

## Notfallpläne zur Rückfallprävention von suizidalem Verhalten

Clemens Fartacek<sup>1,1,1</sup>, Karl Kralovec<sup>1</sup>, Eva-Maria Pichler<sup>1,2</sup>, Reinhold Fartacek<sup>1,2</sup> & Martin Plöderl<sup>1,2,3</sup>

### Zusammenfassung

Menschen, die bereits einen Suizidversuch durchgeführt haben, haben ein erhöhtes Risiko für künftige Suizidversuche und Suizide. Notfallpläne verfolgen das Ziel, den Patienten auf neuerliche suizidale Krisen bestmöglich vorzubereiten und so das Risiko für suizidales Verhalten zu senken. Diese Arbeit hat zum Ziel, die Notfallplan-Intervention nach Stanley und Brown (17) im deutschsprachigen Raum vorzustellen. Dazu wird zuerst auf die Konstruktion von Notfallplänen eingegangen. Anschließend werden mögliche Wirkmechanismen und erste Eindrücke zur Anwendung dieses Konzeptes an einer stationären und tagesklinischen Kriseninterventionseinrichtung diskutiert.

*Schlüsselwörter: Suizidprävention; Rückfallprävention, Krisenintervention, Notfallplan*

### Safety plan intervention to prevent recurrence of suicidal behavior

#### Abstract

Individuals who already have attempted suicide are at increased risk for future suicide attempts and suicides. Safety plans are intended to prepare the patient for suicidal crisis and thus may decrease the risk for suicidal behavior. This paper introduces the safety plan intervention developed by Stanley and Brown (17) to the German speaking audience. We outline the construction of the safety plan, discuss its effectiveness, and describe first experiences with a safety plan adapted for crisis intervention within an inpatient and a day hospital setting.

*Keywords: suicide prevention; relapse prevention, crisis intervention, safety plan*

### Hintergrund

Jährlich sterben weltweit geschätzt eine Million Menschen durch Suizid (22). Der Suizid gehört damit zu den führenden Todesursachen in der westlichen Welt. Die Häufigkeit von Suizidversuchen wird auf das Zwanzigfache geschätzt. Suizidales Verhalten stellt somit ein bedeutendes Public Health Problem dar, welches enormes Leid und Kosten in der Gesellschaft verursacht.

Suizidales Verhalten ist oftmals kein einmaliges Ereignis im Leben der Betroffenen. Ein Suizidversuch gilt als stärkster Risikofaktor für Suizide und neuerliche Suizidversuche (1). So fand beispielsweise eine finnische Studie bei Suizidversuchern 10% Suizide und 30% neuerliche Suizidversuche in einem fünfjährigen Untersuchungszeitraum (2). Das erhöhte Rückfallrisiko für suizidales Verhalten betont die Wichtigkeit der Rückfallprophylaxe. In diesem Sinne ist auch die Vorbereitung auf künftige suizidale Krisen fixer Bestandteil der Krisenintervention (18). Dabei werden in der Regel Bewältigungsstrategien zum Umgang mit künftigen suizidalen Krisen erarbeitet. Fraglich ist jedoch, inwieweit die Patienten dazu in der Lage sind, diese in suizidalen Krisen wieder abzurufen. Erschwert werden könnte dies durch den enormen emotionalen Leidensdruck und die kognitive Einengung der Betroffenen in suizidalen Krisen (21). Um den Betroffenen den Umgang mit neuerlichen suizidalen Krisen zu erleichtern, werden in den USA sogenannte Notfallpläne als best practice bei Suizidversuchern angewendet (17). Hierbei werden mit den Patienten individuelle Bewältigungsstrategien systematisch erarbeitet und verschriftlicht. Dies soll es dem Patienten erleichtern, einer Eskalation suizidaler Krisen entgegenzuwirken, und so das Rückfallrisiko für suizidales Verhalten zu reduzieren.

Das wohl umfassendste und aktuellste Notfallplankonzept, das auch die Inhalte anderer Notfallplan-Interventionen (3, 8, 13) umfasst, stammt von Stanley und Brown

<sup>1</sup> Forschungsprogramm Suizidprävention, Paracelsus Privatmedizinische Universität, Salzburg

<sup>2</sup> Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie I, Christian Doppler Klinik, Salzburg

<sup>3</sup> Universitätsinstitut für klinische Psychologie, Christian Doppler Klinik, Salzburg

(17). Die vorliegende Arbeit möchte dieses Notfallplan-konzept den professionellen Helfern im deutschsprachigen Raum vorstellen, die mit Suizidrisikopatienten arbeiten. Hierfür wird zuerst auf die Konstruktion von Notfallplänen eingegangen. Anschließend werden mögliche Wirkmechanismen und erste Eindrücke zur Anwendung dieses Konzeptes an einer stationären und tagesklinischen Kriseninterventionseinrichtung diskutiert.

### Die Konstruktion von Notfallplänen

Der Notfallplan nach Stanley und Brown (17) ist eine verschriftlichte Liste hierarchisch gereihter Bewältigungsstrategien, die mit dem Patienten systematisch und in kooperativer Haltung (3) erarbeitet werden. Er umfasst folgende sechs Schritte, die in suizidalen Krisen der Reihe nach angewendet werden sollen: 1. Wahrnehmung der Warnzeichen für eine bevorstehende suizidale Krise; 2. Anwendung internaler Bewältigungsstrategien zur Ablenkung; 3. Aktivierung sozialer Ressourcen zur Ablenkung; 4. Kontaktaufnahme mit Helfern aus dem privaten Umfeld; 5. Kontaktaufnahme mit professionellen Anlaufstellen; 6. Beseitigung potenzieller Suizidmethoden. Auf diese Schritte und deren Erarbeitung soll im Folgenden eingegangen werden:

1. Wahrnehmung der Warnzeichen für eine bevorstehende suizidale Krise: Warnzeichen weisen darauf hin, dass sich eine suizidale Krise entwickelt und legen fest, ab wann der Notfallplan zur Anwendung kommen soll. Um diese zu identifizieren, werden bisherige Suizidversuche gemeinsam mit dem Patienten analysiert. Dabei wird nach Emotionen (z.B. Trauer), kognitiven Prozessen (z.B. Gedankenrasen oder -kreisen) und Verhaltensweisen (z.B. sozialer Rückzug, Alkohol- oder Drogenkonsum) gesucht, die für suizidale Krisen des Patienten spezifisch sind (17). Fragen wie *„Wie erkennen Sie, ab wann der Notfallplan angewendet werden muss?“*, *„Was erleben Sie während oder kurz bevor die Suizidgedanken auftreten?“* oder *„Gibt es Gedanken, Gefühle oder Verhaltensweisen bei Ihnen, die nur dann auftauchen, bevor sich eine suizidale Krise entwickelt?“* bieten sich an, um spezifische Warnzeichen des Patienten zu identifizieren.

2. Anwendung internaler Bewältigungsstrategien zur Ablenkung: Als internal werden hier Bewältigungsstrategien bezeichnet, die ohne Hilfe anderer Menschen angewendet werden können. Sie sollen es dem Patienten ermöglichen, sich von den Suizidgedanken und -impulsen

selbstständig abzulenken (17). Internale Bewältigungsstrategien können sich individuell unterscheiden. Als Beispiele für internale Bewältigungsstrategien werden von Stanley und Brown (17) Spaziergehen, Beten, mit Tieren spielen, Duschen, Trainieren, Lesen usw. angeführt. Fragen wie *„Was könnten Sie in solchen Momenten alleine tun, um sich von den Suizidgedanken abzulenken?“* oder *„Was könnte Sie auf andere Gedanken bringen ohne die Hilfe anderer in Anspruch zu nehmen?“* können hilfreich sein, internale Bewältigungsstrategien zu identifizieren.

3. Aktivierung sozialer Ressourcen zur Ablenkung: Unter sozialen Ressourcen werden Kontakte mit Menschen oder das Aufsuchen öffentlicher Orte verstanden, die dazu dienen, den Patienten von seinen Suizidgedanken oder -impulsen abzulenken. Sie kommen zur Anwendung, wenn die internalen Bewältigungsstrategien nicht ausreichen, die suizidale Krise zu bewältigen. Als Beispiele dienen das Treffen von Freunden, Familienangehörigen oder der Besuch von Kaffeehäusern und Museen. Die Probleme des Patienten sollten dabei nicht thematisiert werden (17). Auch sollten keine Personen kontaktiert werden, die Teil des Problemsystems sind (z.B. jene Person, durch die die Krise ausgelöst wurde). Das gilt auch für das Aufsuchen von Umgebungen (z.B. Bars), die Verhaltensweisen fördern, die zur Eskalation einer suizidalen Krise beitragen können (z.B. Alkoholkonsum). Fragen wie *„Wessen Gegenwart hilft Ihnen gewöhnlich, nicht an Ihre Probleme zu denken?“* oder *„Wo haben Sie die Möglichkeit hinzugehen und unter Menschen zu sein, um auf andere Gedanken zu kommen?“* bieten sich an, soziale Ressourcen zur Ablenkung zu identifizieren.

4. Kontaktaufnahme mit Helfern aus dem privaten Umfeld: Sollte die Aktivierung sozialer Ressourcen zur Ablenkung die suizidale Krise nicht ausreichend entschärft haben, sieht der Notfallplan vor, nahestehende Personen zu kontaktieren, mit denen der Patient über seinen Zustand im Sinne eines Entlastungsgespräches sprechen kann. Als Helfer können beispielsweise Familienangehörige oder enge Freunde dienen, die der Patient als Unterstützung erlebt und denen gegenüber er sich anvertrauen kann. Es ist wichtig abzuklären, inwieweit die Helfer erreichbar sind (z.B. zu welchen Tageszeiten) und sich zu ihrer Funktion im Notfallplan bereit erklären. Fragen wie *„Wen können Sie in der Krise in ihrer Verwandtschaft oder unter Ihren Freunden um Hilfe bitten?“* oder *„Mit*

wem würde Sie ein Gespräch in solchen Situationen entlasten?“ können dabei helfen, Helfer aus dem privaten Umfeld zu benennen.

5. Kontaktaufnahme mit professionellen Anlaufstellen: Sollte auch der Kontakt mit Helfern aus dem privaten Umfeld die suizidale Krise nicht zum Abklingen gebracht haben, sehen Stanley und Brown (17) die Kontaktaufnahme mit professionellen Anlaufstellen vor. Als Beispiele werden Krisenhotlines, psychiatrische Ambulanzen, niedergelassene Fachärzte oder Psychotherapeuten angeführt. Dabei könnte es vorteilhaft sein, professionelle Helfer anzuführen, zu denen der Patient bereits eine gute therapeutische Beziehung hat, um so die Wahrscheinlichkeit einer Kontaktaufnahme in suizidalen Krisen zu erhöhen. Außerdem sollten Anlaufstellen angeführt werden, die 24 Stunden täglich erreichbar sind. Es ist wichtig, die Patienten auf die Situation der Kontaktaufnahme mit der jeweiligen Stelle vorzubereiten, damit sie in der konkreten Situation nicht überfordert oder abgeschreckt werden. Ängste über die Konsequenzen einer Kontaktaufnahme (z.B. Unterbringung) müssen thematisiert werden, da diese die Kontaktaufnahme verhindern könnten. Es dürfen nur Anlaufstellen im Notfallplan aufgenommen werden, die der Patient gewillt ist zu kontaktieren.

6. Beseitigung potenzieller Suizidmethoden: Das Notfallplankonzept von Stanley und Brown (17) sieht zudem vor, potenzielle Suizidmethoden außer Reichweite zu bringen. Das genaue Vorgehen hierzu ist im Einzelfall gemeinsam mit dem Patienten festzulegen und kann von Fall zu Fall variieren. Zum Beispiel könnte es sich anbieten, dass der Patient die Medikamente vorübergehend von Angehörigen verwahren lässt bis die suizidale Krise abgeklungen ist. In anderen Fällen könnte dies bedeuten, dafür Sorge zu tragen, dass hochletale Methoden wie Schusswaffen überhaupt von einer Vertrauensperson aufbewahrt werden.

Im Allgemeinen empfiehlt es sich bei der Sammlung der unterschiedlichen Bewältigungsstrategien auf potenzielle Barrieren und Probleme bei deren Anwendung einzugehen (z.B. „Halten Sie es für realistisch, diese Strategie in einer Krisensituation anzuwenden?“ oder „Was könnte Sie davon abhalten, diese Strategie anzuwenden?“) (17). Stellt der Patient die Anwendbarkeit einer Bewältigungsstrategie in Frage, müssen andere entworfen werden. Bezüglich der Reihung der Bewältigungsstra-

tegien innerhalb des jeweiligen Schrittes wird empfohlen, jene Strategien, die am einfachsten anwendbar und am ehesten effektiv sind, vorrangig anzuführen (17). Außerdem sollte der Notfallplan mit den Worten des Patienten formuliert werden, damit die Instruktionen für ihn verständlich sind. Falls der Begriff Notfallplan vom Patienten als aversiv wahrgenommen wird, kann dieser auch anders bezeichnet werden. Zudem empfehlen Stanley und Brown (17), den Notfallplan in Rollenspielen zu üben, um seine Effizienz zu steigern. Darüber hinaus sollte er nach jeder Anwendung evaluiert werden, um ihn gegebenenfalls zu modifizieren.

### **Die Wirksamkeit von Notfallplänen in der Suizidprävention**

Obwohl Notfallpläne fixer Bestandteil von Behandlungskonzepten sind, die nachweislich suizidales Verhalten reduzieren (3, 8), gibt es bis dato keine randomisierte kontrollierte Studie, die untersuchte, inwieweit Notfallpläne als Einzelintervention suizidales Verhalten reduzieren. Bislang können potenzielle Wirkmechanismen von Notfallplänen nur theoretisch diskutiert werden. So könnte die erfolgreiche Anwendung internaler Bewältigungsstrategien in suizidalen Krisen zum Selbstwirksamkeitserleben des Patienten beitragen (17), welches sich günstig auf die Hoffnung des Patienten auswirken kann, auch aussichtslos erscheinende Situationen beeinflussen zu können. Damit könnte es zur Reduktion der Hoffnungslosigkeit kommen (21), welche ein wichtiger Suizidrisikofaktor ist (11). In diesem Sinne erwies sich auch die Selbstwirksamkeitserwartung als protektiver Faktor gegen suizidales Verhalten (5, 19). Außerdem könnte das Gefühl, anderen zur Last zu fallen, ein weiterer Risikofaktor für suizidales Verhalten (20), durch die erfolgreiche Anwendung internaler Bewältigungsstrategien reduziert werden. Soziale Unterstützung durch die Kontaktaufnahme mit privaten oder professionellen Helfern zu erfahren könnte ebenfalls einen schützenden Faktor darstellen (19). Zudem ist es vorstellbar, dass das Anführen von professionellen Helfern im Notfallplan, mit denen bereits eine therapeutische Beziehung besteht, beim Patienten zum Gefühl beiträgt, dass da jemand ist, der sich um ihn sorgt. Dieses Gefühl der Verbundenheit reduziert gemäß Motto und Bostrom (12) nachweislich suizidales Verhalten nach Psychriatrieaufenthalt. Der Notfallplan kann auch als sogenannte „green card“ fungieren, die dem Patienten die stationäre Aufnahme oder ein Gespräch mit einem Psychiater in suizidalen Krisen zusi-

chert. Auch wenn die Befunde zur green card nicht eindeutig sind, gibt es Studien, die zeigen, dass sie suizidales Verhalten reduzieren kann (4).

### **Erste Eindrücke zur Anwendung im Kontext einer stationären und tagesklinischen Kriseninterventionseinrichtung**

Wir haben das Notfallplankonzept von Stanley und Brown (17) für die Behandlung von Suizidversuchern an einer stationären und tagesklinischen Kriseninterventionseinrichtung adaptiert. Die Erarbeitung von Notfallplänen fiel in den Aufgabenbereich der Psychotherapeuten und klinischen Psychologen und wurde in den Einzeltherapiesitzungen durchgeführt. Jedoch wurden für die Adaption kleine Änderungen vorgenommen, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

Die Entfernung von verfügbaren Suizidmethoden ist in unserer Adaption des Notfallplanes nicht routinemäßig enthalten. Wir halten es für zu riskant, Patienten inmitten einer suizidalen Krise durch den Notfallplan dazu anzuleiten, mit potenziellen Suizidmethoden in Berührung zu kommen. In diesem Sinne betonen auch andere Autoren das steigende Suizidrisiko durch die Konfrontation mit potenziellen Suizidmethoden in suizidalen Krisen (21). Die Möglichkeit der Zugangsreglementierung bevorzugter oder hoch letaler Methoden im Alltag des Patienten wird bei uns unabhängig vom Notfallplan mit dem Patienten und nahestehenden Personen besprochen.

Wie auch schon von Stanley und Brown (16) in Betracht gezogen, erschien es uns notwendig, Gründe zu leben im Notfallplan explizit anzuführen. Suizidales Verhalten ist im Sinne Shneidmans (15) das Resultat eines unerträglichen psychischen Schmerzes, in dem das Leben nicht mehr als lebenswert empfunden wird (7). In solchen Phasen erscheint es uns basal, den Patienten auf Gründe zu leben aufmerksam zu machen, die es ihm erleichtern, dieses Leid zu ertragen und ihn dazu motivieren, der suizidalen Krise mit Hilfe des Notfallplans entgegenzuwirken. Für diesen Wirkmechanismus könnte sprechen, dass sich das Vorhandensein von Gründen zu leben als protektiver Faktor gegen suizidales Verhalten erwies (9). Fragen wie „*Wer oder was ist Ihnen am wichtigsten im Leben?*“ oder „*Auch wenn sich Ihr Leben momentan unerträglich anfühlt, wem zu liebe können sie diesen Zustand ertragen?*“ können dabei helfen, Gründe zu leben zu identifizieren.

Zudem wird in unserer Adaption des Notfallplans die Anzahl der Schritte und deren Reihung individuell festgelegt. So kann es zum Beispiel für einen Patienten wichtig sein, nach der Anwendung seiner internalen Bewältigungsstrategien gleich zur Kontaktaufnahme mit professionellen Helfern überzugehen. Für einen anderen Patienten empfiehlt es sich möglicherweise, externe Bewältigungsstrategien (z.B. den Partner in Reichweite zu haben) bereits vor der Anwendung der internalen Strategien zu aktivieren.

Bezüglich der Aufmachung des Notfallplanes haben wir uns dazu entschieden, dem Patienten den Notfallplan im Scheckkartenformat mitzugeben. Wir erhoffen uns, dass der Notfallplan so vom Patienten immer bei sich getragen wird und sofort verfügbar ist, egal wo eine suizidale Krise auftritt.

Gemäß unserer bisherigen Erfahrungen hat es sich bewährt, den Patienten vor der Notfallplankonstruktion über das Ziel des Notfallplans und dessen Hintergründe aufzuklären. Hierbei empfiehlt es sich auch mit dem Patienten, insbesondere bei Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung, auf die Unterschiede von selbstverletzendem Verhalten und suizidalem Verhalten sowie von akuter und chronischer Suizidalität einzugehen, denn der Notfallplan ist nur für akut suizidale Krisen gedacht. Er ist nicht zur Prävention von nicht-suizidalen Selbstverletzungen oder chronischer Suizidalität bestimmt, welche eine beruhigende Wirkung und sogar suizidpräventive Funktion haben können (6, 10).

Die Wahl der Warnzeichen stellt das Herzstück des Notfallplanes dar, da sie den Zeitpunkt definieren, ab dem ein Notfallplan zur Anwendung kommen soll. Doch ist es für die Patienten nicht immer einfach, ihre Warnzeichen festzumachen. Wir haben den Eindruck, dass dies dem Patienten durch eine strukturierte narrative Rekonstruktion des suizidalen Prozesses (21), eine Kettenanalyse (8) oder idiographische Systemmodellierung (14) bisheriger Suizidversuche erleichtert wird. Zudem hat sich gezeigt, dass es bedeutsam ist, Warnzeichen explizit von anderen Symptomen abzugrenzen, die nicht spezifisch für die suizidale Krise sind (z.B. „*An Schlafproblemen leiden Sie ja schon seit Jahren und ich nehme an, Sie waren nicht nach jeder schlaflosen Nacht ernsthaft gefährdet?*“). Oftmals zeigt sich dabei, dass sich nicht einzelne, sondern spezifische Konstellationen von Kognitionen, Emotionen oder Verhaltensweisen als Warnzeichen eignen (z.B. Streit mit der Frau in Kombination mit Alkohol). Manchmal werden Kognitionen, Emotionen oder Verhaltensweisen erst ab

einer bestimmten Intensität oder Dauer zum Warnzeichen (z.B. Leeregefühle länger als 3 Tage). Zudem erscheint es uns wichtig, bei der Wahl der Warnzeichen zu berücksichtigen, dass sie einen Zeitpunkt definieren, der noch ausreichend Zeit lässt, die Bewältigungsstrategien effektiv anwenden zu können. Ist die suizidale Krise nämlich schon zu weit fortgeschritten, kann es sein, dass der Patient die Kontrolle verliert und nicht mehr dazu in der Lage ist den Notfallplan anzuwenden. Daher können bei der Festlegung der Warnzeichen Fragen wie „Haben Sie zu diesem Zeitpunkt noch genügend Kontrolle über sich, die Bewältigungsstrategien anzuwenden?“ oder „Können Sie zu diesem Zeitpunkt noch gegen die Suizidalität ankämpfen?“ hilfreich sein.

### Abschließende Bemerkungen

Wir halten den Notfallplan für ein vielversprechendes Konzept für die Rückfallprophylaxe von suizidalem Verhalten. Unser bisheriger Eindruck ist, dass der Notfallplan den Patienten Halt für die große Herausforderung der Entlassung aus dem stationären Setting gibt, sie auf den Umgang mit suizidalen Krisen vorbereitet und ihnen die Kontaktaufnahme mit professionellen Helfern erleichtert. Zudem wird der Notfallplan auch vom Behandlungsteam als Hilfestellung erlebt, indem er ein strukturiertes Vorgehen zur Verfügung stellt, um den Patienten auf künftige suizidale Krisen vorzubereiten. Dies alles darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass es zum gegebenen Zeitpunkt keine empirischen Studien gibt, die die Wirksamkeit von Notfallplänen zur Reduktion von suizidalem Verhalten geprüft hätten. Auch gibt es bisher keine Studien, die untersucht hätten, ob der Notfallplan für bestimmte Diagnosegruppen indiziert oder vielleicht auch kontraindiziert ist. Deshalb erscheint uns eine ausführliche empirische Untersuchung dieses Konzeptes als unumgänglich. Eine randomisierte kontrollierte Studie befindet sich gemäß Stanley und Brown (17) in der Durchführungsphase.

### Literatur

- (1) BEGHI M, ROSENBAUM J, CERRI C, CORNAGGIA C (2013) Risk factors for fatal and nonfatal repetition of suicide attempts: A literature review. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9:1725–1736
- (2) HAUKKA J, SUOMINEN K, PARTONEN T, LONNQVIST J (2008) Determinants and outcomes of serious attempted suicide: A nationwide study in Finland, 1996–2003. *Am J Epidemiol* 167:1155–1163
- (3) JOBES DA (2006) *Managing suicidal risk: A collaborative approach*. New York: Guilford

- (4) Kapur N, Cooper J, Bennewith O, Gunnell D, Hawton K (2010) Postcards, green cards and telephone calls: Therapeutic contact with individuals following self-harm. *Br J Psychiatr* 197:5–7
- (5) KASLOW NJ, THOMPSON MP, OKUN A et al. (2002) Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *J Consult Clin Psychol* 70:311–319
- (6) KLONSKY ED (2007) The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 27:226–239
- (7) LÄNGLE A (2004) Existenzanalyse der Depression. *Existenzanalyse* 21:4–17
- (8) LINEHAN M (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford
- (9) LINEHAN MM, GOODSTEIN JL, NIELSEN SL et al. (1983) Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory. *J Consult Clin Psychol* 51:276–286
- (10) MALTSBERGER JT, RONNINGSTAM E, WEINBERG I et al. (2010) Suicide fantasy as a life-sustaining recourse. *J Am Acad Psychoanal Dynamic Psychiatr* 38:611–624
- (11) MCMILLAN D, GILBODY S, BERESFORD E et al. (2007) Can we predict suicide and non-fatal self-harm with the Beck Hopelessness Scale? A meta-analysis. *Psychol Med* 37:769–778
- (12) MOTTO J, BOSTROM A (2001) A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatr Serv* 52:828–33
- (13) RUDD M, JOINER T, RAJAB M (2001) *Treating suicidal behavior: An effective, time-limited approach*. New York: Guilford
- (14) SCHIEPEK G (2003) A dynamic system approach to clinical case formulation. *Europ J Psychol Ass* 19:178–184
- (15) SHNEIDMAN E. (1985) *Definition of suicide*. New York: Wiley
- (16) STANLEY B, BROWN KG (2008) *Safety plan treatment manual to reduce suicide risk: Veteran version*. Unpublished manuscript
- (17) STANLEY B, BROWN KG (2012) *Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk*. *Cognit Behav Pract* 19:256–264
- (18) STEIN C (2009) *Spannungsfeld der Krisenintervention*. Stuttgart: Kohlhammer
- (19) THOMPSON MP, KASLOW NJ, SHORT LM et al. (2002) The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy–suicide attempts relation among African American abused women. *J Consult Clin Psychol* 70:942–949
- (20) VAN ORDEN K, WITTE T, CUKROWICZ K et al. (2010) The interpersonal theory of suicide. *Psychol Rev* 117:575–600
- (21) WENZEL A, BROWN GK, BECK AT (2008) *Cognitive therapy for suicidal patients*. Washington: American Psychiatric Association
- (22) WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011) *Suicide prevention (SUPRE)*. Retrieved November, 2013, from [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)

Eingang: 17.03.2013

akzeptiert: 30.11.2013

**Korrespondenzadresse**

Mag. Clemens Fartacek

Sonderauftrag für Suizidprävention, Universitätsklinik  
für Psychiatrie und Psychotherapie I

Christian Doppler Klinik

Ignaz-Harrer-Str. 79

A-5020 Salzburg

E-Mail: [c.fartacek@salk.at](mailto:c.fartacek@salk.at)