

Risikoabschätzung bei suizidalen Patienten: Geht das überhaupt?

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

^aArbeitseinheit für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland;

^bInstitut für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Uniklinik RWTH Aachen, Aachen, Deutschland;

^cAbteilung für Klinische Psychologie, Universität Duisburg-Essen, Essen, Deutschland; ^dAbteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universität Leipzig, Leipzig, Deutschland

Schlüsselwörter

Suizid · Risikoabschätzung · Risikofaktoren

Zusammenfassung

Eine Risikoabschätzung ist im Kontext suizidalen Erlebens und Verhaltens nicht sicher möglich. Aktuelle Metaanalysen zeigen, dass weder Einzelvariablen noch Risikoscores, das klinische Urteil oder die Orientierung an einem Theoriemodell eine zufriedenstellende Vorhersage suizidalen Verhaltens erlauben. Es stellt sich die Frage, wie in der klinischen Praxis mit dem Wissen um die mangelnde Präzision der Risikoabschätzung umgegangen werden sollte. Der vorliegende Artikel skizziert zunächst die aktuelle Befundlage und reflektiert im Anschluss die Bedeutung dieser Befunde für die praktische Arbeit: Die Risikoabschätzung sollte als kollaborativer Prozess verstanden werden, in dem der Therapeut anerkennt, dass er kein ausreichendes Expertenwissen hinsichtlich des Gefährdungspotentials eines Patienten besitzt.

© 2019 S. Karger AG, Basel

Suicide Risk Assessment: Is It Possible?

Keywords

Suicide · Risk assessment · Risk factors

Abstracts

Risk assessment in the context of suicide ideation and behavior is not possible with certainty. Current meta-analy-

ses have shown that neither individual variables nor risk scores, clinical judgment, or orientation to a theoretical model satisfactorily predict suicidal behavior. The question arises as to how clinicians should deal with the lack of precision in risk assessment. This article first outlines the current state of relevant data and then reflects on the significance of the findings for practical work: Risk assessment should be understood as a collaborative process in which the therapist recognizes that he does not have sufficient expert knowledge of a patient's suicide risk potential.

© 2019 S. Karger AG, Basel

Einleitung

In einer Situation, in der ein Patient suizidales Erleben gegenüber einem Therapeuten äußert, ist dieser verpflichtet einzuschätzen, inwieweit suizidales Erleben so akut ist, dass eine zeitnahe suizidale Handlung zu befürchten ist. Schätzt der Therapeut die Suizidalität als akut ein, muss er entsprechend seiner Garantenpflicht Maßnahmen ergreifen, um suizidale Handlungen zu verhindern. Die Aufgabe besteht im Kern darin zu entscheiden, ob ein Patient in einem geschützten Kontext behandelt werden muss bzw. aus selbigem entlassen werden kann. An den Behandler wird somit die Erwartung gestellt einzuschätzen, welcher Patient in besonderer Weise gefährdet ist, zeitnah suizidale Handlungen durchzuführen. Zur Klärung dieser Frage stehen diverse Leitfäden zur Verfügung, in denen spezifiziert wird, welche Varia-

blen im Rahmen einer Risikoabschätzung erfasst werden sollten [Chu et al., 2015; Teismann et al., 2016]. Auf Basis bestimmter Konstellationen von Risikofaktoren¹ wird dann in der Regel eine Risikokategorisierung in leichtes, moderates, hohes und extrem hohes Risiko für suizidale Handlungen vorgenommen [Rudd et al., 2001; Joiner et al., 2009]. Unterstützend können für diese Zuordnung spezifische Entscheidungsbäume genutzt werden [Joiner et al., 1999; Chu et al., 2015].

Leicht entsteht durch entsprechende Publikationen der Eindruck, eine reliable und valide Risikoabschätzung wäre möglich. Es ist jedoch ein bekanntes Faktum, dass Verhaltensweisen mit einer geringen Basisrate nicht sicher vorhergesagt werden können [Rosen, 1954]. In diesem Sinne wurde in einer Reihe aktueller Metaanalysen zuletzt noch einmal sehr deutlich herausgestellt, dass trotz intensiverer Forschungsbemühungen der letzten Jahre nach wie vor eine sichere Vorhersage suizidalen Verhaltens unmöglich ist. Die Befundlage wird im Folgenden zunächst skizziert und die Bedeutung dieser Befunde für die Risikoabschätzung im klinischen Alltag abschließend reflektiert.

Empirische Befundlage

Franklin et al. [2017] gingen in einer aktuellen Metaanalyse der Frage nach, welche Faktoren besondere Bedeutung für die Vorhersage suizidalen Erlebens und Verhaltens haben. Insgesamt wurden 365 prospektive Längsschnittstudien und 16 Kategorien potentieller Risikofaktoren (unter anderem demographische Merkmale, Psychopathologie, körperliche Erkrankungen, suizidales Erleben und Verhalten, Vorbehandlungen) in der Analyse berücksichtigt. Im Ergebnis zeigte sich, dass sich die Vorhersage von Suizidversuchen und vollendeten Suiziden in den vergangenen 50 Jahren – trotz eines immensen Zuwachses an diesbezüglicher Forschung – nicht nur nicht verbessert hat, sondern überdies nur unwesentlich besser als auf Zufallsniveau möglich ist. Hinsichtlich der Vorhersage von Suiziden erwiesen sich vorangegangene stationär-psychiatrische Behandlungen, Suizidversuche in der Vorgeschichte, Suizidgedanken, niedriger sozioökonomischer Status und belastende Lebensereignisse als die bedeutsamsten Risikofaktoren. In Bezug auf diese Merkmale fanden sich Odds Ratios – als Maßzahlen dafür, wieviel größer die Chance bei Vorliegen eines bestimmten Risikofaktors ist, an einem Suizid zu versterben – von 2.2 bis 3.6. Das mittlere Odds Ratio über alle einbezogenen

Risikofaktoren für Suizide lag in der Untersuchung von Franklin et al. [2017] bei 1.5. Die Prädiktion von Suiziden ist damit nicht schlechter als beispielsweise die Prädiktion des Auftretens einer Psychose [Fusar-Poli et al., 2017] oder einer Depression [Tang et al., 2014]. Vor dem Hintergrund der geringen Basisrate von Suiziden bedeutet ein Odds Ratio von 1.5 jedoch, dass sich bei Vorliegen eines einzelnen Risikofaktors die Wahrscheinlichkeit, binnen eines Jahres an einem Suizid zu versterben, gerade einmal von 0.013% auf 0.019% erhöht. Diese Zahlen beziehen sich natürlich auf die Allgemeinbevölkerung und nicht auf klinische Populationen. Aber auch in Bezug auf letztere gilt, dass ein statistisch erhöhtes Suizidrisiko nicht mit einem klinisch bedeutsamen Suizidrisiko gleichgesetzt werden darf. Selbst hochrelevante Risikofaktoren für Suizide – wie Suizidgedanken und Suizidversuche – bieten keine ausreichende Basis für die Risikoabschätzung [siehe hierzu auch Chan et al., 2016; Ribeiro et al., 2016; Carter et al., 2017; Huang et al., 2017]. Dies gilt umso mehr, da die allerwenigsten Personen, die Suizidgedanken haben oder einen Suizidversuch unternommen haben, durch einen Suizid sterben [Carroll et al., 2014] und die allermeisten Personen, die sich suizidieren, im unmittelbaren Vorfeld Suizidgedanken verneinen [Smith et al., 2013] bzw. keinen vorherigen Suizidversuch unternommen haben [Cavanagh et al., 2003].

Franklin et al. [2017] fassen als Ergebnis ihrer Metaanalyse entsprechend zusammen, dass in den vergangenen 50 Jahren kein substantieller Fortschritt hinsichtlich der Vorhersage suizidalen Verhaltens erreicht wurde. Gleichzeitig ist die Aussagekraft der Analyse für die klinische Praxis begrenzt: Kein Therapeut begründet seine Risikoabschätzung im klinischen Alltag mit dem Vorliegen von ein bis zwei Einzelfaktoren, sondern stützt sich auf einen komplexen klinischen Eindruck. Es wird also eine Kombination aus vielen Risikofaktoren und deren Zusammenspiel mit potentiellen Protektivfaktoren herangezogen, um eine Risikoabschätzung vorzunehmen.

In einer Metaanalyse von Large et al. [2016] zeigte sich jedoch, dass selbst dann, wenn eine größere Zahl verschiedener Informationsquellen kombiniert wird, um eine Kategorisierung in Hoch- versus Niedrigrisikopatienten vorzunehmen, nur eine unzureichende Vorhersagekraft suizidalen Verhaltens erreicht wird. In diese Metaanalyse wurden 37 Längsschnittstudien psychiatrischer Patienten aufgenommen, in denen mindestens zwei Variablen kombiniert wurden, um eine Hochrisikogruppe zu identifizieren. Es fand sich ein statistisch hochsignifikanter Zusammenhang zwischen der Zugehörigkeit zur Hochrisikogruppe und einem Suizid: Im durchschnittlichen Follow-up-Zeitraum von 63 Monaten starben 5.5% der Hochrisikopatienten durch einen Suizid im Vergleich zu 0.9% der Patienten, die nicht der Hochrisikogruppe zugeordnet wurden. Gleichzeitig verweisen jedoch Sensitivi-

¹ Unter einem Risikofaktor wird ein Merkmal verstanden, das dem interessierenden Outcome zeitlich vorausgeht und zur Einteilung einer Population in Hoch- und Niedrigrisikogruppen verwendet werden kann [Kraemer et al., 1997, S. 338].

tätsanalysen darauf, dass 44% der Suizide von Patienten vollzogen wurden, die *nicht* der Hochrisikogruppe zugeordnet wurden. Darüber hinaus starben 95% derjenigen, die der Hochrisikogruppe zugeordnet wurden, *nicht* an einem Suizid. Eine trennscharfe Zuordnung zu einer Hochrisikopopulation – basierend auf dem Vorliegen einer größeren Anzahl verschiedener Risikofaktoren – scheint also nur sehr eingeschränkt möglich zu sein.

Woodford et al. [2017] gingen in einer weiteren Metaanalyse schließlich der Frage nach, inwieweit von Klinikern auf Basis individueller Risikoabschätzungen vorgenommene Klassifikationen (Hoch- vs. Niedrigrisikogruppe) prädiktiv für suizidale und nicht-suizidale Selbstverletzungen im Anschluss an einen stationären Aufenthalt sind. Insgesamt wurden sechs Studien in die Metaanalyse aufgenommen. Es zeigte sich, dass 70% derer, die nach einer Behandlung erneut Selbstverletzungen vornahmten, zuvor von Klinikern als ungefährdet eingeschätzt worden waren und dass etwa 80% derer, die als hochgefährdet eingeschätzt worden waren, keine weiteren Selbstverletzungen vornahmten. Auch das informierte klinische Urteil scheint somit keine zufriedenstellende Risikoabschätzung zu erlauben.

Es stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage, ob sich die Risikoabschätzung verbessern lässt, wenn Praktiker sich an theoretischen Modellen suizidalen Erlebens und Verhaltens orientieren. Hierdurch würde der Fokus unmittelbar auf solche Variablen und deren Interaktionen gerichtet, die als besonders relevant für die Vorhersage suizidalen Erlebens und Verhaltens erachtet werden. Ideation-to-Action-Modelle, d.h. Theorien, die zu spezifizieren versuchen, wer von denen, die einen Suizid erwägen, tatsächlich in Gefahr ist, einen solchen zu versuchen oder zu vollziehen, gelten – nicht zuletzt aufgrund ihrer anzunehmenden Relevanz für die Risikoabschätzung – als besonders aufschlussreich [Klonsky et al., 2018]. Das bekannteste und empirisch am besten untersuchte Beispiel eines solchen Ideation-to-Action-Modells ist die Interpersonale Theorie der Suizidalität (IPTs) von Joiner [2005]. In der IPTs postuliert Joiner, dass die Wahrnehmung, nicht Teil einer wertgeschätzten Gruppe zu sein (*thwarted belongingness*) und der Eindruck, für andere eine Belastung darzustellen (*perceived burdensomeness*), Suizidgedanken und Suizidwünsche bedingen. Zu suizidalen Handlungen soll es laut dieser Theorie aber erst dann kommen, wenn der Wunsch zu sterben mit einer Befähigung (*acquired capability*), sich zu töten, einhergeht. *Acquired capability* – die der IPTs zufolge zwischen den Personen differenziert, die beim Wunsch zu sterben verharren, und jenen, die diesen Wunsch in die Tat umzusetzen versuchen – bezeichnet die Fähigkeit, den Schmerz und die Angst, die mit einer Selbsttötung verbunden sind, ertragen zu können. *Perceived burdensomeness*, *thwarted belongingness* und *acquired capability* wer-

den als proximale, kausale und interagierende Risikofaktoren verstanden, die eine zwingende Voraussetzung dafür darstellen, dass eine Person suizidales Verhalten zeigt [Van Orden et al., 2010]. Für die klinische Risikoabschätzung folgt aus dem Modell, dass geklärt werden muss, inwieweit sich ein Patient als Last für andere empfindet, inwieweit bedeutungsvolle Beziehungen zu anderen Menschen bestehen und inwieweit sich die betroffene Person eine Selbsttötung zutraut bzw. inwieweit bestimmte Erfahrungen der Person (z.B. Selbstverletzungen, vorangegangene Suizidversuche) eine entsprechende Befähigung vermuten lassen.

Eine aktuelle Metaanalyse von Chu et al. [2017] wirft allerdings die Frage auf, ob eine Orientierung an den Annahmen der IPTs tatsächlich mit einem Zugewinn in der Risikoprädiktion einhergeht. In diese Analyse wurden 122 Studien (93% Querschnittsuntersuchungen) einbezogen, in denen der Zusammenhang zwischen IPTs-Konstrukten und suizidalem Erleben und Verhalten entsprechend der Theorie untersucht wurde. In Bezug auf alle Variablen und Interaktionsannahmen finden sich – bei einer teilweise heterogenen Gesamtbefundlage – theoriekonforme Zusammenhänge mit suizidalem Erleben und Verhalten. Gleichwohl sind die Effekte so klein, dass die Autoren der Metaanalyse selbst auf die bestenfalls mittelmäßige klinische Bedeutsamkeit verweisen: Keine der Variablen hat eine größere Vorhersagekraft als die Variablen in der oben erwähnten Metaanalyse von Franklin et al. [2017]. Die Idee, dass *perceived burdensomeness*, *thwarted belongingness* und *acquired capability* von herausragender Bedeutung für die Vorhersage suizidalen Verhaltens sind, wird durch die Analyse nicht hinreichend gestützt.

Es bleibt somit festzuhalten, dass derzeit weder Einzelvariablen noch Risikoscores, das klinische Urteil oder die Orientierung an einem Theoriemodell eine sichere Risikoabschätzung erlauben. In der klinischen Praxis ist dies für einen individuellen Behandler jedoch zumeist nicht erlebbar: Suizide sind glücklicherweise seltene Ereignisse, und die wenigsten suizidalen Patienten sterben durch einen Suizid. In der Konsequenz kann daher leicht der (illusorische) Eindruck entstehen, dass Gefahren richtig eingeschätzt und abgewendet wurden.

Implikationen für die Risikoabschätzung in der klinischen Praxis

In der klinischen Praxis stellt sich nun die Frage, wie mit dem Wissen um die substantiellen Schwierigkeiten bei der Risikoeinschätzung umgegangen werden sollte. Ryan et al. [2010, S. 402] formulieren es sehr deutlich: „... risk categorization has no useful role to play as a guide to clinical decision-making and should be abandoned.“ Dies bedeutet aber mitnichten, dass auf ein abklärendes

Gespräch im Sinne der verschiedenen Leitfäden [Chu et al., 2015; Teismann et al., 2016] verzichtet werden sollte. Vielmehr sollte suizidales Erleben und Verhalten eines Patienten – sobald sich dieses im Gespräch andeutet – weiterhin und unverändert exploriert werden. Zum einen werden viele Patienten die Erwartung haben, mit dem Therapeuten eine Person gefunden zu haben, mit der sie offen und umfassend über suizidales Erleben sprechen können. Zum anderen verweist die klinische Erfahrung darauf, dass diagnostische Fragen selbst wirkungsvolle Interventionen darstellen, durch welche Isolation und gedankliche Einengung begrenzt werden können. Schließlich entspricht die Risikoabschätzung nach wie vor dem Behandlungsstandard und darf daher auch unter einer juristischen Perspektive auf gar keinen Fall unterlassen werden. Und schlussendlich braucht es die genaue diagnostische Abklärung, um Ansatzpunkte für die Behandlung zu identifizieren und Behandlungsempfehlungen aussprechen zu können. Der Fokus sollte hierbei aber weniger auf der Idee liegen, am Ende des Gesprächs eine Kategorisierung vornehmen zu können, als eher auf dem Ziel herauszufinden, was der Patient in der Krisensituation benötigt: *Was wünscht sich der Patient von der Behandlung? Was braucht der Patient, um sich sicherer zu fühlen? Was gibt es für modifizierbare Risikofaktoren? Welche Probleme/Schwierigkeiten sollen durch einen Suizid gelöst werden?*

In diesem Sinne sollten suizidale Patienten viel stärker in den Entscheidungsprozess um das weitere therapeutische Vorgehen einbezogen werden – nicht der Kliniker exploriert und entscheidet auf Basis einer vermeintlichen Risikoabschätzung, sondern Patient und Therapeut entwickeln ein Konzept zum Umgang mit suizidalem Erleben und Verhalten in einem kollaborativen Prozess [vgl. Jobes, 2016]. Der Therapeut verfolgt keinerlei „geheime“ Agenda, er weiß nicht mehr über die Gefährdung als der Patient selbst. Tatsächlich können Patienten ihren Gefährdungsgrad selbst am besten einschätzen. So hatten in verschiedenen Studien beispielsweise die Antworten auf folgende Fragen eine erstaunlich hohe Vorhersagekraft für suizidales Verhalten nach einem stationären Aufenthalt: *Auf einer Skala von 1 bis 5, [...], wie besorgt sollte Ihr Therapeut darüber sein, dass Sie sich in den nächsten zwei Monaten möglicherweise selbst verletzen?* [Peterson et al., 2011]; *Wenn Sie zukünftig ernsthaft daran denken sollten, sich das Leben zu nehmen, wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie sich von einem Suizidversuch abhalten können?* [Czyz et al., 2016]. Natürlich erreicht man mit solchen Fragen nur diejenigen, die bereit sind, Auskunft zu geben. Die guten Vorhersagewerte [Peterson et al., 2011; Czyz et al., 2016] sprechen aber dafür, dass der Prozentsatz derer, die hierzu bereit sind, nicht verschwindend gering sein kann. Fragen zur Selbsteinschätzung sollten somit integraler Bestandteil der Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens sein.

Aus den gravierenden Schwierigkeiten, eine Risikoabschätzung vorzunehmen, folgt schlussendlich nicht, dass sich die Exploration suizidalen Erlebens und Verhaltens abkürzen lässt. Genauso wenig wie sich mit kurzen Risikoskalen der Gefährdungsgrad einer Person sicher bestimmen lässt [Saunders et al., 2014], lässt sich mit ihnen herausfinden, welche Unterstützung ein Patient benötigt. Vermutlich braucht ein bedürfnisgeleitetes Gespräch, das das Ziel verfolgt, in einem kollaborativen Prozess die Einschätzung der gegenwärtigen Situation und die Planung der therapeutischen Schritte vorzunehmen, sogar eher *mehr* Zeit als eine reine Abklärung und Kategorisierung. Nichtsdestotrotz kann der Fokuswechsel weg von der Risikokategorisierung hin zur bedürfnisgeleiteten Behandlungsplanung auch entlastend für Therapeuten sein: Der Therapeut trägt die Verantwortung dafür, suizidales Erleben anzusprechen und ein patientengerechtes Behandlungsangebot zu machen. Der Therapeut trägt nicht die Verantwortung dafür vorherzusehen, ob ein Patient suizidales Verhalten zeigen wird – dies ist schlechterdings unmöglich.

Eine kollaborative Behandlungsplanung funktioniert im Kontext suizidalen Erlebens und Verhaltens natürlich nur, solange Patienten in der Lage sind, freiverantwortliche Entscheidungen zu treffen. Alkohol- und Drogenkonsum, psychotische Symptome, schwere depressive Zustände, aber auch Übererregungssymptome im Kontext suizidaler Krisen können einen Zustand der Freiverantwortlichkeit ausschließen. Therapeuten müssen sich im Gespräch also ein Bild davon machen, inwieweit Patienten in der Lage sind, ihre persönliche Situation und vom Behandler gegebene Informationen zu verstehen, abzuwägen und kohärente Schlüsse zu ziehen [Appelbaum und Grisso, 1988]. Sind Patienten hierzu nicht in der Lage, muss der Behandler – auch bei potentiell geringer ausgeprägtem suizidalen Erleben – gegebenenfalls restriktivere Behandlungsmaßnahmen einleiten.

Die hohe Fehlerrate bei der Identifikation von „Hochrisikopatienten“ verweist darauf, dass umfassende Behandlungsmaßnahmen mit Bedacht und so lange es möglich ist in enger Abstimmung mit dem Patienten gewählt werden sollten. Die hohe „Missklassifikationsrate“ von vermeintlichen „Niedrigrisikopatienten“ verweist hingegen darauf, dass therapeutische Interventionen Anwendung über das gesamte Schweregradspektrum suizidalen Erlebens und Verhaltens finden sollten. Hierzu gehören beispielsweise Strategien wie die Sicherung letaler Mittel [Bryan et al., 2011], die Erstellung von Notfallplänen [Bryan et al., 2017] sowie intensiviertere Kontaktangebote [Milner et al., 2015]. Darüber hinaus haben sich indizierte Präventionsangebote für Patienten nach einem Suizidversuch als hochwirksam erwiesen [Gysin-Maillart et al., 2016] – und dies unabhängig vom aktuellen Schweregrad suizidalen Erlebens und Verhaltens [Calati und Courtet, 2016].

Fazit und Ausblick

Eine Vorhersage suizidalen Verhaltens ist trotz intensiver Forschung derzeit nicht möglich. Der Fokus im Gespräch mit suizidalen Patienten sollte sich daher verlagern: Es geht nicht darum, auf Basis erfasster Informationen eine Risikoabschätzung vorzunehmen, sondern darum, Ansatzpunkte für die Krisenintervention und Therapieplanung zu gewinnen. Es handelt sich um einen

kollaborativen Patient-Therapeut-Prozess, in dem der Therapeut anerkennt, dass er kein ausreichendes Expertenwissen zur Abschätzung des Gefährdungspotentials eines Patienten besitzt.

Disclosure Statement

Die Autoren erklären, dass kein Interessenskonflikt besteht, der die hier dargestellten Inhalte beeinflusst haben könnte.

Literatur

- Appelbaum PS, Grisso T. Assessing patients' capacities to consent to treatment. *N Engl J Med*. 1988 Dec;319(25):1635–8.
- Bryan CJ, Mintz J, Clemans TA, Leeson B, Burch TS, Williams SR, et al. Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. army soldiers: a randomized clinical trial. *J Affect Disord*. 2017 Apr;212:64–72.
- Bryan CJ, Stone SL, Rudd DM. A practical, evidence-based approach for means-restriction counselling with suicidal patients. *Prof Psychol*. 2011;42(5):339–46.
- Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res*. 2016 Aug;79:8–20.
- Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014 Feb;9(2):e89944.
- Carter G, Milner A, McGill K, Pirkis J, Kapur N, Spittal MJ. Predicting suicidal behaviours using clinical instruments: systematic review and meta-analysis of positive predictive values for risk scales. *Br J Psychiatry*. 2017 Jun; 210(6):387–95.
- Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, Lawrie SM. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med*. 2003 Apr; 33(3):395–405.
- Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. Predicting suicide following self-harm: systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016 Oct;209(4):277–83.
- Chu C, Buchman-Schmitt JM, Stanley IH, Hom MA, Tucker RP, Hagan CR, et al. The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychol Bull*. 2017 Dec; 143(12):1313–45.
- Chu C, Klein KM, Buchman-Schmitt JM, Hom MA, Hagan CR, Joiner TE. Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: an empirically informed update. *J Clin Psychol*. 2015 Dec;71(12):1186–200.
- Czyz EK, Horwitz AG, King CA. Self-rated expectations of suicidal behavior predict future suicide attempts among adolescent and young adult psychiatric emergency patients. *Depress Anxiety*. 2016 Jun;33(6):512–9.
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Huang X, et al. Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychol Bull*. 2017 Feb;143(2):187–232.
- Fusar-Poli P, Tantardini M, De Simone S, Ramella-Cravaro V, Oliver D, Kingdon J, et al. Deconstructing vulnerability for psychosis: meta-analysis of environmental risk factors for psychosis in subjects at ultra high-risk. *Eur Psychiatry*. 2017 Feb;40:65–75.
- Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: a 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLoS Med*. 2016 Mar;13(3):e1001968.
- Huang X, Ribeiro JD, Musacchio KM, Franklin JC. Demographics as predictors of suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Jul;12(7):e0180793.
- Jobes D. *Managing suicidal risk: a collaborative approach*. New York: Guilford Press; 2016.
- Joiner TE. *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press; 2005.
- Joiner TE, Van Orden KA, Witte TK, Rudd MD. *The interpersonal theory of suicide: guidance for working with suicidal clients*. Washington: American Psychological Association; 2009.
- Joiner TE, Walker R, Rudd M, Jobes D. Scientizing and routinizing the assessment of suicidality in outpatient practice. *J Prof Psychol*. 1999;30(5):447–54.
- Klonsky ED, Saffer BY, Bryan CJ. Ideation-to-action theories of suicide: a conceptual and empirical update. *Curr Opin Psychol*. 2018 Aug; 22:38–43.
- Kraemer HC, Kazdin AE, Offord DR, Kessler RC, Jensen PS, Kupfer DJ. Coming to terms with the terms of risk. *Arch Gen Psychiatry*. 1997 Apr;54(4):337–43.
- Large M, Kaneson M, Myles N, Myles H, Gunaratne P, Ryan C. Meta-analysis of longitudinal cohort studies of suicide risk assessment among psychiatric patients: heterogeneity in results and lack of improvement over time. *PLoS One*. 2016 Jun;11(6):e0156322.
- Milner AJ, Carter G, Pirkis J, Robinson J, Spittal MJ. Letters, green cards, telephone calls and postcards: systematic and meta-analytic review of brief contact interventions for reducing self-harm, suicide attempts and suicide. *Br J Psychiatry*. 2015 Mar;206(3):184–90.
- Peterson J, Skeem J, Manchak S. If you want to know, consider asking: how likely is it that patients will hurt themselves in the future? *Psychol Assess*. 2011 Sep;23(3):626–34.
- Ribeiro JD, Franklin JC, Fox KR, Bentley KH, Kleiman EM, Chang BP, et al. Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Med*. 2016 Jan;46(2):225–36.
- Rosen A. Detection of suicidal patients: an example of some limitations in the prediction of infrequent events. *J Consult Psychol*. 1954 Dec;18(6):397–403.
- Rudd MD, Joiner T, Rajab M. *Treating suicidal behavior: an effective time limited approach*. New York: Guilford Press; 2001.
- Ryan C, Nielssen O, Paton M, Large M. Clinical decisions in psychiatry should not be based on risk assessment. *Australas Psychiatry*. 2010 Oct;18(5):398–403.
- Saunders K, Brand F, Lascelles K, Hawton K. The sad truth about the SADPERSONS Scale: an evaluation of its clinical utility in self-harm patients. *Emerg Med J*. 2014 Oct;31(10):796–8.
- Smith EG, Kim HM, Ganoczy D, Stano C, Pfeiffer PN, Valenstein M. Suicide risk assessment received prior to suicide death by Veterans Health Administration patients with a history of depression. *J Clin Psychiatry*. 2013 Mar; 74(3):226–32.
- Tang B, Liu X, Liu Y, Xue C, Zhang L. A meta-analysis of risk factors for depression in adults and children after natural disasters. *BMC Public Health*. 2014 Jun;14(1):623.
- Teismann T, Koban C, Illes F, Oermann A. *Psychotherapie suizidaler Patienten*. Göttingen: Hogrefe; 2016.
- Van Orden KA, Witte TK, Cukrowicz KC, Braithwaite SR, Selby EA, Joiner TE Jr. The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev*. 2010 Apr;117(2):575–600.
- Woodford R, Spittal MJ, Milner A, McGill K, Kapur N, Pirkis J, et al. Accuracy of clinician predictions of future self-harm: a systematic review and meta-analysis of predictive studies. *Suicide Life Threat Behav*. 2019 Feb;49(1): 23–40.