

SSEV

Skala Suizidales Erleben und Verhalten

Testmanual

Autoren: T. Teismann, T. Forkmann & H. Glaesmer

Kontakt:

PD Dr. Dipl.-Psych. Tobias Teismann
Forschungs- und Behandlungszentrum für Psychische Gesundheit,
Fakultät für Psychologie,
Ruhr-Universität Bochum
Massenbergstraße 9-13
Tel. 0049 (0)234 3227787
Email: tobias.teismann@rub.de

Veröffentlicht durch:

PSYCHOMETRIKON – psychologisch-medizinisches Testportal
www.psychometrikon.de
Kontakt: info@psychometrikon.de

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Kurzbeschreibung des Tests	4
Ziel.....	4
Testbeschreibung.....	4
Anwendungsgebiete.....	4
Theoretischer Hintergrund	5
Testkonstruktion	6
Itemgenerierung	6
Erstellung der Erprobungsversion	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Analysestichproben	6
Psychometrische Kennwerte	7
Skalenstruktur	7
Itemkennwerte.....	8
Gütekriterien.....	8
Anwendung.....	10
Testdurchführung	10
Testinstruktion	10
Testauswertung.....	10
Testinterpretation	10
Literatur	11
Anhang	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Inhaltsverzeichnis des Anhangs.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Kurzbeschreibung des Tests

Ziel

Die Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEQ) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Suizidgedanken, -absichten, -impulsen, -plänen und -versuchen innerhalb der vergangenen 4 Wochen. Zusätzlich werden Suizidversuche in der Lebensgeschichte erfasst. Das Instrument kann in der Forschung und in der klinischen Praxis verwendet werden.

Testbeschreibung

Die SSEV besteht aus 9 Items. Sechs Items erfassen Suizidgedanken, -absichten, -impulse und -pläne. Diese Items können zu einem Summenscore zusammengefasst werden und beginnen alle mit der Aussage „Während der vergangenen vier Wochen ...“. Die Items sind 6-stufig von „nie“ (0) bis „jeden Tag viele Male“ (5) skaliert. Ein weiteres Item erfragt das Vorkommen von Suizidversuchen in den vergangenen vier Wochen und hat ein dichotomes (ja/nein) Antwortformat. Zusätzlich wird nach Vorkommen (ja/nein) und Anzahl von Suizidversuchen im Verlauf des bisherigen Lebens gefragt. Die Bearbeitungszeit für den Fragebogen beträgt 2-4 Minuten.

Anwendungsgebiete

Die SSEV ist in allen Altersgruppen ab 18 Jahren einsetzbar. Es liegen Daten zu klinischen und studentischen Stichproben unterschiedlicher Zusammensetzung vor. Eine Validierung im Jugendbereich läuft derzeit (Stand: Mai 2021). Die SSEV ermöglicht die Quantifizierung suizidalen Erlebens und kann eingesetzt werden, um das therapeutische Gespräch zu ergänzen, oder um Forschungsdaten zu erheben. Grundsätzlich kann die SSEV auch zur Veränderungsmessung genutzt werden.

Theoretischer Hintergrund

Suizidgedanken, Suizidpläne und suizidales Verhalten sind in klinischen Populationen sehr verbreitet (Bernal et al., 2007) und gelten als zentrale Risikofaktoren für Suizide (Franklin et al., 2017). Das Vorliegen von Suizidgedanken und lebenszeitlichen Suizidversuchen muss im klinischen Kontext – insbesondere bei Erstkontakten in psychosozialen und psychiatrischen Institutionen – daher routinemäßig in einem persönlichen Gespräch abgeklärt werden (DGPPN, 2015). Da es manchen Betroffenen leichter zu fallen scheint, suizidale Erlebensweisen bei einer Fragebogenerhebung zu offenbaren (Vannoy & Robins, 2011), bietet es sich jedoch an, das diagnostische Gespräch durch den Einsatz von Selbstbeurteilungsinstrumenten zu ergänzen. Dies gilt umso mehr, da selbstberichtetes und fremdbeurteiltes suizidales Erleben vielfach nur in geringem Maße miteinander korrelieren (Jobes et al., 1997) und die selbstberichtete Suizidalität eine stärkere prädiktive Bedeutung für suizidales Verhalten zu besitzen scheint als fremdbeurteilte Suizidalität (Joiner et al., 1999). Während im angloamerikanischen Raum eine Vielzahl an suizidbezogenen Messinstrumenten entwickelt und validiert wurde (Batterham et al., 2015) ist die Verfügbarkeit und Verwendung ebendieser Instrumente im deutschsprachigen Raum bislang gering (Forkmann et al., 2016; Glaesmer et al., 2018; Kliem & Brähler, 2015; von Glischinski et al., 2016).

Vor diesem Hintergrund wurde mit der Skala Suizidalen Erlebens und Verhaltens (SSEV) ein deutscher Fragebogen entwickelt, der sich an der klinischen Risikoabschätzung bei suizidalen Patienten orientiert (Chu et al., 2015; Jobes, 2016; Teismann et al., 2016), sowohl in der klinischen Praxis als auch in der Forschung Verwendung finden kann und den folgenden – von Batterham und Kollegen (2015) aufgestellten – Evaluationskriterien entspricht:

1. explizite Erfassung von Suizidgedanken und suizidalem Verhalten,
2. kurz und einfach zu bearbeiten,
3. Erhebung quantitativer Daten und
4. kostenfrei verfügbar.

Testkonstruktion

Die SSEV wurde bislang in einer groß angelegten Studie (N = 1099) untersucht (Teismann et al., 2021). Einbezogen wurden ambulante und stationäre Patient:innen sowie eine Onlinestichprobe. Die psychometrischen Befunde werden im Folgenden dargestellt.

Itemgenerierung

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

Entwicklung des Tests

Der ursprüngliche Test umfasste 13 statt neun Items. Vier Items wurden im Zuge der psychometrischen Überprüfung eliminiert.

Analysestichproben

Die psychometrische Prüfung der SSEV erfolgte an einer Stichprobe von $N=1099$ Proband:innen aus drei unterschiedlichen Kontexten: $n = 635$ ambulante Psychotherapiepatient:innen ($n=410$, 64.6% Frauen; Alter: $M=37,15$, $SD=13,34$); $n = 163$ stationär-psychiatrische Patient:innen ($n=91$, 55.8% Frauen; Alter: $M=38.67$, $SD=14.55$) und $n = 301$ Proband:innen ($n=172$, 57.1% Frauen; Alter: $M=32.22$, $SD=13.68$), die an einer Onlineerhebung teilnahmen (Teismann et al., 2021). Innerhalb der klinischen Samples litten die allermeisten Proband:innen unter affektiven Störungen (30.2% bis 66.3%). Suizidversuche im Laufe des Lebens wurden von 9.6% der Onlineproband:innen, 13.2% der Ambulanzpatient:innen und 71.8% der stationären Patient:innen berichtet.

Psychometrische Kennwerte

Skalenstruktur

Um zwei unabhängige Stichproben für die Durchführung einer explorativen Faktorenanalyse (EFA) und einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (CFA) zu erhalten, wurde jeder der N=1099 Versuchspersonen eine Zufallszahl zwischen 1 und 2 zugewiesen. Alle Versuchspersonen mit einem Wert $> 1,5$ ($n=565$) wurden in einer Substichprobe zur Durchführung der EFA und alle Versuchspersonen mit einem Wert $< 1,5$ ($n=534$) wurden einer Substichprobe zur Durchführung der CFA zugeordnet.¹ Danach wurden anhand des Kaiser-Meyer-Olkin-Kriteriums (KMO; Cerny & Kaiser, 1977) sowie des Bartlett Tests auf Sphärizität die Voraussetzungen zur Durchführung einer EFA überprüft. Die Ergebnisse dieser Analysen deuten auf einen starken Zusammenhang zwischen den Items und, zusammen mit dem ausreichend großen Umfang der Stichprobe ($n>500$), somit auf eine geeignete Stichprobe zur Durchführung einer EFA hin (KMO=0.88; Bartlett Test: $\chi^2=5482.53$, $p<0.001$) (MacCallum, Widaman, Zhang & Hong, 1999). Anschließend wurde eine Hauptkomponentenanalyse (PCA) mit schiefer (obliquer) Rotation (Delta=0; 25 Iterationen) durchgeführt. Faktoren mit einem Eigenwert ≥ 1 wurden schließlich extrahiert. Es ergab sich eine zweifaktorielle Lösung (Eigenwerte: Faktor 1 = 6.315; Faktor 2 = 1.357). Faktor 1 beinhaltet Items zur „kognitiven Auseinandersetzung“ mit Suizid (63% aufgeklärte Varianz), während Faktor 2 eher „handlungsbezogenes und externalisierendes Erleben und Verhalten“ in Bezug auf Suizid widerspiegelte (14% erklärte Varianz).

Mit dem Ziel, eine Dimensionsreduktion zu erzielen, wurde basierend auf den Ergebnissen dieser ersten EFA die Anzahl der Items reduziert. Vier Items wurden in diesem Rahmen aufgrund von sehr hohen Item-Interkorrelationen, Doppelladungen und letztlich zu geringer Itemzahl (<3) auf dem zweiten Faktor eliminiert. Die verbleibenden Items wurden sodann einer zweiten EFA unterzogen (KMO=0.86; Bartlett Test: $\chi^2=4456.42$, $p<0.001$), um die Faktorenstruktur der revidierten Version zu überprüfen. Auf diese Weise konnte eine einfaktorielle finale Version der SSEV generiert werden (Eigenwert: 5.681), die aus 6 Items besteht und eine Varianzaufklärung von 63.12% aufweist.

Um die Modellpassung des durch die PCA ermittelten Modells zu überprüfen, wurde anschließend eine konfirmatorische Faktorenanalyse (CFA) durchgeführt. Aufgrund des ordinalen Skalenniveaus der SSEV, wurde der Robust Weighted Least Square Schätzer (WLSM) verwendet. Zur Beurteilung der Modellpassung wurden die folgenden Fitindizes herangezogen: Fit-Index χ^2 nach Satorra-Bentler-Korrektur (Satorra & Bentler, 2001), der Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) Index mitsamt 90% Konfidenzintervall (90%-CI), der Comparative-Fit-Index (CFI), der Tucker-Lewis Index (TLI) und der standardisierte Root Mean Square Residual Index (SRMR).

Die Ergebnisse weisen insgesamt auf eine gute Modellpassung hin: Satorra-Bentler-korrigiertes χ^2 ($p=0.051$), CFI (=0.985), TLI (=0.975), RMSEA (=0.032 [90%-CI =0.027 – 0.037]) und SRMR (=0.081).

¹ Aufgrund des unterschiedlichen Antwortformats wurden die Items 7, 8 und 9 zu Auftreten und Häufigkeit von Suizidversuchen in diesen Analysen nicht berücksichtigt.

Itemkennwerte

Tabelle 1 fasst Itemcharakteristika der SSEV für alle Teilnehmer:innen zusammen. Die Faktorladungen aller Items sind ≥ 0.7 und signifikant ($p < 0.05$) und damit als sehr gut zu beurteilen (s. auch Abb. 1).

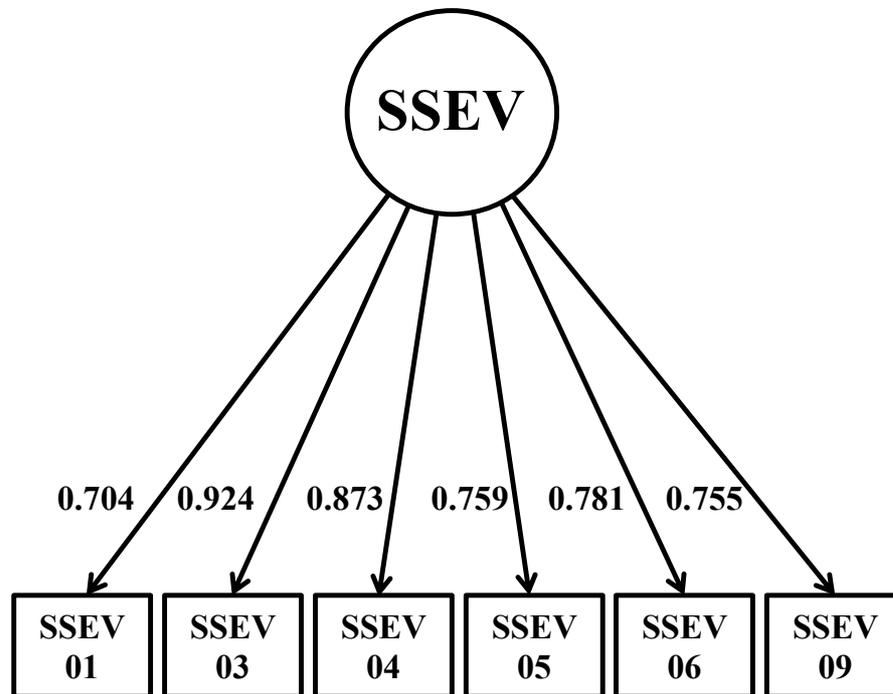


Abbildung 1: finales Messmodell der SSEV, bestehend aus sechs items.

Tabelle 1: Ergebnisse der Itemanalyse der SSEV ($N = 1099$).

Item	<i>M</i>	<i>SD</i>	Trennschärfe	Kurtosis	Schiefe	Faktorladung
Item 1	0.84	1.26	0.77	1.07	1.46	0.704
Item 2	0.49	1.00	0.86	5.14	2.33	0.924
Item 3	0.22	0.72	0.84	16.87	3.93	0.873
Item 4	0.16	0.59	0.77	24.11	4.58	0.759
Item 5	0.24	0.69	0.77	15.79	3.67	0.781
Item 6	0.18	0.68	0.75	23.42	4.59	0.755

Gütekriterien

Interne Konsistenz und Test-Retest Reliabilität

Die SSEV weist eine exzellente interne Konsistenz auf ($\alpha=0.92$). Es zeigte sich – bei einer Substichprobe von $n=135$ Ambulanzpatient:innen, die die SSEV zu Therapiebeginn und

erneut nach der vierten Therapiesitzung ausfüllten – zudem eine exzellente Test-Retest-Reliabilität, mit einem durchschnittlichen Maß für den Intraklassen-Korrelations-Koeffizient (ICC) von 0.826 (95%-CI: 0.755 – 0.876; $F(134, 134)=5.741, p<0.001$).

Konstruktvalidität

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

In den Daten der stationären Stichprobe ($n=163$) fanden sich enge Zusammenhänge zwischen der SSEV und der Beck-Suizidgedanken Skala (BSS; Kliem & Brähler, 2015): $r=0.705, p<0.001$. Zudem fand sich ein enger Zusammenhang beider Fragebögen in Bezug auf das jeweilige Item zur Erfassung lebenszeitlicher Suizidversuche (SSEV-Item 8 und BSS-Item 20): $r=0.711, p<0.001$. In Bezug auf die Risikofaktoren zeigten sich signifikante positive Zusammenhänge zwischen der SSEV und verschiedenen Kriteriumsmaßen (siehe Tabelle 2). Mit Blick auf potentielle Schutzfaktoren gegenüber suizidalem Erleben und Verhalten (soziale Unterstützung, positive mentale Gesundheit) fanden sich signifikant negative Korrelationen.

Tabelle 2: Spearman Korrelationskoeffizienten

	DASS-21-D	DASS-21-A	DASS-21-S	INQ-PB	INQ-TB	SDES	SCS	BHS	PMH	F-SozU
SSEV	0.587*** ($n=448$)	0.265*** ($n=449$)	0.396*** ($n=449$)	0.565*** ($n=278$)	0.447*** ($n=277$)	0.590*** ($n=301$)	0.667*** ($n=277$)	0.596** ($n=152$)	-0.540*** ($n=822$)	-0.444*** ($n=301$)

Anmerkung: ** = $p<0.01$; *** = $p<0.001$; nicht alle Fragebögen wurden bei allen Proband:innen genutzt; die jeweilige Stichprobengröße wird in Klammern angegeben (siehe Teismann et al., 2021); SSEV = Skala Suizidalen Erlebens und Verhaltens; DASS-21-D = Depressionssubskala der Kurzform der Depressions-Angst-Stress-Skalen; DASS-21-A = Angsts subskala der Kurzform der Depressions-Angst-Stress-Skalen; DASS-21-S = Stresssubskala der Kurzform der Depressions-Angst-Stress-Skalen; PMH = Positive Mental Health Scale; INQ-PB = Perceived Burdensomeness Subskala des Interpersonal Needs Questionnaire; INQ-TB = Thwarted Belongingness Subskala des Interpersonal Needs Questionnaire; SDES = Short Defeat and Entrapment Scale; F-SozU = Fragebogen zur sozialen Unterstützung; SCS = Suicide Cognitions Scale.

Es fanden sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern der Teilnehmenden hinsichtlich des mittleren Summenwertes der SSEV ($U(376, 616) \leq 112962.5$; n.s.), allerdings fand sich ein signifikanter – jedoch sehr geringer – Zusammenhang mit dem Alter (SSEV: $r = -0.105, p<0.001$).

Erwartungsgemäß gab es signifikante Unterschiede zwischen den drei untersuchten Stichproben (ambulant, stationär, online) im mittleren Rang der SSEV-Werte ($H(2) = 90.662, p<0.001$). Die post-hoc Analyse zeigte, dass die stationäre Stichprobe höhere Werte aufwies als die Onlinestichprobe ($U(301, 163) = 13437.5$; $p<0.001$) und die ambulante Stichprobe ($U(163, 635) = 35353.5$; $p<0.001$). Außerdem zeigte sich ein signifikant höherer mittlerer Rang für die ambulante Stichprobe im Vergleich zur Onlinestichprobe ($U(301, 635) = 77965.5$; $p<0.001$).

Anwendung

Testdurchführung

Die SSEV ist ein Selbstbeurteilungsinstrument, welches im Einzel- und Gruppensetting angewendet werden kann. Für die Testdurchführung sind etwa zwei bis vier Minuten zu veranschlagen. Die Bearbeitung des Fragebogens sollte möglichst störungsfrei verlaufen und nur bei Einschränkungen wie Lese- und Sehstörungen sollten die Items den Proband:innen vorgelesen werden. Besondere Maßnahmen zur Vorbereitung sind vor einer Testung nicht durchzuführen.

Testinstruktion

Bitte lesen Sie jede der folgenden Aussagen sorgfältig durch und kreuzen Sie die Antwort an, die ihr eigenes Erleben und Verhalten am besten beschreibt. Während der vergangenen 4 Wochen ...

Testauswertung

Die Auswertung erfolgt durch Bildung eines Summenscores der Items 1 bis 6; die Antworten zu aktuellen und lebenszeitlichen Suizidversuchen (Items 7, 8, 9) gehen in den Summenscore nicht mit ein. Entsprechend kann sich ein Summenscore von 0 bis 30 ergeben. Items 7, 8 und 9 werden nur deskriptiv betrachtet und sollten in der klinischen Praxis je nach Ausprägung in der Planung des weiteren diagnostischen und therapeutischen Vorgehens zusammen mit dem Summenscore berücksichtigt werden.

Testinterpretation

Höhere Werte im Summenscore verweisen auf vermehrtes suizidales Erleben. Es existieren keine Norm- und /oder Cut-off Werte. Grundsätzlich muss man sich darüber im Klaren sein, dass die Werte in Suizidfragebögen – genauso wie Risikoeinschätzungen durch Kliniker:innen – eine geringe prädiktive Bedeutung für zukünftige Suizidversuche und Suizide haben (Carter et al., 2017; Woodford et al., 2019). Das heißt, mit Hilfe eines Fragebogens lässt sich eine Einschätzung der Schwere des gegenwärtigen suizidalen Erlebens und Verhaltens vornehmen – diese ist aber nur mäßig assoziiert mit zukünftigen Suizidversuchen und Suiziden (siehe hierzu auch Teismann et al., 2019).

Im klinischen Kontext muss zudem darauf geachtet werden, dass die SSEV immer nur als Ergänzung zum therapeutischen Gespräch eingesetzt wird. Der Nutzen von Suizidalitätsfragebögen besteht v.a. darin, dass nicht wenige Patient:innen offenbar eher bereit sind, suizidales Erleben und Verhalten in einem Fragebogen offenzulegen, als dieses proaktiv im Gespräch zu tun (Vannoy & Robbins, 2011). Gleichzeitig steht zu befürchten, dass manche suizidale Erlebens- und Verhaltensweisen bei Betroffenen (genauso wie bei Therapeut:innen) nicht ausreichend klar repräsentiert sind (Cwik & Teismann, 2017), sodass ein gemeinsames Verständnis unter Umständen im Gespräch geklärt werden muss.

Literatur

- Batterham, P., Ftanou, M., Pirkis, J., Brewer, J., Mackinnon, A., Beautrais, A., et al. (2015). A systematic review and evaluation of measures for suicidal ideation and behaviors in population-based research. *Psychological Assessment*, 27, 501-512.
- Bernal, M., Haro, J.M., Bernert, S., Brugha, T., de Graaf, R., Bruffaerts, R., et al. (2007). Risk factors for suicidality in Europe: results from the ESEMED study. *Journal of Affective Disorders*, 101, 27-34.
- Carter, G., Milner, A., McGill, K., Pirkis, J., Kapur, N. & Spittal, M.J. (2017). Predicting suicidal behaviours using clinical instruments. *British Journal of Psychiatry*, 210, 387-395.
- Chu, C., Klein, K.M., Buchman-Schmitt, J.M., Hom, M.A., Hagan, C.R. & Joiner, T.E. (2015). Routinized assessment of suicide risk in clinical practice: an empirically informed update. *Journal of Clinical Psychology*, 71, 1186-1200.
- Cerny, C. A. & Kaiser, H. F. (1977). A study of a measure of sampling adequacy for factor-analytic correlation matrices. *Multivariate Behavioral Research*, 12(1), 43-47.
- Cwik, J.C. & Teismann, T. (2017). Misclassification of self-directed violence. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24, 677-686.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression (2015). S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression DOI: 10.6101/AZQ/000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de.
- Forkmann, T., Teismann, T. & Glaesmer, H. (2016). *Diagnostik von Suizidalität*. Göttingen: Hogrefe.
- Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Huang, X., et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. *Psychological Bulletin*, 143, 187-232.
- Glaesmer, H., Kapusta, N., Teismann, T., Wagner, B., Hallensleben, N., Spangenberg, L., & Forkmann, T. (2018). Psychometrische Eigenschaften der deutschen Version des Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R). *Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychologie*, 68, 346-353.
- Jobes, D. (2016). *Managing suicidal risk*. New York: Guilford Press.
- Jobes, D., Jacoby, A., Cimboic, P., & Husted, L. (1997). Assessment and treatment of suicidal clients in a university counseling center. *Journal of Counseling Psychology*, 44, 368–377.
- Joiner, T., Rudd, M.D. & Rajab, M.H. (1999). Agreement between self- and clinician-rated suicidal symptoms in a clinical sample of young adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 171-176.
- Kliem, S. & Brähler, E. (2015). *Beck-Suizidgedanken-Skala (BSS)*. Frankfurt: Pearson
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S. & Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods*, 4, 84-99.
- Millner, A.J., Lee, M.D. & Nock, M.K. (2017) Describing and measuring the pathway to suicide attempts: A preliminary study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 47, 353-369.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J. & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. In M. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 7-22). Oxford: Oxford University Press.

- Satorra, A. & Bentler, P. M. (2001). A scaled difference chi-square test statistic for moment structure analysis. *Psychometrika*, 66, 507-514.
- Teismann, T., Forkmann, T. & Glaesmer, H. (2019). Risikoabschätzung bei suizidalen Patienten: Geht das überhaupt? *Verhaltenstherapie*, 29, 80–84.
- Teismann, T., Forkmann, T., Glaesmer, H., Juckel, G. & Cwik, J.C. (2021). Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV): Faktorstruktur und psychometrische Eigenschaften. *Diagnostica*, DOI: 10.1026/0012-1924/a000269.
- Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suizidaler Patienten*. Göttingen: Hogrefe.
- Vannoy, S.D. & Robins, L.S. (2011). Suicide-related discussions with depressed primary care patients in the USA. *BMJ*, 1: e000198.
- Von Glischinski, M., Teismann, T., Prinz, S., Gebauer, J. & Hirschfeld, G. (2016). Depressive Symptom Inventory-Suicidality Subscale: Optimal cut points for clinical and non-clinical samples. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 23, 543-549
- Woodford, R., Spittal, M.J., Milner, A. McGill, K., Kapur, N., Pirkis, J., et al. (2019). Accuracy of clinician predictions of future self-harm: a systematic review and meta-analysis of predictive studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49, 23-40.