions of imminent suicide risk

BRODIE PATERSON¹, DAWN DOWDING², CLARE HARRIES³,
CLARE CASSELLS⁴, RHONA MORRISON⁵, & CATHERINE NIVEN⁶

¹University of Stirling, Nursing and Midwifery, Stirling; ²University of York and Hull, Department of
Health Sciences, York; ³University College London, Department of Psychology, London; ⁴University of
Manchester Medical School, Department of Behavioural Medicine, Manchester; ⁵Frank Valley NHS,
Community Forensic, Stirling; and ⁶Nursing Midwifery and Allied Health Professionals Unit, University
of Stirling, UK

Abstract

Background: Predicting suicide risk in psychiatric in-patients in order to inform risk management decisions is compromised by the poor predictive validity of the available models.

Aims: This study explored the factors influencing judgements regarding suicide risk in psychiatrists and nurses working in acute psychiatric in-patient units in Scotland.

Method: Clinical judgement analysis. Information used by 12 psychiatrists and 52 nurses to make judgements about suicide risk were analysed over 130 hypothetical cases. Correlations and linear regression analysis were used to examine judgement consistency and information use.

Results: There was agreement between clinicians on the relative but not absolute degree of risk of each patient case. Consistency of judgements was low, particularly amongst nurses. All clinicians rated those with more previous suicide attempts, men, those with shorter admission times, and those who were less compliant and not improving clinically as at greater risk of suicide.

Conclusion: Clinicians use cues that have been associated with suicide in traditional predictive models based on epidemiological studies and short term factors that may be particularly relevant to acute psychiatric settings. The inconsistencies observed can be interpreted to cast doubt on the validity of predictions of risk for imminent suicide and the role of such predictions in the assessment process.

Declaration of interest: None.

Keywords: Suicide risk, clinical judgement analysis

Introduction

Psychiatric in-patients are at significantly increased risk of completing suicide in comparison to the general population in all countries reflecting admission criteria (Eagles et al., 2001; Powell et al., 2000). Preventing such suicides occurring is therefore a legitimate concern in acute psychiatric care settings (National Confidential Inquiry, 2006) Despite criticisms of

Correspondence: Brodie Paterson, MBChB, University of Stirling, Nursing and Midwifery, Bridge of Allan, Stirling, FK9 4LA, UK.
E-mail: b.a.pater@stirling.ac.uk

Suizidales Verhalten lässt
sich nicht vorhersagen

Risk Factors for Suicidal Thoughts and Behaviors: A Meta-Analysis of 50 Years of Research

Joseph C. Franklin and Jessica D. Ribeiro
Yale University and Harvard University

Kate H. Bentley
Boston University

Xieyining Huang and Katherine M. Musachio
Yale University

Bernard P. Chang
Columbia University Medical Center

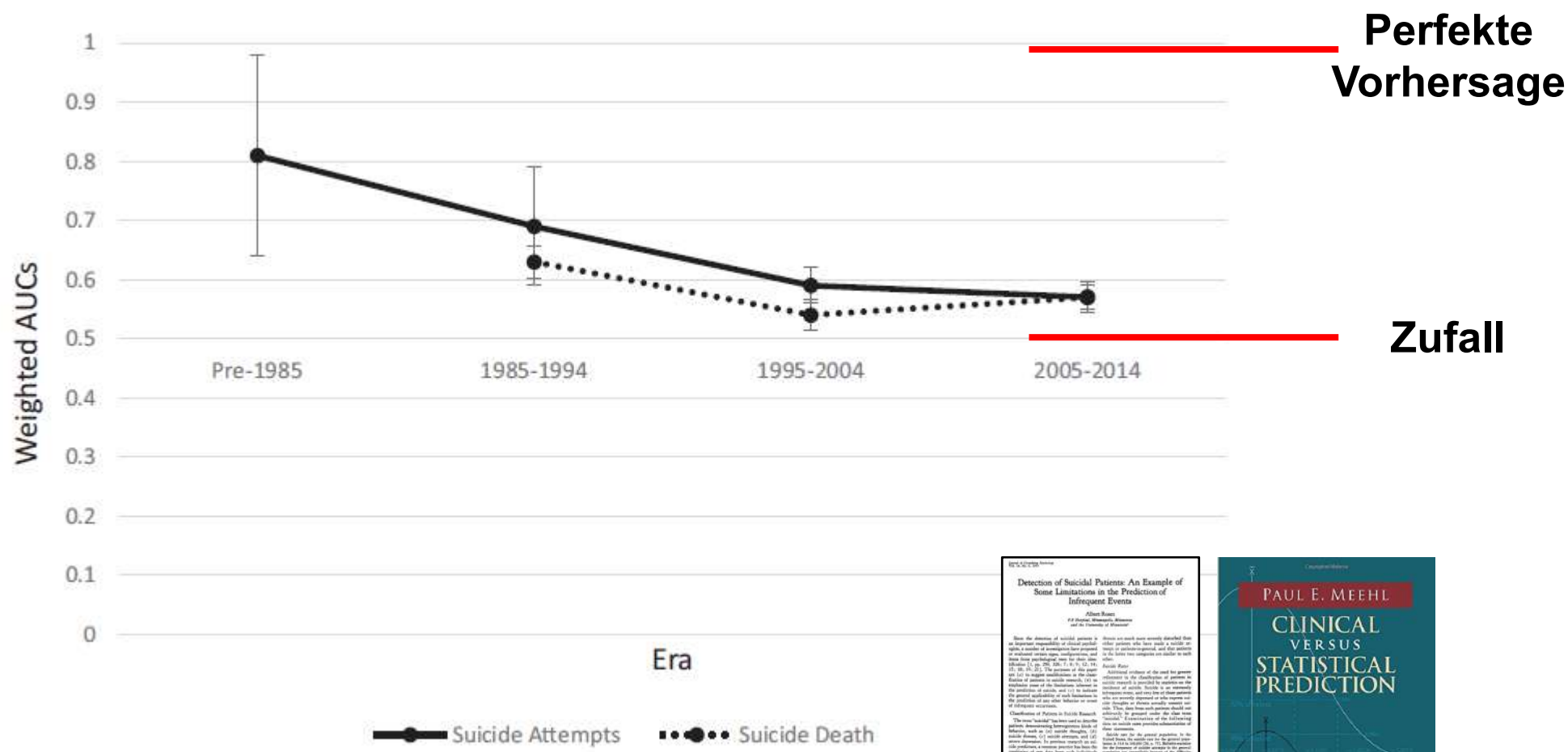
Kathryn R. Fox
Harvard University

Evan M. Kleiman
Harvard University

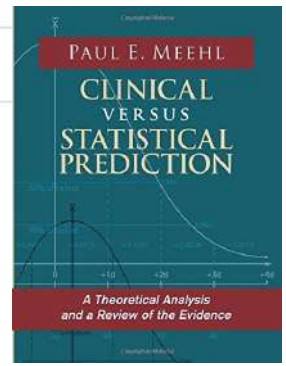
Adam C. Jaroszewski
Harvard University

Matthew K. Nock
Harvard University

Psychological Bulletin
2017, Vol. 143, No. 2, 187–232



365 longitudinal studies

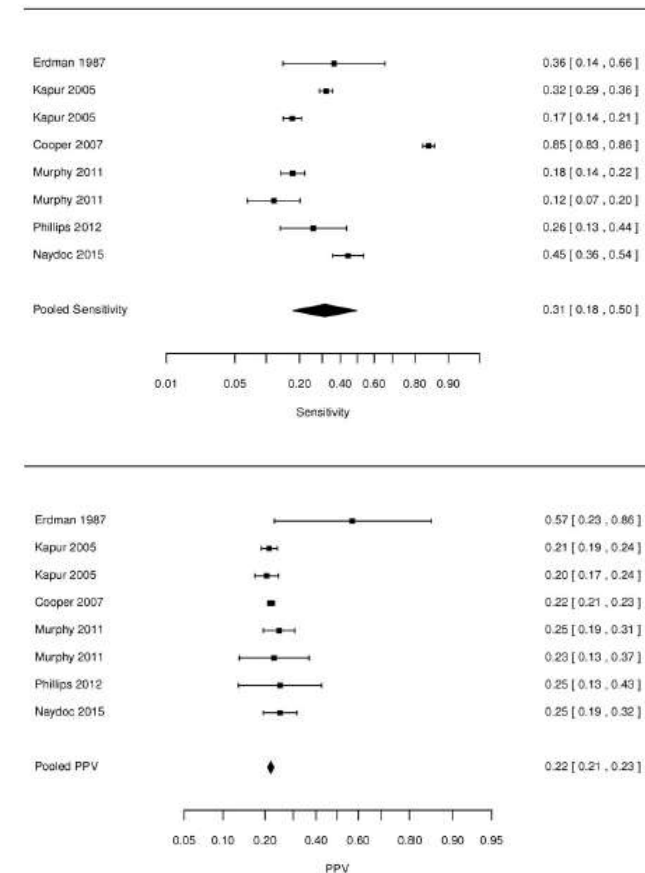


Accuracy of Clinician Predictions of Future Self-Harm: A Systematic Review and Meta-Analysis of Predictive Studies

RACHEL WOODFORD, BMED, MATTHEW J. SPITTAL, PhD, ALLISON MILNER, PhD, KATIE MCGILL, DClinPsych, NAVNEET KAPUR, FRCPsych, JANE PIRKIS, PhD, ALEX MITCHELL, FRCPsych, AND GREGORY CARTER, FRANZEP

Suicide and Life-Threatening Behavior 49 (1) February 2019

- **70%** der *Repeater* als „low risk“ klassifiziert
- **80%** der *Non-Repeater* als „high risk“ klassifiziert



AUC = 0.6

Predicting Risk of Suicide Attempts Over Time Through Machine Learning

Colin G. Walsh^{1,2,3}, Jessica D. Ribeiro⁴, and Joseph C. Franklin⁴

Clinical Psychological Science
2017, Vol. 5(3) 457–469

How artificial intelligence will save lives in the 21st century

BY: DAVE HELLER | PUBLISHED: FEBRUARY 28, 2017 | 1:46 PM | SHARE:

FSU Researcher Uses Machine Learning to Improve Suicide Prediction

A groundbreaking project led by a Florida State University researcher makes an exponential advance in suicide prediction, potentially giving clinicians the ability to predict who will attempt suicide up to two years in advance with 80 percent accuracy.

FSU Psychology researcher Jessica Ribeiro feels an urgency to confront this relentless problem. Shadowing her research is the ever-present awareness that 120 Americans take their lives every day, nearly 45,000 a year.

Ribeiro's paper, titled "Predicting Risk of Suicide Attempts over Time through Machine Learning," will be published by the journal *Clinical Psychological Science*.

The study offers a fascinating finding: machine learning — a future frontier for artificial intelligence — can predict with 80-90 percent accuracy whether someone will attempt suicide as far off as two years into the future. The



➤ FSU Psychology researcher Jessica Ribeiro

Prediction window	AUC [95% CI]
7 days	0.84 [0.83, 0.85]
14 days	0.83 [0.82, 0.84]
30 days	0.82 [0.82, 0.83]
60 days	0.82 [0.81, 0.82]
90 days	0.81 [0.81, 0.82]
180 days	0.81 [0.80, 0.82]
365 days	0.83 [0.82, 0.84]
720 days	0.80 [0.80, 0.81]

Days	7	14	30
True positives	3,066	3,094	3,094
False positives	550	585	639
False negatives	184	156	156
True negatives	1,367	1,332	1,278

$n = 3250$ Cases vs. $n = 1917$ Controls

„In other words, a suicide expert who conducted an in-depth assessment of risk factors would predict a patient's future suicidal thoughts and behaviors with the same degree of accuracy as someone with no knowledge of the patient who predicted based on a coin flip ...“



Joseph Franklin, Harvard University

Risk factors for suicide in adults: systematic review and meta-analysis of psychological autopsy studies

Louis Favril ,¹ Rongqin Yu,² Abdo Uyar,² Michael Sharpe,² Seena Fazel²

Evid Based Ment Health 2022;**25**:148–155.

	Samples (k)	Cases (n)	Controls (n)	OR (95% CI)
Any mental disorder	28	4085	4368	13.1 (9.9 to 17.4)
Depression	22	3432	3805	11.0 (7.3 to 16.5)
Schizophrenia spectrum disorder	17	3056	4165	7.8 (4.5 to 13.5)
Bipolar disorder	8	1220	1485	4.6 (2.1 to 10.1)
Substance use disorder	21	3525	4621	3.7 (2.8 to 5.0)
Alcohol use disorder	18	2777	4277	3.2 (2.3 to 4.4)
Drug use disorder	6	1163	2098	3.0 (1.7 to 5.4)
Anxiety disorder	17	2997	4199	2.5 (1.7 to 3.5)
Dysthymia	6	964	1566	2.4 (1.4 to 4.1)
Any personality disorder (PD)	13	1437	1634	6.8 (4.7 to 9.8)
Borderline PD	7	754	1009	9.0 (5.6 to 14.4)
Paranoid PD	5	519	807	6.2 (3.5 to 11.2)
Dependent PD	4	393	739	6.1 (2.5 to 15.1)
Avoidant PD	5	526	701	3.9 (1.4 to 11.1)
Antisocial PD	5	515	715	3.4 (2.0 to 6.1)
Psychiatric treatment	11	2171	2972	10.5 (7.4 to 14.9)
History of self-harm	26	3466	4582	10.1 (6.6 to 15.6)
Previous suicide attempt	22	2971	4107	8.5 (5.3 to 13.4)

$n = 5633$ Suizidant:innen vs. $n = 7101$ Kontrollpersonen

Do PHQ Depression Questionnaires Completed During Outpatient Visits Predict Subsequent Suicide Attempt or Suicide Death?

Gregory E Simon, MD MPH, Carolyn M Rutter, PhD, Do Peterson, MS, Malia Oliver, BA, Ursula Whiteside, PhD, Belinda Operskalski, MPH, and Evette J Ludman, PhD

Psychiatr Serv. 2013 December 1; 64(12): 1195–1202.

N = 84,418

Suizid: $n = 46$

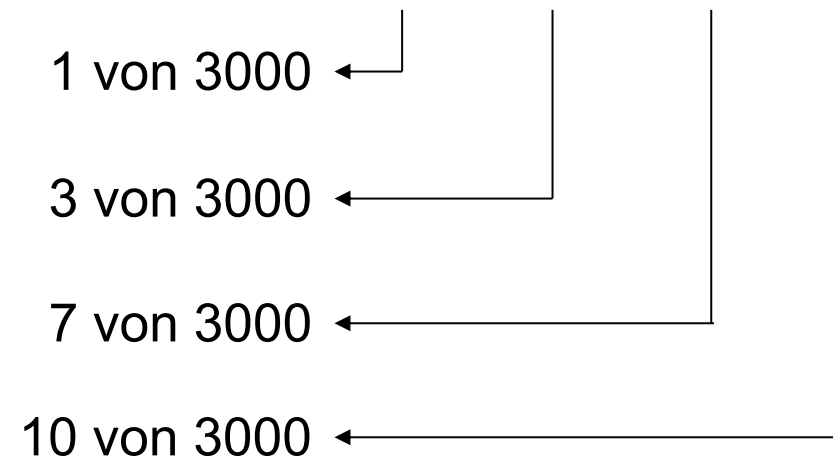
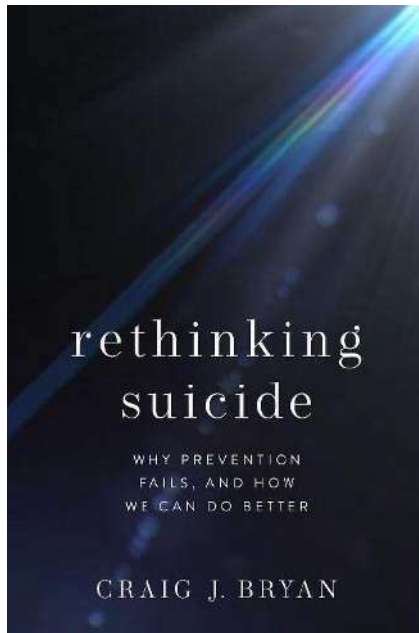
Suizidversuch: $n = 709$

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten

Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
☐	☐	☐	☐
0	1	2	3

Risiko x 10



Suizid: **0.3%** vs. kein Suizid: **99.7%**

Examination of Real-Time Fluctuations in Suicidal Ideation and Its Risk Factors: Results From Two Ecological Momentary Assessment Studies

Evan M. Kleiman
Harvard University

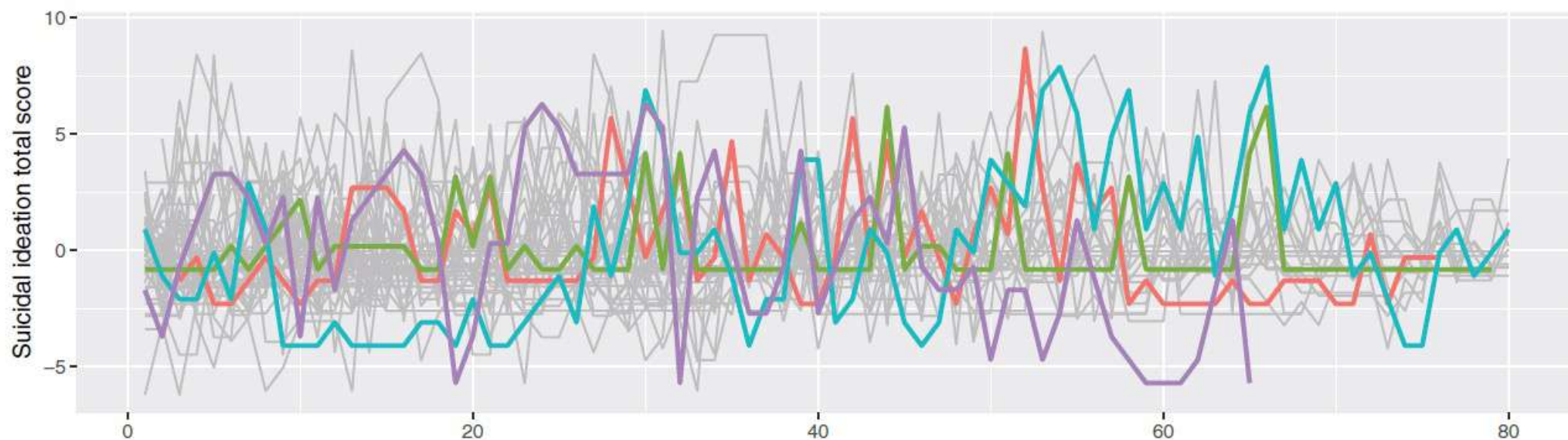
Brianna J. Turner
University of Victoria

Journal of Abnormal Psychology

Szymon Fedor
Massachusetts Institute of Technology

Eleanor E. Beale and Jeff C. Huffman
Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, and
Harvard Medical School

Matthew K. Nock
Harvard University, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts,
and Cambridge Computational Clinical Psychology Organization (C3PO)



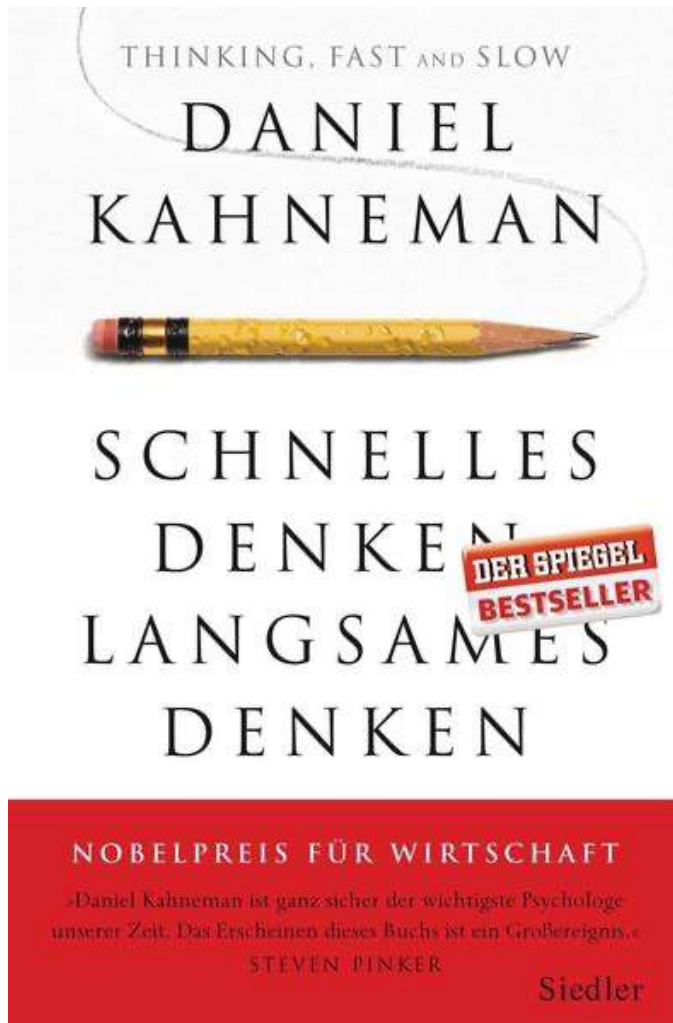
From decision to action: Suicidal history and time between decision to die and actual suicide attempt

Laura Paashauss^{1,2} | Thomas Forkmann¹ | Heide Glaesmer³ |
Georg Juckel⁴ | Dajana Rath¹ | Antje Schönfelder³ | Tobias Teismann²

Clin Psychol Psychother. 2021;1–8.

36% ≤ 5 Min. zwischen Entscheidung & Umsetzung
44% ≤ 10 Min. zwischen Entscheidung & Umsetzung
76% ≤ 180 Min. zw. Entscheidung & Umsetzung





„Es ist falsch, jemandem einen Vorwurf daraus zu machen, dass er in einer unvorhersagbaren Welt keine genauen Vorhersagen liefert. Allerdings ist es durchaus angemessen, Experten dafür zu rügen, dass sie glauben, eine unmögliche Aufgabe erfolgreich bewältigen zu können“ (S.298)



Diagnostisch-therapeutische Implikation

Risikoabschätzung bei suizidalen Patienten: Geht das überhaupt?

Tobias Teismann^a Thomas Forkmann^{b, c} Heide Glaesmer^d

Verhaltenstherapie 2019;29:80–84

Fokus: Was benötigen Patient:innen?

- Wie funktioniert “suizidal sein” im individuellen Fall? Was gibt es für modifizierbare Risikofaktoren?
- Was brauchen Patient:innen, um sich sicherer zu fühlen?

Personal View

Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management

Keith Hawton^a, Karen Lisselles^a, Alexandra Pittman, Steve Gilbert, Marton Silverman

Published Online: August 8, 2022
https://doi.org/10.1056/52215-0366(22)00232-2

^aJoint first authors
Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, UK (Prof K. Hawton FMedSci);
Oxford Health NHS Foundation Trust, Oxford, UK (Prof K. Lisselles FMedSci);
UCL Division of Psychiatry, University College London, London, UK (A. Pittman PhD);
Camden and Islington NHS Foundation Trust, London, UK (A. Pittman PhD);
Department of Psychiatry and Behavioral Medicine, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA (M. Silverman MD)

Correspondence to: Prof Keith Hawton, Centre for Suicide Research, Department of Psychiatry, University of Oxford, Warneford Hospital, Oxford, OX3 7JX, UK
keith.hawton@psych.ox.ac.uk

Introduction
Clinical practice and research on suicide and its prevention in patients with psychiatric disorders have long been dominated by attempts to predict who is at risk of suicide. This paper reviews the evidence for risk prediction and discusses the implications for clinical practice. It argues that the current focus on prediction is misplaced and that the emphasis should be on therapeutic assessment, formulation, and risk management. This approach could lead to enhanced patient safety and quality of care, which is more acceptable to patients.

Objective – Risk assessment that places patients in higher or lower risk categories has been widely adopted by mental health services as an attempt to reduce the harm associated with psychiatric disorders. This paper reviews the evidence for risk prediction and discusses the implications for clinical practice. It argues that the current focus on prediction is misplaced and that the emphasis should be on therapeutic assessment, formulation, and risk management. This approach could lead to enhanced patient safety and quality of care, which is more acceptable to patients.

Methods – The evidence for risk prediction is reviewed in terms of the clinical utility of risk prediction and the consequences of risk prediction for patients.

Results – The majority of patients categorized as being at high risk will not commit any harmful acts.

Conclusions – Patients who are classified as high risk face the cost of often unnecessary treatment and restriction, although the majority will not commit any harmful acts. Clinical decisions about the basis of risk assessment also direct resources away from patients classified as low risk, who might benefit from psychological support to prevent relapse. We argue that psychiatric professionals should discuss the utility of risk assessment and its limitations with patients or with their clinical supervisors and should maintain a duty to warn about the consequences of not having treatment. However, assessment of risk of harm should not form the basis for clinical decision making. We should also provide optimal care according to the individual needs of each patient, regardless of the predicted risk of future events.

Key words – risk assessment, risk, suicide, mental illness.

Introduction
The widely believed that risk assessment has an important role in the management of patients with psychiatric disorders. Risk assessment is often described as a way of predicting who is at risk of suicide and is recommended as a way of reducing both self-harm^{1,2} and violence.^{3,4} However, the evidence for risk assessment is weak. In the UK, mental health clinicians are routinely advised to provide risk assessments for both self-harm⁵ and violence,⁶ and the expectation is that patients will be placed in one of three risk categories: low, medium, or high. The expectation is that patients in the high risk category will be subject to more intensive treatment and supervision. However, the evidence for risk assessment is weak. In the UK, mental health clinicians are routinely advised to provide risk assessments for both self-harm⁵ and violence,⁶ and the expectation is that patients will be placed in one of three risk categories: low, medium, or high. The expectation is that patients in the high risk category will be subject to more intensive treatment and supervision. However, the evidence for risk assessment is weak.

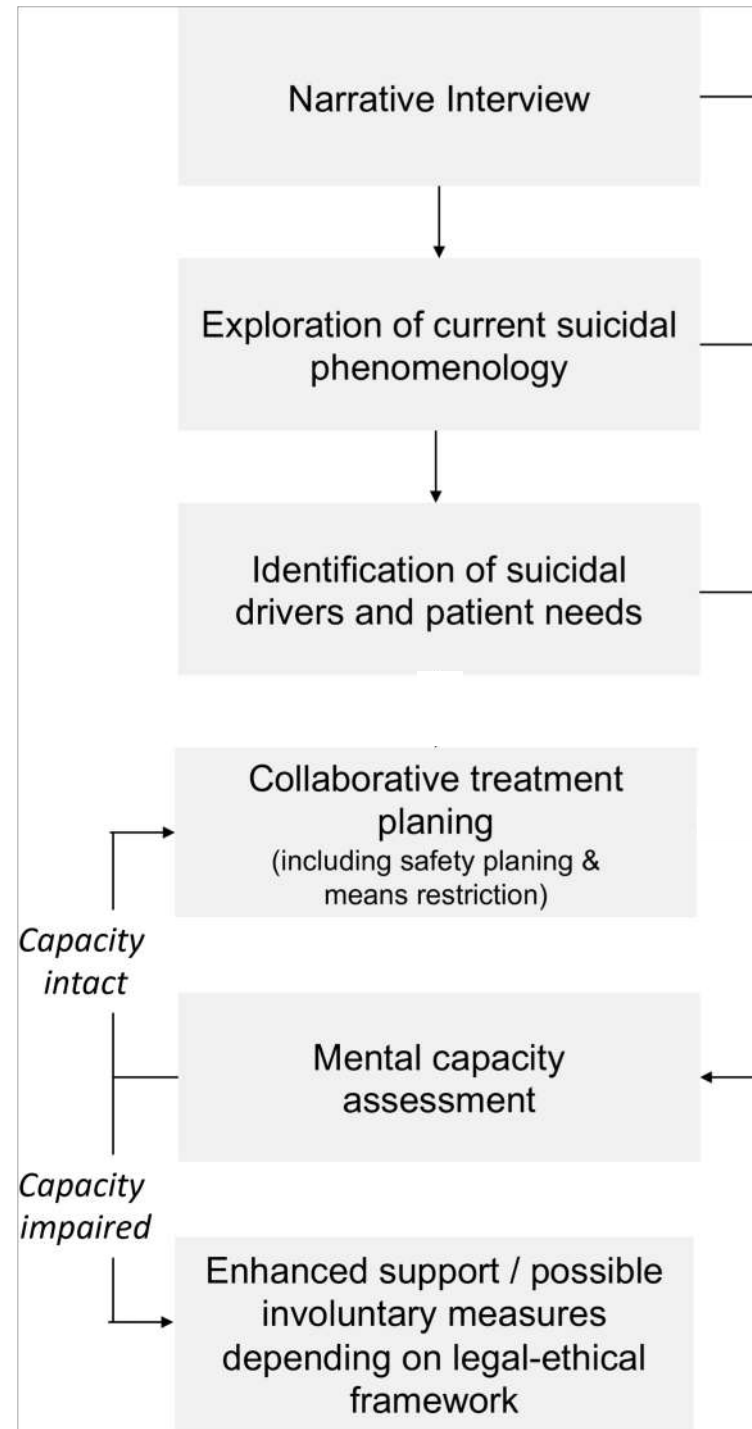
Conclusions
Patients who are classified as high risk face the cost of often unnecessary treatment and restriction, although the majority will not commit any harmful acts. Clinical decisions about the basis of risk assessment also direct resources away from patients classified as low risk, who might benefit from psychological support to prevent relapse. We argue that psychiatric professionals should discuss the utility of risk assessment and its limitations with patients or with their clinical supervisors and should maintain a duty to warn about the consequences of not having treatment. However, assessment of risk of harm should not form the basis for clinical decision making. We should also provide optimal care according to the individual needs of each patient, regardless of the predicted risk of future events.

Key words – risk assessment, risk, suicide, mental illness.

Introduction
The widely believed that risk assessment has an important role in the management of patients with psychiatric disorders. Risk assessment is often described as a way of predicting who is at risk of suicide and is recommended as a way of reducing both self-harm^{1,2} and violence.^{3,4} However, the evidence for risk assessment is weak. In the UK, mental health clinicians are routinely advised to provide risk assessments for both self-harm⁵ and violence,⁶ and the expectation is that patients will be placed in one of three risk categories: low, medium, or high. The expectation is that patients in the high risk category will be subject to more intensive treatment and supervision. However, the evidence for risk assessment is weak.

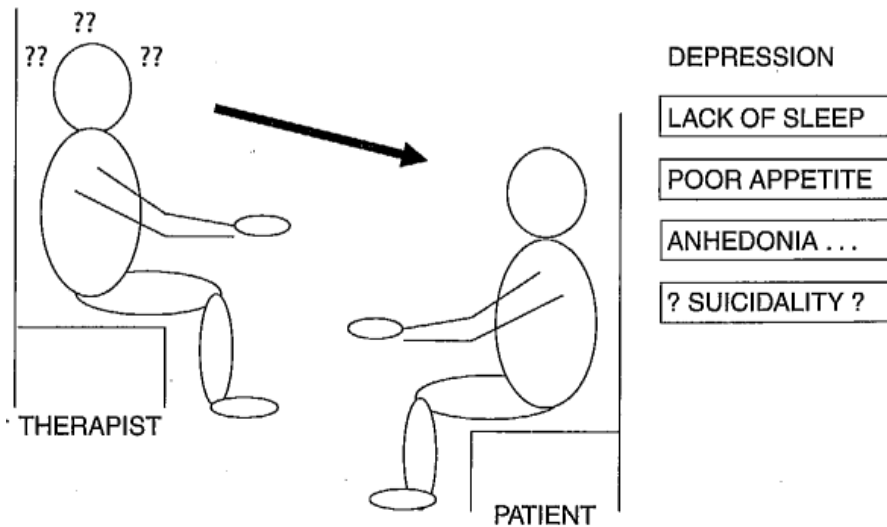
Suicide risk assessment: clinical implications of the unpredictability of suicidal behavior

Tobias Teismann^{1,2*}, Wilco C. Janssen^{3,4}
and Henriëtte D. Heering^{3,5}

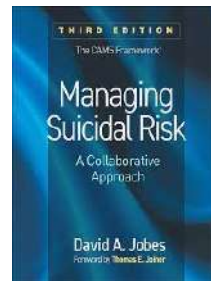
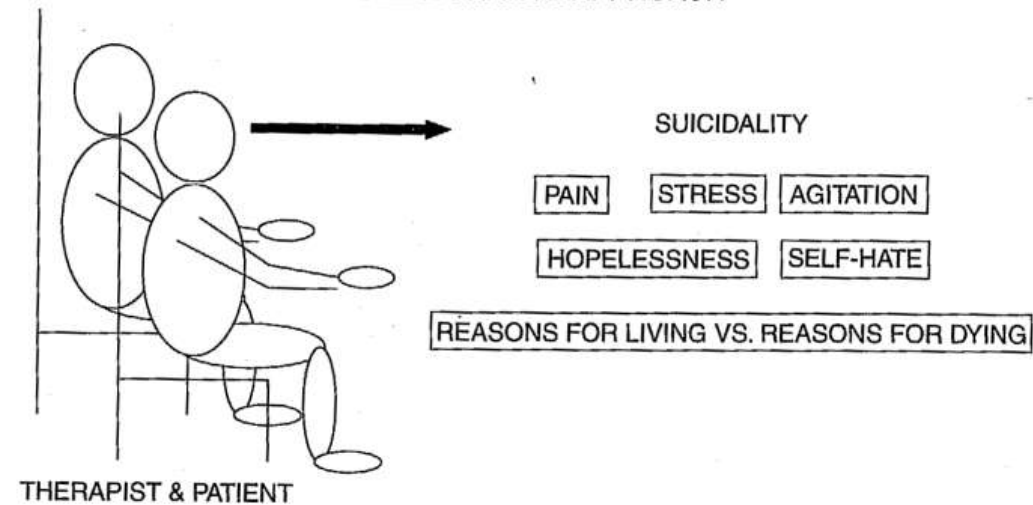


CAMS (Jobes, 2016)

TRADITIONAL DIRECTIVE MODEL



COLLABORATIVE APPROACH



Dokumentation

Dokumentation: Risikoabschätzung (Erstabklärung)

Patient*in:	Therapeut*in:	Datum:
Sitzungs-Nr.:		Uhrzeit:
☐ ja ☐ nein	Suizidgedanken	Beschreibe*:
	Häufigkeit:	 pro Tag pro Woche pro Monat
	Dauer:	 Sekunden Minuten pro Stunden
	Vorstellungsbilder:	Beschreibe*:
☐ ja ☐ nein	Suizidplan	Methode:
		Zugang: ☐ ja ☐ nein
		Methode:
		Zugang: ☐ ja ☐ nein
		Ort:
		Zeitpunkt:
☐ ja ☐ nein	Suizidimpulse	Beschreibe*:
☐ ja ☐ nein	Suizidvorbereitungen	Beschreibe*:
☐ ja ☐ nein	Suizidabsicht (Selbstaukunft)	0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10 keine Absicht starke Absicht
☐ ja ☐ nein	Furchtlosigkeit vor Tod & Sterben	Beschreibe*:
☐ ja ☐ nein	Suizidversuche	Anzahl:
	Letzter Versuch (Wann:	Beschreibe*:
	Schwerster Versuch (Wann:	Beschreibe*:

B.2

Vorlage: Risikodokumentation

Suizidgedanken ☐ Ja ☐ Nein

Inhalt:

Häufigkeit: ☐ Nie ☐ Selten ☐ Manchmal ☐ Oft
Intensität: ☐ Kurz/flüchtig
☐ Konzentriertes Nachdenken
☐ Intensives Grübeln
☐ Sonstige

Dauer: _____ Sekunden _____ Minuten _____ Stunden

Suizidabsicht ☐ Ja ☐ Nein

Subjektive Beschreibung:

Objektive Anzeichen:

Suizidplan ☐ Ja ☐ Nein

Wie:

Wann:

Wo:

Zugang zu letalen Mitteln: ☐ Ja ☐ NeinVorbereitung/»Generalproben«: ☐ Ja ☐ NeinVorgeschichte von Suizidgedanken und -versuchen ☐ Ja ☐ Nein

Gedanken:

Versuche:

Aus: Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) zur Suizidprävention von Craig J. Bryan und M. David Rudd.
Copyright © 2025 Psychiatrie Verlag, Köln. Käufer*innen des Buches ist es gestattet, Kopien für den persönlichen Gebrauch oder den Gebrauch mit Klient*innen anzufertigen.



SSF-41 German Version I

Initialen: Untersucher: Datum:

Teil A : Patientin und Untersucherin gemeinsam! „I WANT TO SEE IT THROUGH YOUR EYES“

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich gerade jetzt fühlen (Bitte zutreffende Zahl einkreisen). Ordnen Sie nachher in der linken Spalte die Fragen entsprechend der Wichtigkeit, die Sie Ihnen zuordnen. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

1) Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühl der Verletzung, des Leids, des Elends, nicht jedoch Anspannung und Stress oder körperlichen Schmerz):
Ich finde psychisch am schmerzhaftesten:
niedriger psychischer Schmerz: 1 2 3 4 5 : hoher psychischer Schmerz

2) Beurteilen Sie das Ausmaß des aktuellen inneren Stresszustandes (Ihr allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überwältigt zu sein u.ä.):
Für mich ist am meisten mit Stress verbunden:
niedriger innerer Stresszustand: 1 2 3 4 5 : hoher innerer Stresszustand

3) Beurteilen Sie innere Spannung und Erregung (bedrückende Gefühlsinhalte, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas – ohne zu wissen was – tun; nicht jedoch Verärgerung, nicht „Verleider“):
Ich habe am ehesten das Bedürfnis etwas zu tun, um diesem Erregungszustand ein Ende zu setzen, wenn:
niedrige Erregung: 1 2 3 4 5 : hohe Erregung

4) Beurteilen Sie die Hoffnungslosigkeit (Ihre Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie machen werden):
Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf:
wenig Hoffnungslosigkeit: 1 2 3 4 5 : viel Hoffnungslosigkeit

5) Beurteilen Sie die Selbstentwertung, den Selbsthaass (Ihr allgemeines Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, keinen Selbstwert zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):
Was ich an mir am meisten ablehne, ist:
wenig Selbstentwertung: 1 2 3 4 5 : viel Selbstentwertung

6) Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung:
extrem niedrig (werde mich nicht umbringen): 1 2 3 4 5 : extrem hoch (werde mich umbringen)

1) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken über sich selbst?
Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

2) Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken anderen gegenüber?
Überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

Bitte schreiben Sie im Folgenden möglichst viele Gründe oder Motive auf, warum Sie leben wollen, oder warum Sie sterben wollen. Bitte ordnen Sie dann die einzelnen Gründe entsprechend ihrer Wichtigkeit von 1 – 5 in der Spalte „Rang“.

Rang	Gründe/Motive, die für das Leben sprechen	Rang	Gründe/Motive, die für den Tod sprechen

Mein Wunsch zu leben, ist:
Mein Wunsch zu sterben, ist:
s mir am meisten helfen würde, nicht mehr an Suizid zu denken, wäre

David A. Jones, Ph.D. All Rights Reserved. Übersetzung W. Gekke/K. Michel.
SSF-41_G.doc / 04/2003 / bf



Dokumentation

Anamnese

John

Risikofaktoren beinhalten männliches Geschlecht, Eheprobleme, Depression, Wut, Schuldgefühle. Bislang keine Diagnose einer psychischen Störung, keine Vorgeschichte von Suizidgedanken und -versuchen. Vor Kurzem abgebrochener Suizidversuch mit eigener Schusswaffe bei minimaler Vorausplanung, jedoch hoher objektiver und subjektiver Absicht. Keine Hinweise auf Halluzinationen, psychotische Symptome oder Substanzmissbrauch. Schusswaffe zeitweilig von Freund verwahrt. Weitere Risiko- und Schutzfaktoren auf Anamnesebögen vermerkt. Notfallplan gemeinsam mit Patient entwickelt; dieser hat aktiv mitgearbeitet und die Verwendung zugesagt. Basierend auf dieser Kombination von Risiko- und Schutzfaktoren wird das Gesamtrisiko als moderat eingeschätzt. Die Sicherheit einer ambulanten Behandlung wird aktuell als ausreichend eingeschätzt. Eine stationäre Aufnahme ist derzeit nicht angezeigt.



Rechtsprechung

MEDSTRA0058417

Psychiatrische Behandlung; Haftung wegen nicht verhinderten Suizidversuchs

BGB §§ 630a, 280, 823, 249, 253

1. Wird die Diagnose einer akuten Suizidalität vorschnell aufgegeben, kann darin ein grober ärztlicher Behandlungsfehler liegen. Die akute Suizidgefahr begründet eine gesteigerte Sicherungspflicht des Behandlers.

2. Es entspricht dem Goldstandard der Psychiatrie, den Inhalt eines Patientengesprächs in seinen wesentlichen Einzelheiten zu dokumentieren. Damit wird gewährleistet, dass das gesamte Behandlungsteam den gleichen Informationsstand hat.

OLG Hamm Urt. v. 20.12.2022 – 26 U 15/22



Das LG hat – bis auf einige Zinsen und vorgerichtliche Rechtsanwaltskosten – der Klage stattgegeben und ein Schmerzensgeld i.H.v. **120.000 €** zugesprochen.

Gestützt auf die Ausführungen des Sachverständigen hat es einen Behandlungsfehler festgestellt und offen gelassen, ob dieser als grob zu qualifizieren ist. Da die haftungsbegründende ursächliche Verknüpfung zwischen dem Behandlungsfehler und den Primärschäden nachgewiesen sei, komme es auf das Vorliegen einer Beweislastumkehr zugunsten des Klägers aufgrund eines „grobe Behandlungsfehlers“ nicht an.

Die akute, fortbestehende Suizidalität des Klägers sei vor seiner Entlassung am 29.12.2018 fehlerhaft nicht erkannt worden. Die behandelnden Ärzte hätten von einer akuten Suizidgefahr am Tag der Aufnahme ausgehen müssen, die auch am Tag der Entlassung noch weiterbestanden habe, denn man habe nicht davon ausgehen dürfen, dass sich der Kläger tragfähig davon distanziert habe und absprachefähig gewesen sei. Zudem habe man die Suizidalität genauer evaluieren müssen; **dieser Evaluation komme besondere Bedeutung zu. Aus der fehlenden Dokumentation** dazu sei auf ihr Fehlen zu schließen. Auch der Privatgutachter habe festgestellt, dass es keine durchgehende Beurteilung der Suizidalität in der **Dokumentation** gebe. Im Übrigen beruhten die unterschiedlichen Angaben der Gutachter auf unterschiedlichen wissenschaftlichen Überzeugungen.

Suizidgesten

Prevalence of and Risk Factors for Suicide Attempts Versus Suicide Gestures: Analysis of the National Comorbidity Survey

Matthew K. Nock
Harvard University

Ronald C. Kessler
Harvard Medical School

Definitions and classification schemes for suicide attempts vary widely among studies, introducing conceptual, methodological, and clinical problems. We tested the importance of the intent to die criterion by comparing self-injurers with intent to die, *suicide attempters*, and those who self-injured not to die but to communicate with others, *suicide gesturers*, using data from the National Comorbidity Survey ($n = 5,877$). Suicide attempters (prevalence = 2.7%) differed from suicide gesturers (prevalence = 1.9%) and were characterized by male gender, fewer years of education, residence in the southern and western United States, psychiatric diagnoses including depressive, impulsive, and aggressive symptoms; comorbidity; and history of multiple physical and sexual assaults. It is possible and useful to distinguish between self-injurers on the basis of intent to die.

Keywords: suicide attempt, suicide gestures, intent to die, self-harm, self-injury

Suicide is among the leading causes of death (DeLeo, Bertolote, & Lester, 2002). It has approximately 4.6% of individuals in the U.S. at least one suicide attempt in their lifetime (Walters, 1999), and a prior suicide attempt is a predictor of eventual death by suicide (Bermann, Schuttler, & Vogel, 1989; Goldstein, Winokur, 1991). Nevertheless, progress in understanding suicide has been hindered by several key methodological problems. First, there has been a lack of clear terms used to define *suicide attempts*. The use of defining and classifying suicide attempts into three different perspectives, differing on the presence of intent to die in the self-injurer, clinicians use liberal criteria for defining suicidal self-injurious behavior, ignoring the intent to die (e.g., Lewinsohn, Rohlfing, Seiditz, Corwell, Duberstein, Cox, & De make a firm distinction between those with



© 2009 American Psychological Association
DOI: 10.1037/a0015939

Psychological Assessment

2009, Vol. 17, No. 1, 677–688
http://dx.doi.org/10.1037/a0015939

Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview—Revised: Development, Reliability, and Validity

Kathryn R. Fox
University of Denver

Julia A. Harris
University of Utah

Shirley B. Wang and Alexander J. Millner
Harvard University

Charlene A. Deming
Durham Veterans Affairs Health Care System, Durham, North Carolina

Matthew K. Nock
Harvard University

The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (SITBI) is a widely used measure of the presence, frequency, and characteristics of suicide and self-harm thoughts and behaviors. In response to advances in the conceptualization of these outcomes, and the potential for online data collection, we created a revised version of the SITBI (SITBI-R) and tested its psychometric properties via in-person interview and online self-report formats. Across two studies, the SITBI-R demonstrated strong psychometric properties for both assessment formats. In Study 1, outcomes measured via the SITBI-R showed convergent validity with those assessed with the Columbia Suicide Severity Rating Scale, another interview assessing suicidal thoughts and behaviors. The SITBI-R also showed strong alternate-forms reliability across nearly all outcomes assessed via both assessment formats. In Study 2, the SITBI-R showed strong test-retest reliability via the online assessment format. Across both studies, reliability was strongest for more recent outcomes (e.g., past year vs. lifetime) and for more commonly assessed outcomes of suicidal thoughts, plans, and attempts than for other, less commonly assessed behaviors (e.g., suicide gestures, interrupted suicide attempts, and aborted suicide attempts). The results of these two studies suggest that the SITBI-R provides reliable and valid measurement of key self-injurious outcomes both in person and online.

Public Significance Statement

The present study provides evidence that an updated version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview is a reliable and valid measure of a wide range of self-injurious thoughts and behaviors. Moreover, results indicate concordance between online self-report and in-person interview versions of this measure.

Keywords: assessment, self-injury, suicide, suicide attempts, nonsuicidal self-injury

thoughts and behaviors (SITBIs) are a significant public health challenge. Lifetime prevalence rates for non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal ideation are approximately 15% and 10%, respectively (Nock et al., 2008).

published Online First April 23, 2009.

Department of Psychology, University of Denver, Denver, Colorado; Department of Psychology, University of Utah, Salt Lake City, Utah; Department of Psychology, Harvard University, Cambridge, Massachusetts; Durham Veterans Affairs Health Care System, Durham, North Carolina; and Department of Psychology, University of Denver, 2155 South Race Avenue, Denver, Colorado.

© 2009 American Psychological Association

thoughts and behaviors (SITBIs) are a significant public health challenge. Lifetime prevalence rates for non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal ideation are approximately 15% and 10%, respectively (Nock et al., 2008). The present study provides evidence that an updated version of the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview is a reliable and valid measure of a wide range of self-injurious thoughts and behaviors. Moreover, results indicate concordance between online self-report and in-person interview versions of this measure.

© 2009 American Psychological Association

Original Contribution

Communicating distress: suicide threats/gestures among clinical and community youth

Keelagh Robinson¹, Christian Schaefer², Rebecca C. Brown³, Paul L. Plener⁴

Received 27 October 2011 / Accepted 11 February 2012 / Published online 28 February 2012
© The Author(s) 2012

Abstract
Although self-injurious thoughts and behaviors are a global health concern, little is known about suicidal ideation (SI) when a person feels others to believe they want to end their lives when they have no intention to do so. This study assessed the lifetime prevalence of self-injurious thoughts and behaviors among both community adolescents ($n = 1,117$) and in clinical youth ($n = 191$). Suicide threats/gestures were common among youth: 22.2% of community adolescents and 18.0% of clinical youth reported having made a suicide threat/gesture, most commonly in the context of other self-injurious thoughts and behaviors. Across both samples, suicide threats/gestures were not uniquely associated with suicide attempts, and youth who reported suicide threats/gestures in the context of a history of self-harm or suicide plan(s) were no more likely to report a history of suicide attempts. Suicide threats/gestures were distinguished from suicide attempts in that they primarily fulfilled positive social functions, rather than negative functions. Findings suggest that suicidal ideation/gestures are common in both community and clinical youth, and are not uniquely associated with suicide attempts, but rather function to communicate distress to others.

Keywords: Suicide gestures • Suicide threat • Self-harm • Suicidal behavior • Non-suicidal self-injury • Adolescence

Self-injurious thoughts and behaviors (SITBIs) are a global public health concern. Globally, nearly 600,000 people die by suicide each year (23), with recent evidence to suggest rates of self-injury among adolescents have increased in recent years (10). Although the nomenclature of SITBIs is the subject of continuing debate (15), SITBIs have been distinguished by intent to die into two representative clusters: suicidal phenomena and non-suicidal phenomena (17). Suicidal phenomena are further distinguished into suicidal ideation, suicide plans, and suicide attempts, with a suicide attempt being defined as engaging in self-injurious behavior with at least some intent to die (21). Non-suicidal phenomena are further distinguished into non-suicidal thoughts, non-suicidal self-injury (NSSI), and Suicide Threats/Gestures. Despite a rich literature investigating the nature of suicidal ideation, suicide plans, suicide attempts, and NSSI (6, 8, 29), suicidal ideation/gestures—as which an individual verbally or behaviorally leads others to believe they want to end their lives when they have no intention to do so—remains largely neglected.

Initial investigations have focused on estimating the prevalence of suicidal ideation/gestures among youth. Within clinical settings, 9.4% of Spanish adolescents meeting outpatient care (31) and 14.9% of Chinese adolescents meeting outpatient care reported a lifetime history of suicide threat/gestures (34). Similarly, 22.2% of a U.S. youth sample recruited from community and outpatient settings reported a lifetime history of suicide threat/gestures, 12.8% a past year history, and 2.1% a past month history (22). Drawing on youth recruited from community settings, 1.9% of the National Comorbidity Survey (a nationally representative "school" sample) reported a lifetime history of suicide threat/gestures (22, 3, 6, 12, 14, 16). We now have more longitudinal information on suicidal ideation/gestures.

Keelagh Robinson and Christian Schaefer have contributed equally to this work.

© 2012 Paul L. Plener
plener@denverpsychiatry.com

¹ School of Psychology, Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand
² Department of Child and Adolescent Psychiatry, Medical University of Vienna, Vienna, Austria
³ Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychosomatics, University of Ulm, Ulm, Germany

Springer

Haben Sie jemals etwas gemacht, um jemand anderen glauben zu lassen, dass Sie sich umbringen wollten, obwohl Sie keinen Wunsch hattest dies tatsächlich zu tun?

2% berichten Suizidgesten (US-Bevölkerung; N = 8098)

17% berichten Suizidgesten (Klinisches Sample; N = 188 Erwachsene)

12% berichten Suizidgesten (Schulsample; N = 1117 Jugendliche)

18% berichten Suizidgesten (Kliniksampl; N = 191 Jugendliche)

Literatur



**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!**



tobias.teismann@rub.de