

Krisenintervention und Suizidalität

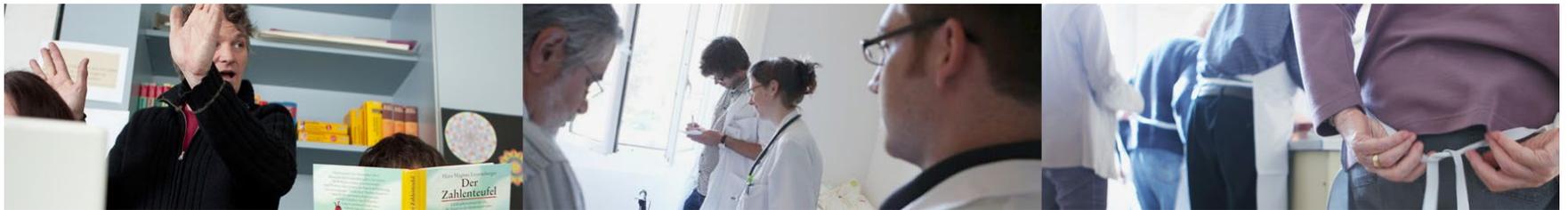
Umgang mit dem suizidalen Patienten

Das spezielle Behandlungsangebot der Kurztherapie ASSIP

Attempted Suicide Short Intervention Program

Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie, webseminar,
24 & 25.02.2023

Dr. phil. Anja Gysin-Maillart, Leiterin Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch ASSIP



Ablauf



b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Tag 1:

- Epidemiologie
- Modelle
- Krisenintervention: Drei Kompetenzen im Umgang mit suizidalen Patienten

Tag 2:

- Psychotherapeutische Angebote: Best Practice
- Kurztherapie ASSIP

Pausen: Webseminar



b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

15 Min. (Vor- und Nachmittag); 1h Mittag

Eure Erfahrungen? Öfter Pausen/Länger Pausen?

09:15-10:15 (15Min)

10:30-11:30 (15Min)

11:45-12:45 (1h)

13:45-14:45 (15Min)

15:00-16:00 (15Min)

16:15-17:15

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Was sind Ihre Erfahrungen mit suizidalen Krisen?

Der heutige Forschungsstand

Neuere Ansätze

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Suizidalität ist ein subjektives Phänomen, welches durch individuelle Ziele, Motive sowie durch aktuelle Lebensumstände und Themen einer Person mitbestimmt wird (u.a. Brüdern et al., 2015; Jobes & Mann, 1999).
- Das intrasubjektive Erleben einer suizidalen Person sollte bei der Einschätzung und der Vorhersage der Suizidalität berücksichtigt werden (Jobes et al., 2004).

Ziele des Aktionsplans Suizidprävention



4 /

Personen mit wichtiger Früherkennungs- und Frühinterventionsfunktion können **Suizidalität erkennen** und die **notwendige Hilfe einleiten**.

5 /

Suizidgefährdete Menschen und Menschen nach Suizidversuchen werden **bedarfsgerecht, zeitnah und spezifisch** betreut und behandelt.

Suizidprävention in der Schweiz

Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan



dialog ständige
nationale plattform
gesundheit von hand
politik und kantonen

Was berichten Patienten? Videobeispiel



Was gibt Ihnen die Berechtigung, Menschen vom Suizid abzuhalten?



- > 90% der Suizide haben eine psychiatrische Diagnose
- Die akute suizidale Krise ist ein Ausnahmezustand (psychologisch und neurobiologisch)
- Nach 10 Jahren sind rund 90% der Menschen nach einem Suizidversuch am Leben

Zahlen & Fakten Suizidgedanken

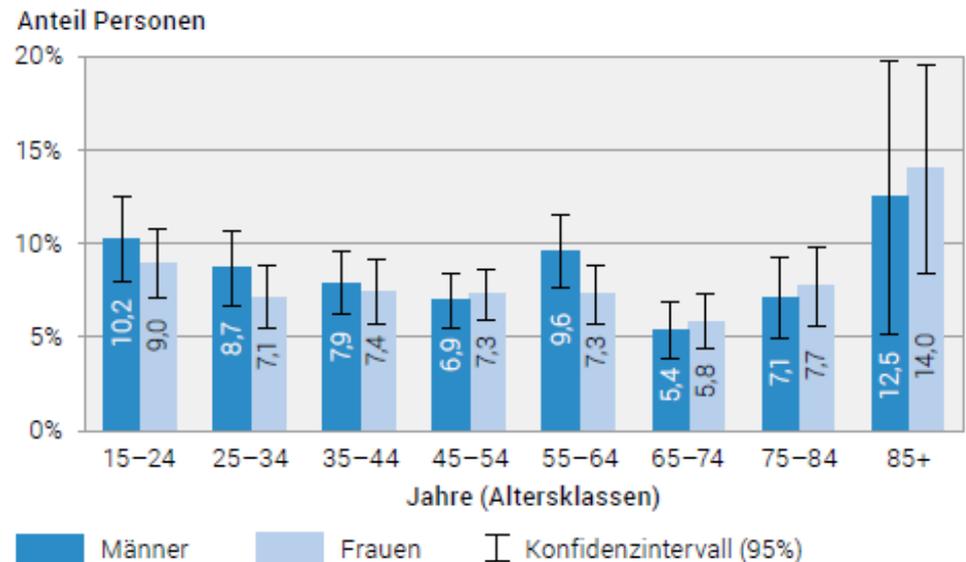


Suizidgedanken

- 7.8% der Schweizer Bevölkerung
- Rate: 7'796 Betroffene pro 100'000 Einwohner
- Zunahme in allen Altersklassen (im vgl. zu 2012)

Peter & Tuch (2019)

Suizidgedanken nach Alter und Geschlecht, 2017 G1



n=18 557

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

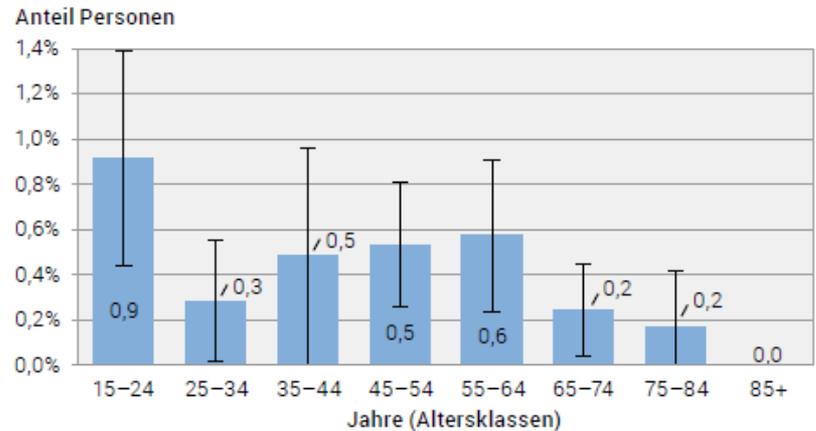
Zahlen & Fakten Suizidversuche



Suizidversuche:

- 0.5% der Schweizer Bevölkerung
- Rate: 467 Fälle pro 100'000 Einwohner
- > 200 000 mind. ein SV in ihrem Leben
- rund 33'000 Suizidversuche im letzten Jahr

Suizidversuche (Jahresprävalenz) nach Alter, 2017 G8



┆ Konfidenzintervall (95%)

n=18 724

Quelle: BFS – SGB 2017

© Obsan 2019

Peter & Tuch (2019)

Suizide in Zahlen, Schweiz

<https://www.obsan.admin.ch/de/indikatoren/suizid>

u^b

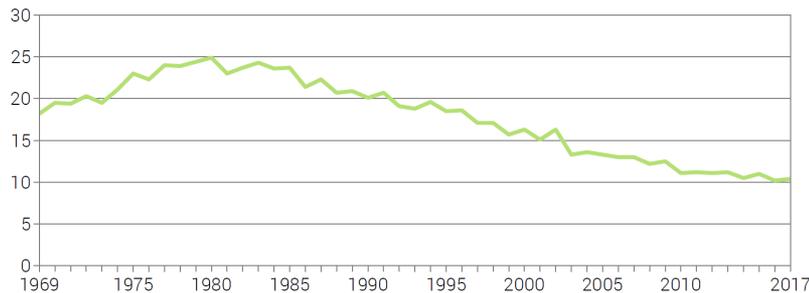
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Suizidrate

Todesfälle durch Suizid pro 100 000 Einwohner/innen

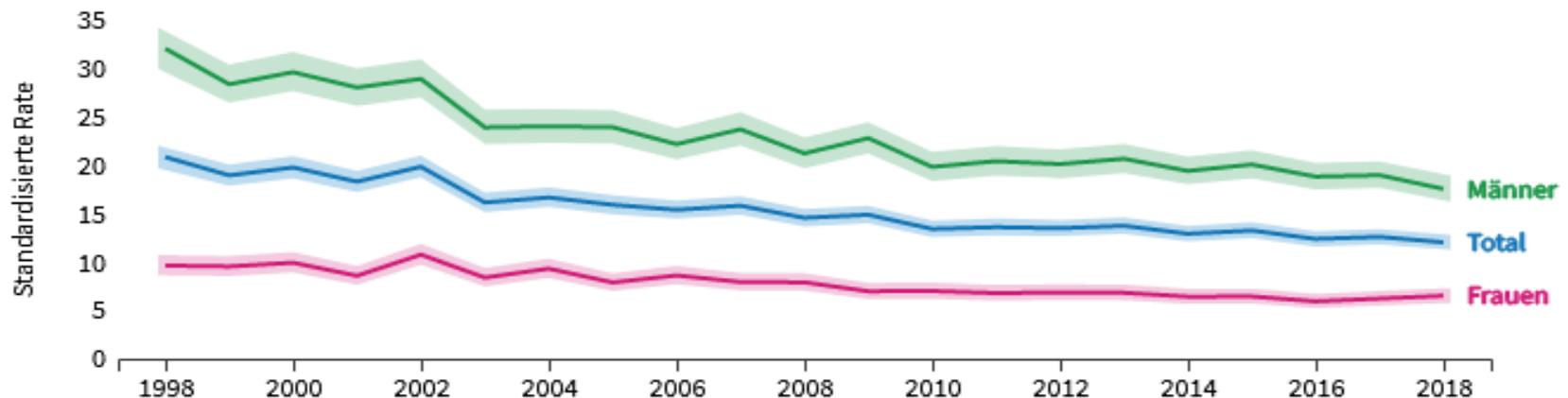


Ohne assistierten Suizid

Quelle: BFS – Statistik der Todesursachen (CoD)

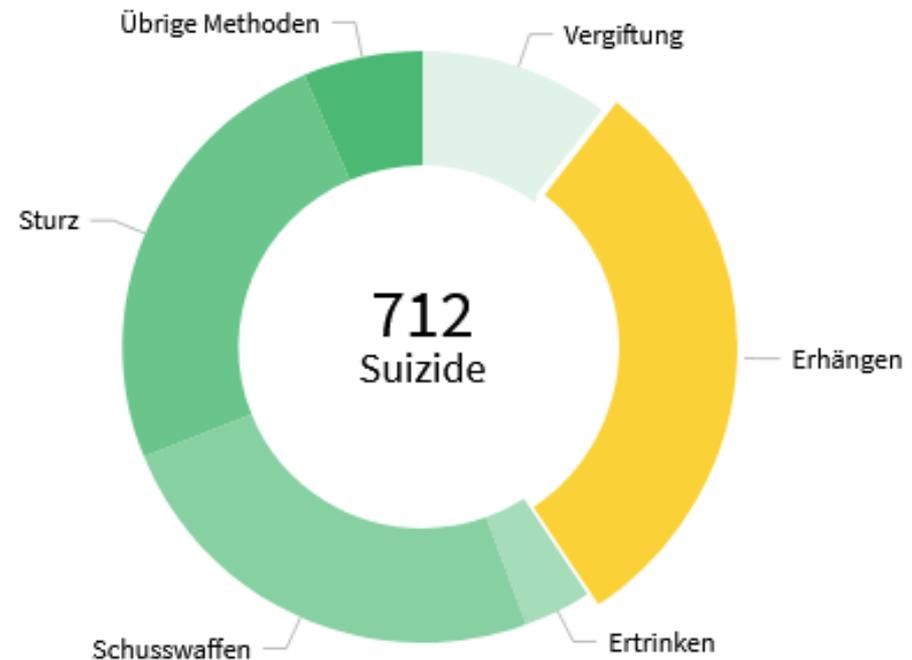
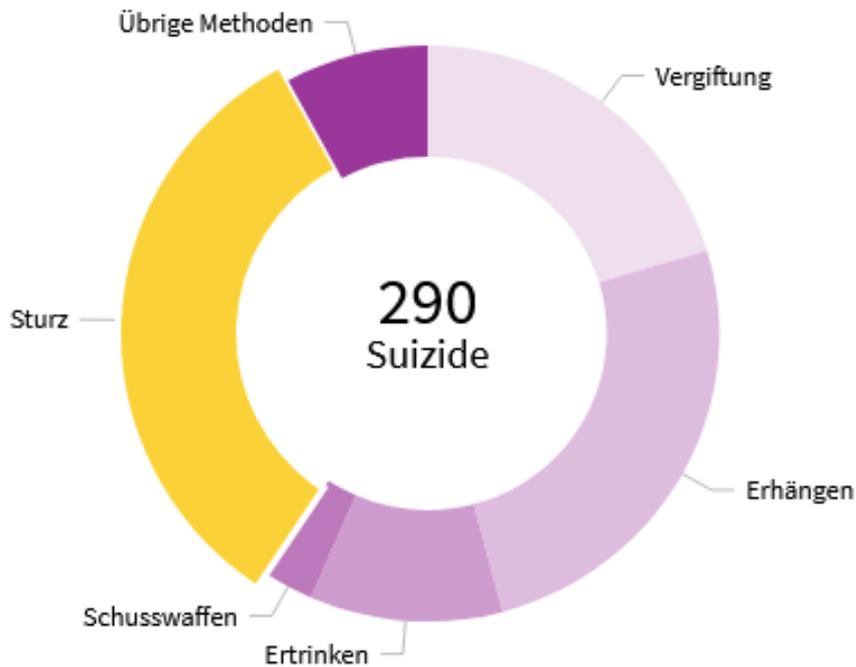
© BFS 2020

Bundesamt für Statistik, BFS (2022)
Bundesamt für Gesundheit, BAG (2022)
Schweizerisches Gesundheitsobservatorium,
OBSAN (2021)



Methodenwahl

- > Über Geschlechter hinweg: Erhängen, Sturz und Schusswaffen
- > Aber: Geschlechtsunterschiede!

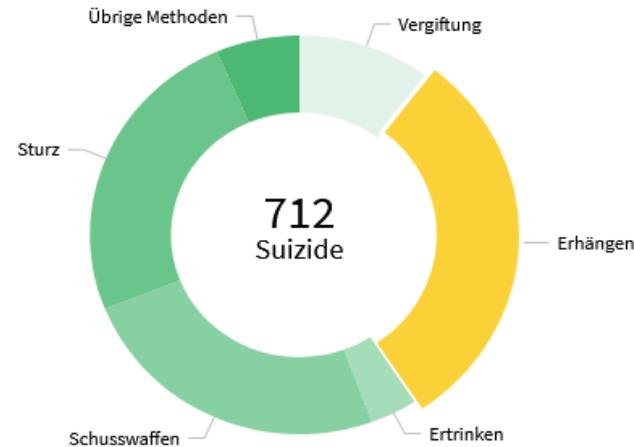
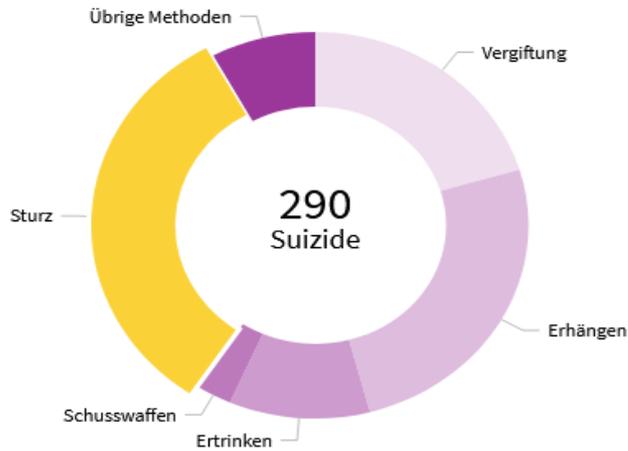


Methodenwahl (Suizid/Suizidversuche)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



- Häufigste Methoden bei **Suizidversuchen**:
 - Medikamentenintoxikation
 - Schnittverletzungen
- 40% bereits frühere SV
- Männer auch hier härtere Methoden: schneiden, hängen, Sprung aus der Höhe
- 1/4 aller Fälle, mehr als eine Suizidmethode

https://www.reden-kann- retten.ch/

The screenshot shows a web browser window with the URL www.reden-kann-retten.ch. The page features a navigation bar with a red background and white text. The main content area is divided into two columns. The left column has a large white silhouette of a person standing in a field, with a woman and two children standing next to it. The right column shows a family of four (a man, a woman, and two children) standing in a field. The page also includes a search bar, a language selector, and a contact information section.

SPRACHE ▼ + AAA

NOTFALL ERWACHSENE **143** > MEHR
JUGENDLICHE **147** > MEHR

Reden kann retten

Sprich über Suizidgedanken

ICH BIN IN DER KRISE

ICH BIN BESORGT UM JEMANDEN

Unterstützung für Jugendliche auf 147.ch

In der Krise
> DAS HILFT.

Besorgt um jemanden?
> SO KÖNNEN SIE HELFEN.

<https://www.reden-kann-retten.ch/ich-bin-in-der-krise/wie-kann-ich-mir-helfen>

1257-1400.pdf

Alle anzeigen

Zur Suche Text hier eingeben

08:20
14.03.2021

Modelle suizidalen Erlebens und Verhaltens



Störungstheorien und Modelle suizidalen Verhaltens

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Medizinisches Modell
- Genetische Faktoren
- Gestörte Neurotransmitter
- Psychologische Modelle:
 - Kognitives Modell suizidale Verhaltens
 - Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens
 - Integratives motivational-volitionales Modell
- Neurobiologisches Modell

Biologische Modelle

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

People with depression account for **most suicides**, but most people with depression never make a suicide attempt.

(Jollant et al., 2010)

- > **90% der vollendeten Suizide** wurden von Personen begangen die an psychischen Krankheiten litten aber die meisten Patienten mit einer psychischen Störung begehen keinen Suizid.

(Angst et al., 2005; Arsenault-Lapierre et al., 2004)

Medizinisches Modell

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- 93-95% haben eine psychiatrische Diagnose (Harris & Barraclough, 1997, Conwell et al., 1996, etc.)
- 50-70% Affektive Störung
- Post mortem: Kaum adäquate Dosierung (Isometsä et al., 1994)
- Gotland Studie (Rutz et al., 1989)
- Langfristige medizinische Behandlung verbunden mit geringerem Suizidrisiko (Angst et al, 2005)
- Lithium wirkt antisuizidal (Müller-Oerlinghausen et al. 1992; Baldessarini 2001)

Psychologische Modelle (1) u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Beck/Rudd, 1996, 2001: Lerntheoretisches Modell, KVT

Vulnerabilität (lebensgeschichtlich erworbene kognitive Schemata)

Auslöser -> automatische dysfunktionale Kognitionen -> suizidaler Modus

Suizidaler Modus: kognitiv-emotional-vegetativ-behaviorales Reaktionsmuster

Der suizidale Modus *on/off Phänomen*

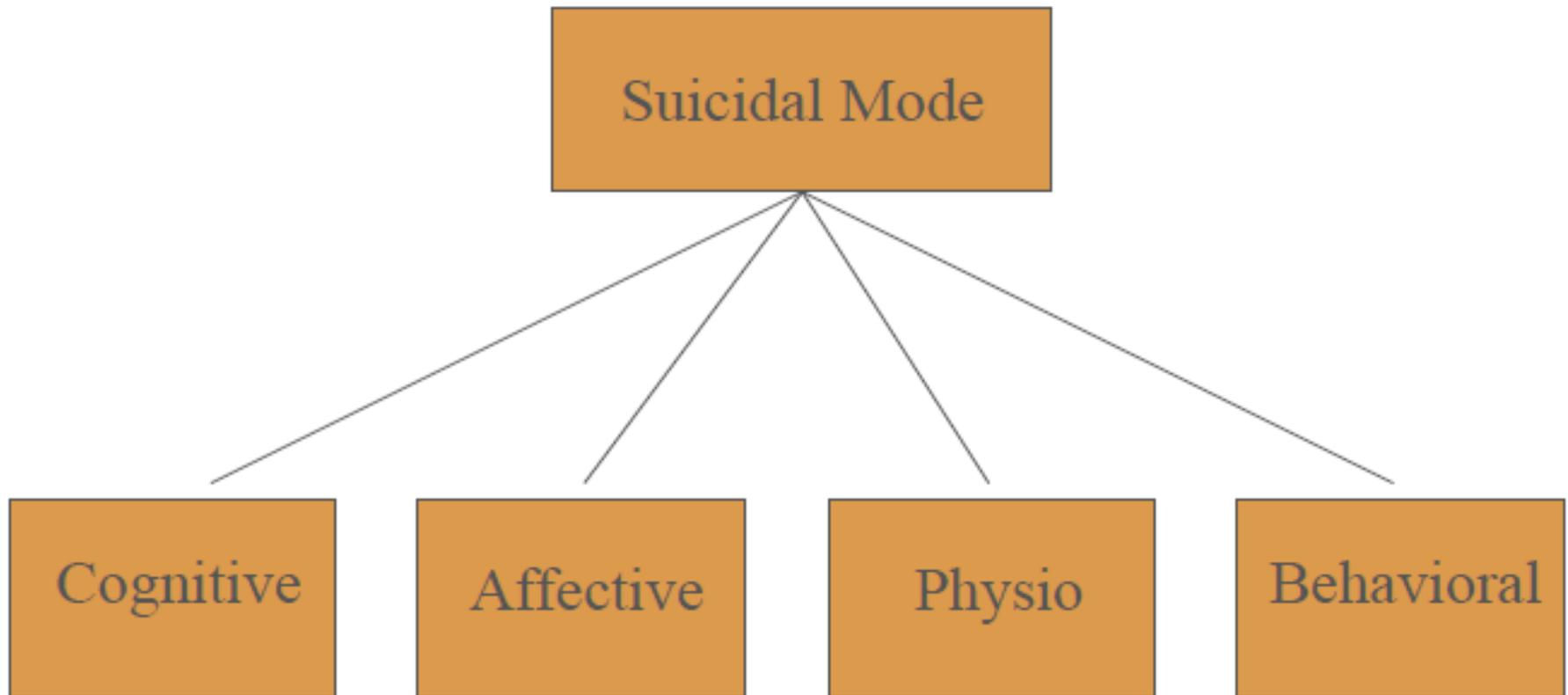
Beck, 1996; Rudd, 2001

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Kevin Hain

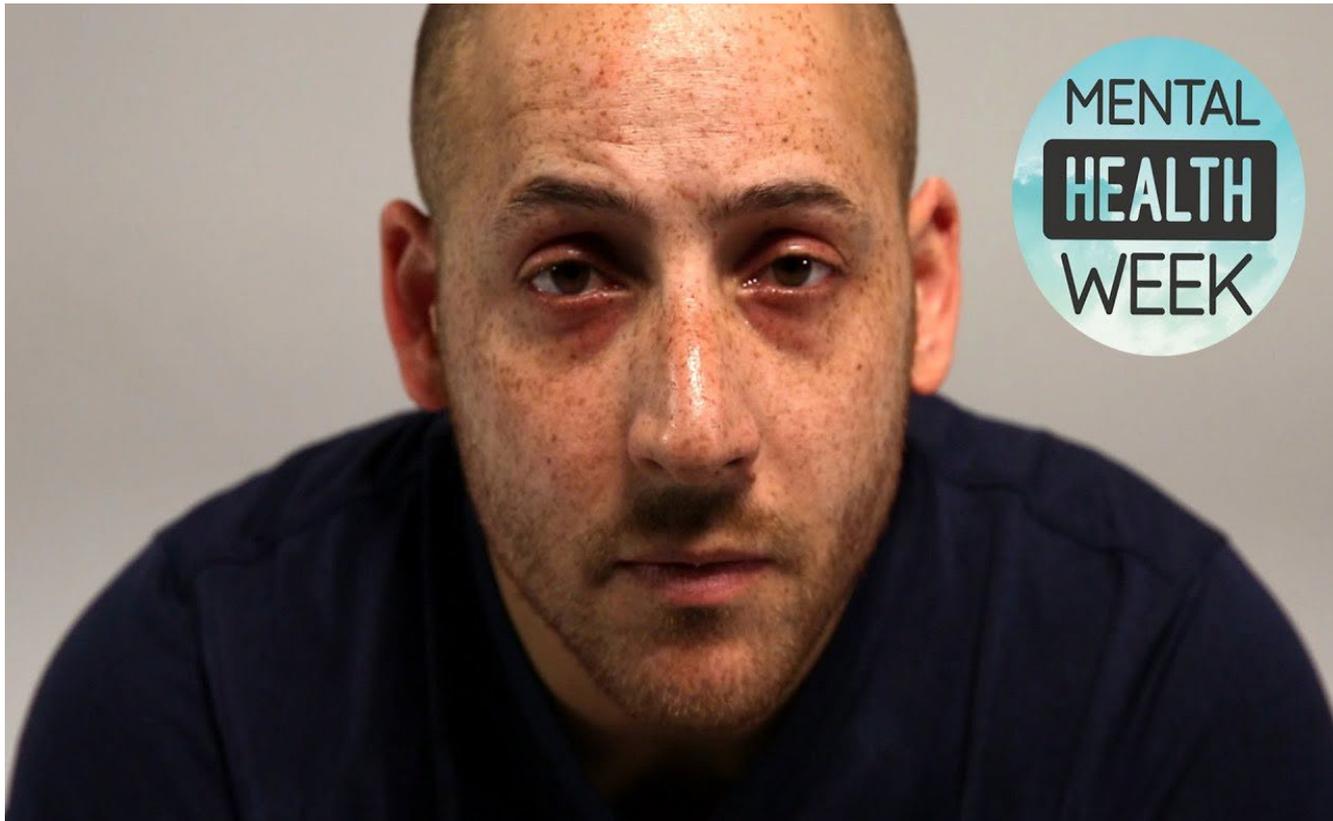
02:23

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Der Suizidale Modus

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Trigger: Psychosoziale
Belastungssituation



**Lebens-
geschichtliche
individuelle
Vulnerabilität**

Suicidal mental pain (Rudd, 2004)

- Akut und zeitlich begrenzt
- Physiologisches Arousal
- Gefühl der Unerträglichkeit

**Individuelle
Belastungsgrenze
überschritten** (Shneidman, 1993)

Dissoziative Symptome
(Orbach, 1994)

- Emotionale Überflutung, Freezing und Depersonalisation
- Kontrollverlust
- Analgesie
- Gefühl der Irreversibilität

**Suizidalität als
Problemlösungsverhalten**
(Matsumoko, 2004)

Psychischer Schmerz

Shneidman on Suicide (1993,2001)

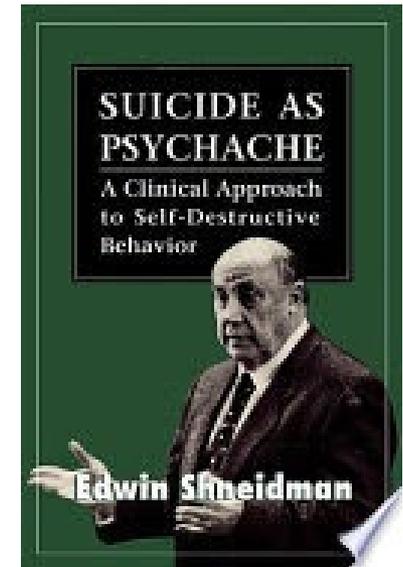
u^b

UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

*„Der Schmerz war unerträglich,
Ich hielt es nicht mehr länger aus“.*



...the suicidal drama is almost always driven by psychological pain... what I call PSYCHACHE. Psychache is at the dark heart of suicide: no psychache, no suicide.

Ein unerträglicher psychischer Zustand

Es ist als ob etwas in mir schreit "schaut mich an, schaut hin, seht meinen Schmerz". Ich schreibe Ihnen das, weil ich bei Ihnen das Gefühl habe, gesehen zu werden. Dieses Gefühl habe ich selten...

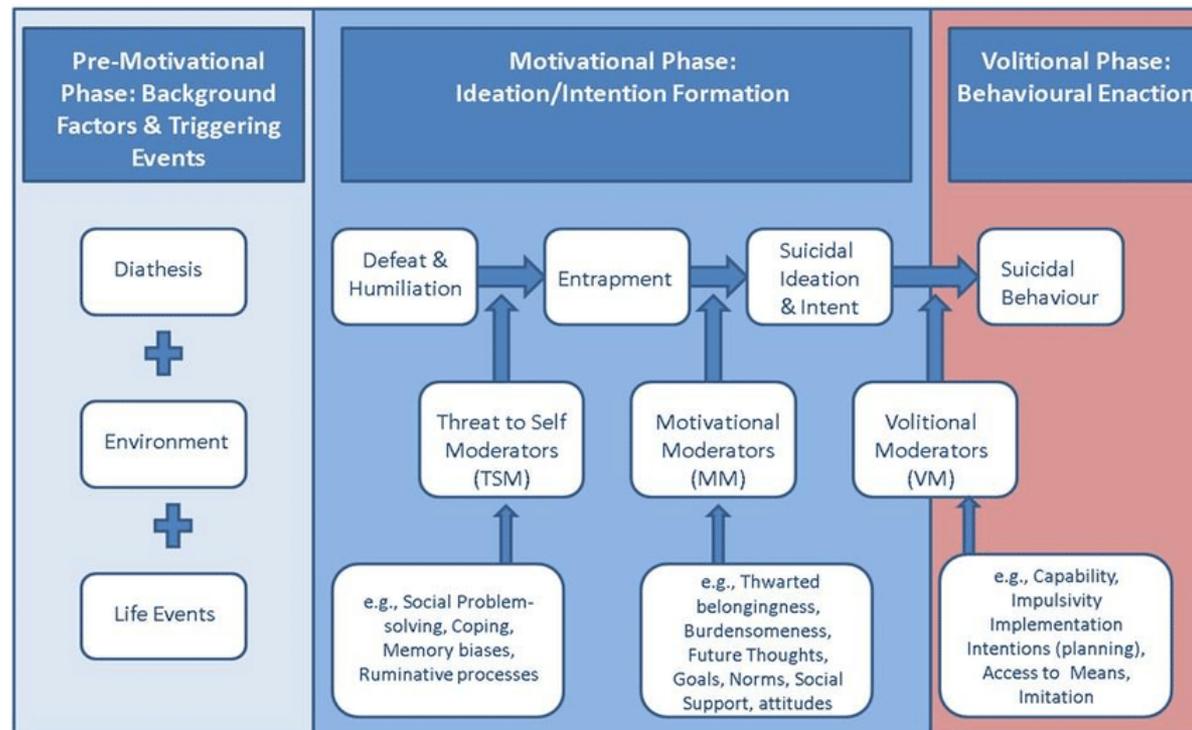
...Manchmal habe ich das Gefühl, dass dieser Sog in den Suizid teilweise auch damit zusammenhängt. Auf der einen Seite ist es ganz klar, die Not, die nicht mehr zu ertragen ist, aber auf der anderen Seite habe ich das Gefühl, es ist auch so, dass ich dann endlich gesehen werde.

Integrated Motivational-Volitional (IMV) Model of suicidal behavior

O'Connor, 2011, O'Connor & Kirtley, 2018
<http://www.suicideresearch.info/the-imv>

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Integrated Motivational-Volitional Model (IMV)

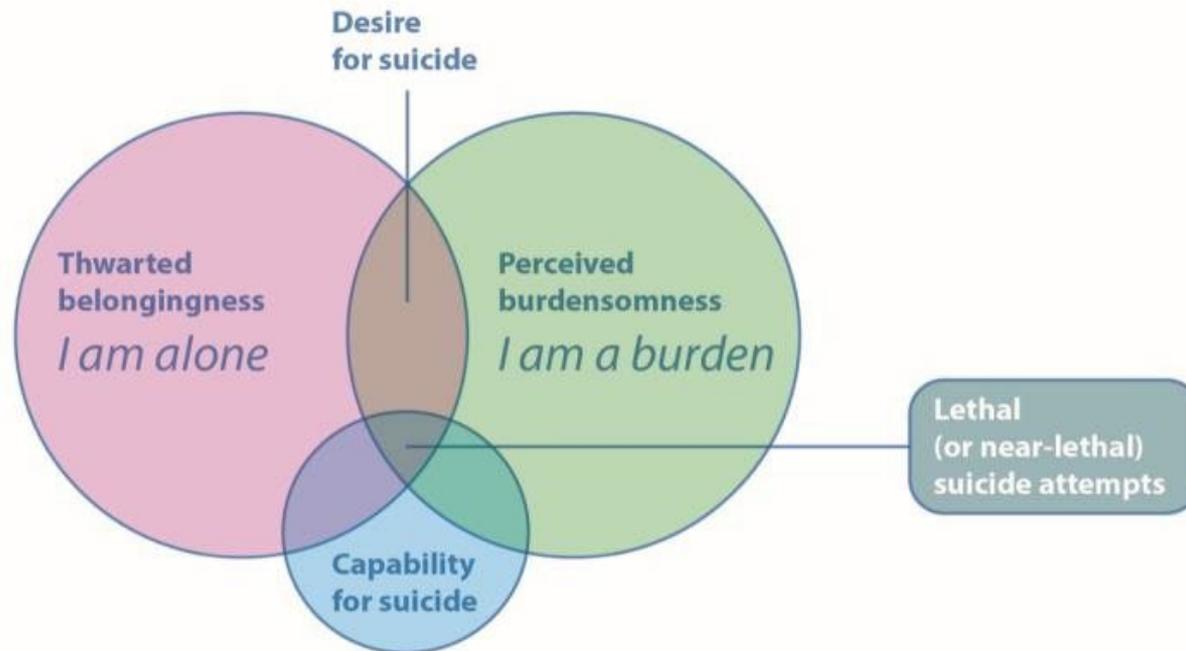
O'Connor (2011). In O'Connor, Platt & Gordon (Eds.). *International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy & Practice* Wiley-Blackwell

Interpersonal Theory of Suicide (Joiner et al., 2009)

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

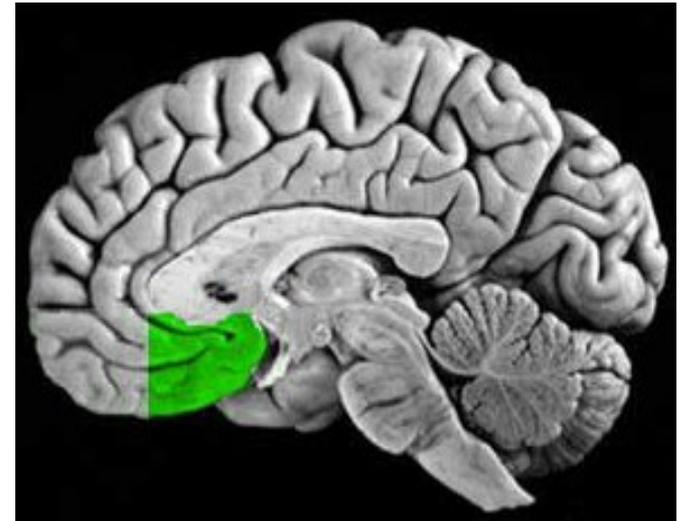


Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., & Rudd, M. D. (2009). *The interpersonal theory of suicide: Guidance for working with suicidal clients*. American Psychological Association.

Neurobiologie: Das Gehirn im „Normalzustand“

- „Autobiographisches Selbst“, langfristige Lebensziele
- Suchen von Lösungen aufgrund bisheriger Erfahrungen
- Planen, Handeln
- Regulierung der Emotionen

Frontalhirn aktiv



Neurobiologie: Das suizidale Gehirn im Stressmodus

u^b

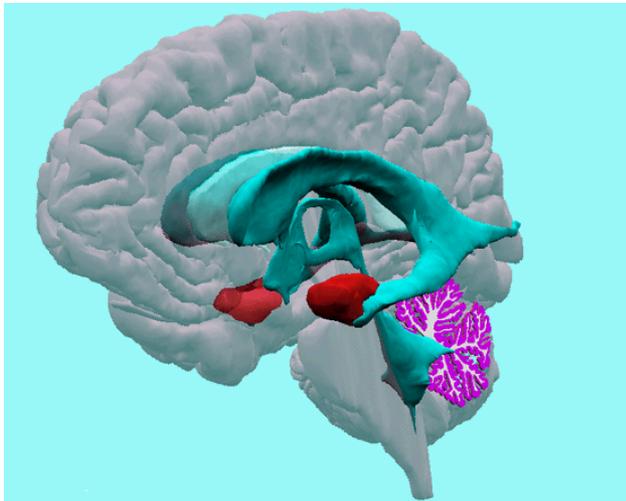
b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Amygdala aktiviert

Stresssymptome, wie in
Trance, nicht mehr sich
selber, kein Schmerz



Frontalhirn: Aktivität reduziert

langfristige Planung
unmöglich, Hilflosigkeit,
Hoffnungslosigkeit,
Ausweglosigkeit, Stress
nimmt zu

„Footsteps in the snow“

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



- Suizid wird als **Handlungsmuster** etabliert (Maris, 1981: suicidal career)
- Dissoziation -> **Entlastung, Erleichterung**
- Der „suicidal mode“ kann im neuronalen Netzwerk **nicht mehr gelöscht** werden

Fallbeispiel

u^b

b
**UNIVERSITÄT
BERN**



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Handlungstheorie

Suizid ist eine Handlung

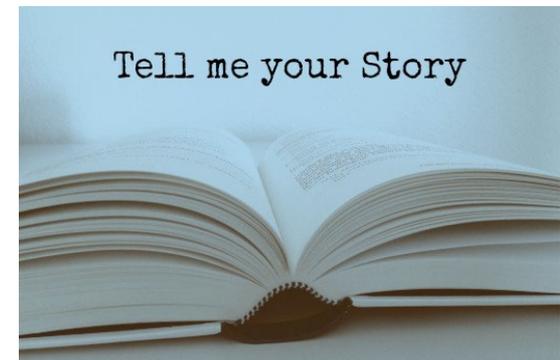
u^b

UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Wir erklären Handlungen in Form von Geschichten



Suizid ist keine Krankheit

„Suicide is an action, not an illness“ (Valach, 2006)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- **Handlungstheorie:** Suizid und Suizidversuche sind Handlungen, nicht Symptome einer psychiatrischen Erkrankung (Michel & Valach, 1997).
- **Suizid kann als Lösung** erscheinen, wenn wichtige Lebensziele oder Motive bedroht sind.
- Jede suizidale Krise hat eine ganz **persönliche Geschichte**.

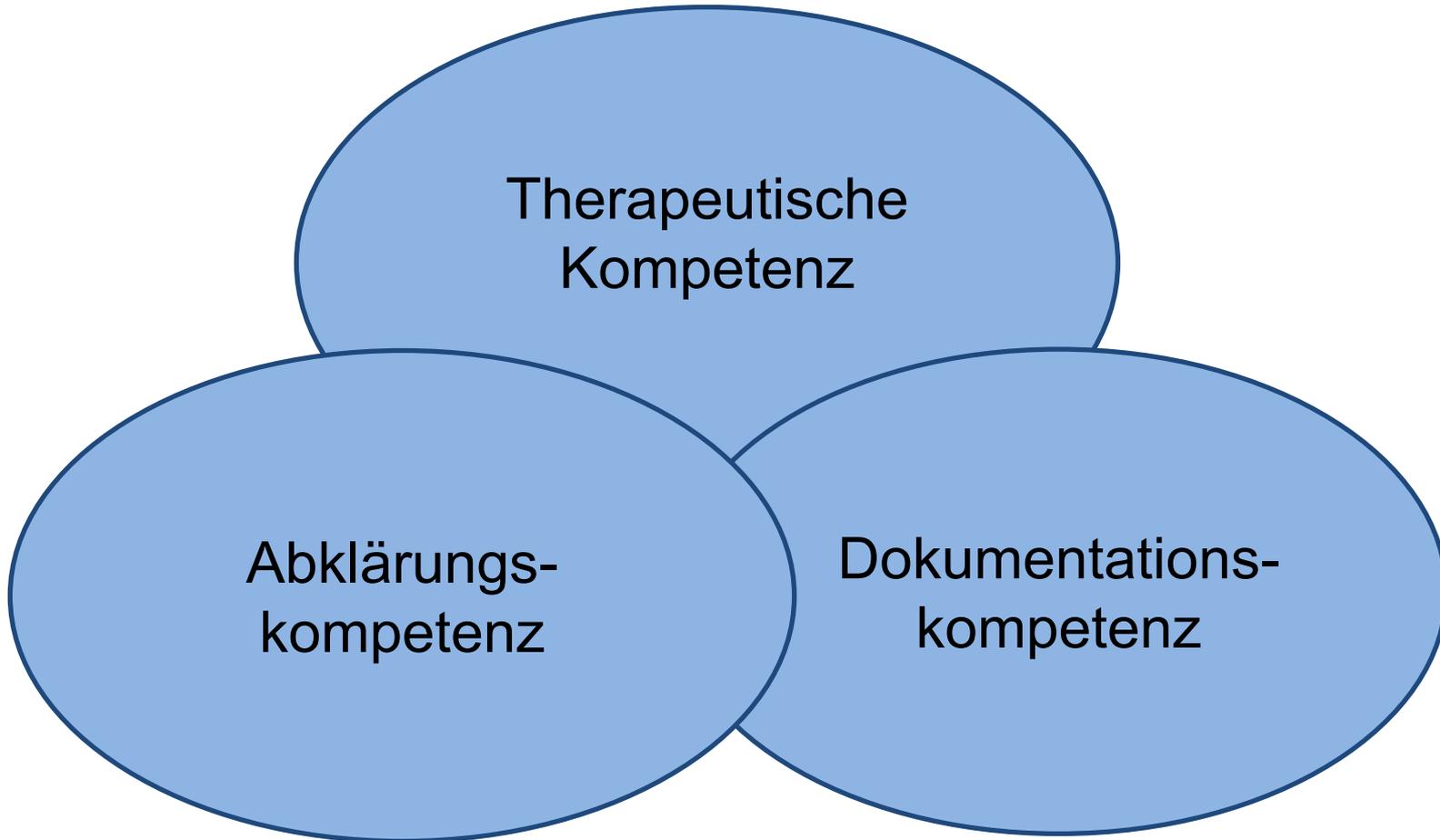
Kompetenzen im Umgang mit Suizidalität

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Therapeutische
Kompetenz

Abklärungs-
kompetenz

Dokumentations-
kompetenz

Jedoch...

u^b

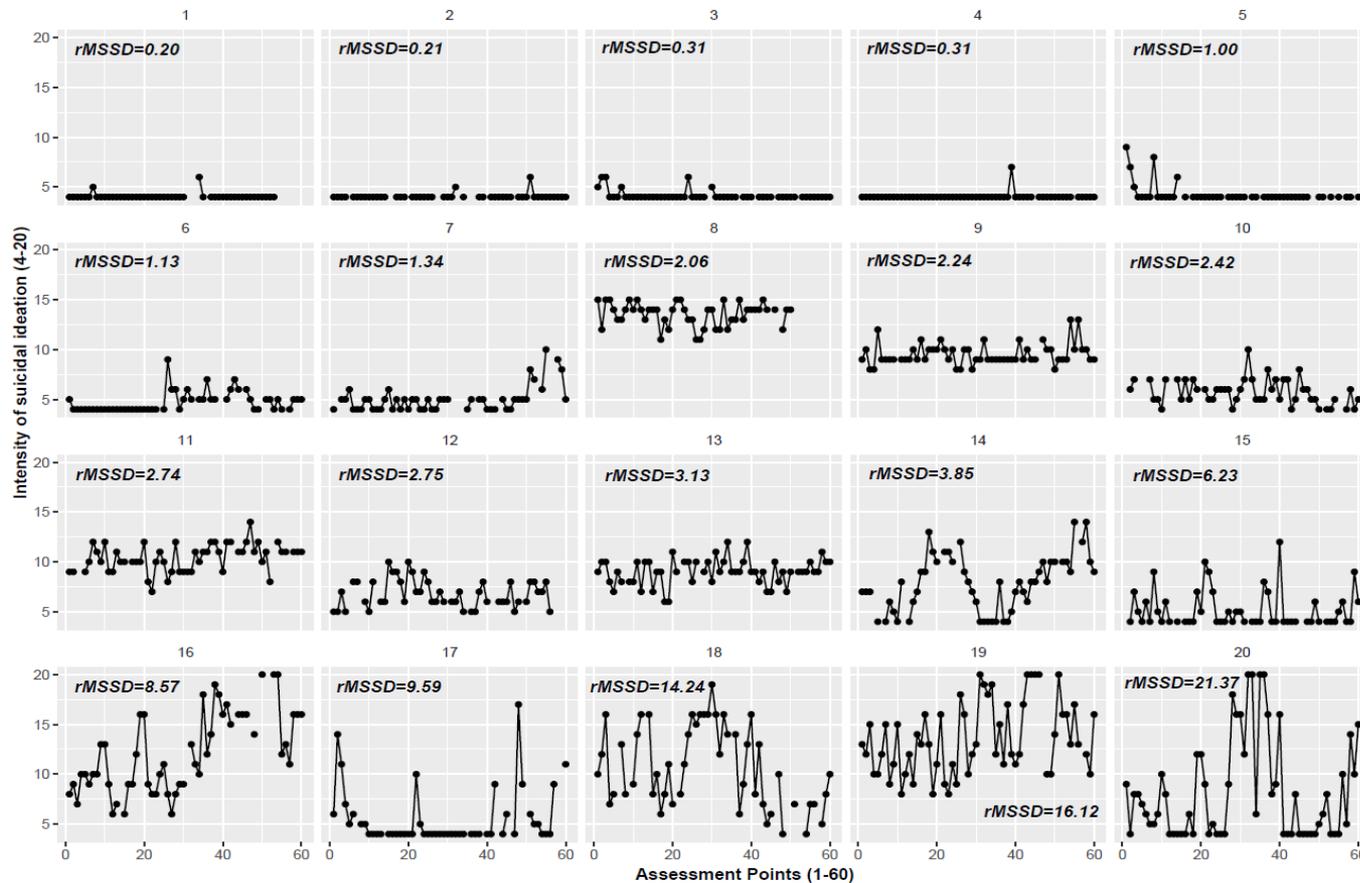
b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Trotz der Häufigkeit und der Ernsthaftigkeit von suizidalem Verhalten, ist es für Kliniker schwierig, die Suizidalität einer Person valide einzuschätzen und zukünftiges suizidales Verhalten vorherzusagen (Jobes, Rudd, Overholser, & Joiner, 2008).

Fluktuation von Suizidgedanken



Hallensleben N, Spangenberg L, Forkmann T, Rath D, Hegerl U, Kersting A, Kallert TW, Glaesmer H (2018). Investigating the dynamics of suicidal ideation: Preliminary findings from a study using ecological momentary assessments in psychiatric inpatients. *Crisis*, 39, 65-69.

Suizidprävention

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

„Eine absolut sichere Suizidprävention gibt es auch unter optimalen fürsorglichen und therapeutisch-pflegerischen Rahmenbedingungen nicht. **Suizidprävention kann immer nur ein Bemühen aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen sein und ist auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen**“.

Suizidprophylaxe 38 (2011) Heft 4, Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe DGS

Wann wird die Suizidalität eingeschätzt und dokumentiert?

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Die American Psychiatric Association (APA, 2003) empfiehlt die Abklärung Suizidalität bei:

1. **Erstkontakt:** ambulanten und stationären Institutionen
2. **Veränderungen** des Behandlungssettings und des Überwachungsstatus
3. **Abrupter Wechsel** des klinischen Erscheinungsbilds
4. Einer -trotz Behandlung - **ausbleibenden Zustandsverbesserung** oder **gradueller Zustandsverschlechterung**
5. Antizipation oder Eintreten eines bedeutsamen **interpersonellen Verlustes** bzw. **psychosozialen Belastungsfaktors**
6. Ausbruch einer **körperlichen Erkrankung**

Abklärungskompetenzen

Skalen zur Erfassung des

Suizidrisikos

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



- Scale for Suicide Ideation
- Beck Scale for Suicide Ideation
- Modified Scale for Suicide Ideation
- Self-Monitoring Suicide Ideation Scale
- Suicide Intent Scale
- Parasuicide History Inventory
- Suicide Behavior Questionnaire Suicide Behavior Questionnaire-Revised
- Suicide Behavior Interview
- Suicide Probability Scale
- Positive and Negative Suicide Ideation
- Adult Suicide Ideation Questionnaire
- Suicide Ideation Scale
- Suicide Status Form
- Firestone Assessment of Self-Destructive Thoughts
- Risk-Rescue
- Self-Inflicted Injury Severity Form
- Lethality Scales
- Paykel Suicide Items
- Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (Suicide Items)

Abklärungskompetenzen

Skalen zur Erfassung des Suizidrisikos

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



- Scale for Suicide Ideation

- Beck Depression Inventory

- Mo

- Se

- Su

- Pa

- Su

- Re

- Su

- Su

- Po

- Ad

- Su

- Su

- Fir

- Ris

- Se

- Let

- Paykel Suicide Items

- Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (Suicide Items)

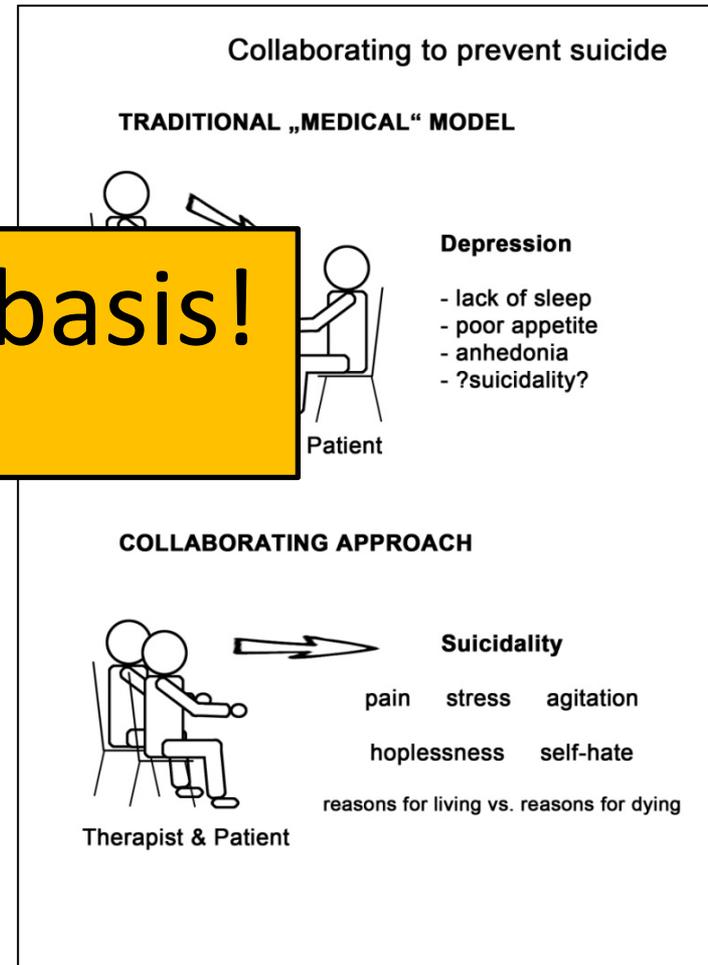
Achtung: Ein prädiktiver Wert von Risiko-Suizidskalen konnte bisher nicht nachgewiesen und wurde sogar widerlegt.

Ziel: Verbesserung der Abklärung & der Kommunikation (z.B. Bolton, 2012; Mulder et al, 2016; Chan et al., 2016, Large et al., 2016)

Umgang mit suizidalen Patienten

Clinician's primary goal should be to establish a working relationship that allows the patient to share their inner world of extreme pain and suffering (Jobes, 2000; Leenaars, 1994; Orbach, 2001).

Vertrauensbasis!
(Ganzini, 2013)



Auch ein erstes Gespräch (oder Notfallgespräch) sollte darauf ausgerichtet sein, eine therapeutische Beziehung herzustellen.

Was ist wichtig in der Behandlung und im Umgang mit suizidalen Patienten?

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

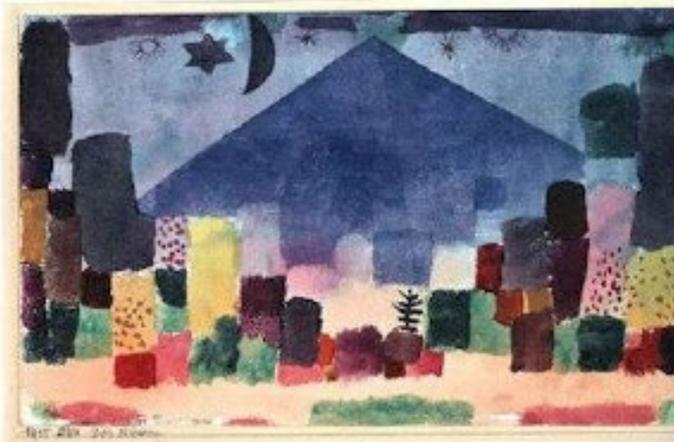

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

MEETING THE SUICIDAL PERSON



New perspectives for the clinician

A movement for improving the therapeutic approach to the suicidal person



PAUL KLEE: Der Niesen

Copyright ProLitteris, 2001, 8033 Zürich

The Aeschi Working Group

Konrad Michel, M.D.
David A. Jobes, Ph.D.
Michael Bostwick, M.D.
Mark J. Goldblatt, M.D.
Ladislav Valach, Ph.D.
Richard A. Young, Ph.D.

Aeschi Philosophy

Guidelines for clinicians (2002)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Finde ein **gemeinsames Verständnis** der Suizidalität.
- Die aktive Exploration kommt **zeitlich nach** dem narrativen Interview.
- Achtung: Der suizidale Patient hat die Tendenz sich **zurückzuziehen**.
- Haltung: **empathisch** und **wertfrei**
- Eine suizidale Krise hat immer eine **Vorgeschichte** und einen **biographischen Bezug**.

Michel et al. (2002). Discovering the Truth in Attempted Suicide. *American Journal of Psychotherapy*,

56(3): 424-437.

Klaus Grawe-Institut, Gysin-Maillart

Was berichten Patienten? Videobeispiel



Was berichtet der suizidale Patient?

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Unerträglicher psychischer Schmerz, unerträgliche Gedanken
- Ablehnung des Selbst, Selbsthass, Scham
- Akute Angst/Stresszustand
- Dissoziativer Zustand (Ausnahmezustand)

- Suizidversuch = Risikofaktor Nr.1 für späteren Suizid
(Bille-Brahe et al., 1997; Runeson, 2002)
- Nach einem Suizidversuch:
 - ist das Risiko für einen späteren Suizid 40 bis 60 mal erhöht (Hawton et al., 2003; Runeson, 2002)
 - bleibt das Risiko über Jahre hinweg hoch (Goldstein et al., 1991; Jenkins et al., 2002)

**Durch den Eintritt ins Gesundheitssystem sind diese Patienten für präventive Interventionen erreichbar.
Diese Chance muss genutzt werden!**

Abklärungskompetenzen

Einschätzung des Suizidrisikos

RISIKOFAKTOREN

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Emotionaler Rapport

Beziehung zum Patienten herstellbar?

Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung ist nicht möglich = gefährlich!

Auslösende Lebensereignisse / Krisensituation:

- Trennung, Kündigung, andere Verlusts- oder Kränkungs-erlebnisse
- Familiäre/partnerschaftliche Konflikte
- Traumatische, existentielle, finanzielle, identitäts-bezogene Krisen
- Potenziell riskante Jahrestage

Abklärungskompetenzen

Einschätzung des Suizidrisikos

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Psychopathologischer Befund

- Hoffnungslosigkeit
- Psychotisches Erleben (Wahn, Stimmen hören, formalgedankliche Auffälligkeiten)
- Agitation/Impulsivität, Selbstkontrolle
- Furchtlosigkeit vor Schmerz, Sterben, Tod
- Sozialer Rückzug, Isolation/Einsamkeit
- Freudlosigkeit
- Familiäre Belastung durch Suizid bzw. Suizid als Modell im Umfeld
- Psychischer Schmerz (Mental Pain): unerträglicher Zustand
- Spannung und Erregung, Unruhe
- Dissoziation
- Selbsthass /Selbstentwertung
- Alkohol und Drogen (Impulskontrolle)
- Schlafstörungen (als quälend & andauernd erlebt)
- Schuldgefühle & Versagensängste, -gefühl
- Eindruck eine Last für andere zu sein

Abklärungskompetenzen

Einschätzung des Suizidrisikos

Somatische Probleme?

- Ausbruch lebensbedrohlicher Krankheit und/oder körperliche Entstellung, Verlust mentaler Funktionen, massive Schmerzen.
- Nicht ausreichend behandelte, unkontrollierbare Schmerzen.

Diagnostisch (psychiatrische Diagnose):

- Affektive Störung
- aktuelle depressive Symptomatik
- Suchterkrankung
- Schizophrenie
- Persönlichkeitsstörung

Abklärungskompetenzen

Einschätzung des Suizidrisikos

(In) Kongruenz in der Erzählung

Anamnestisch

- Geschichte früherer Suizidversuche
- Suizid im Umfeld: Freunde/Familie (Familiäre Belastung/Werthereffekt: Suizidmodel)
- Missbraucherfahrung

Therapiemotivation?

Informationen von Drittpersonen

Abklärungskompetenzen

Einschätzung des Suizidrisikos

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Todeswunsch?

Passiv oder aktiv (je konkreter desto gefährlicher)

Suizidgedanken?

Häufigkeit, Dauer, Intensität und Auslöser, Art (intrusiv, einschliessend)? Je eingengter, desto gefährlicher. Auf psychotisches Erleben achten!

Suizidpläne?

Konkrete Planung

Methode?

Welche Methode, Verfügbarkeit, Letalität

Abklärungskompetenzen Einschätzung des Suizidrisikos

Vorbereitungshandlungen?

Entschlossenheit/Distanz zu suizidalen Impulsen?

Suizidmotiv?

Welche Gründe/Motive sprechen für den Tod?

Frühere suizidale Krisen?

Suizidversuch: Umstände, Vorbereitungshandlungen,
Dauer der Suizidabsichten, örtliche Umstände, Methode?

Abklärungskompetenzen Gründe/Motive für das Leben, den Tod

Gibt es Gründe, um am Leben zu bleiben: Familie, Tiere
(Marsha Linehan's reasons to live reasons to die, 1997).

Der Mensch braucht Ziele:

Suizid wird zum möglichen Ziel, wenn wichtige Lebensziele bedroht sind.

„Ich will morgen wieder zur Schule, wir haben eine Probe...“

Abklärungskompetenzen

Protektive Faktoren

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



- Soziale Eingebundenheit /Unterstützung
- Lebenszufriedenheit
- Vorhandensein von Gründen zu leben
- Hoffnung
- Aktive Therapiebeteiligung
- Problemlösekompetenzen
- Partnerschaft/Ehe
- (Junge) zu versorgende Kinder
- Schwangerschaft
- Aktive Zugehörigkeit in einer religiösen Gemeinschaft

Abklärungskompetenzen

Einschätzung der Gefährdung



Extrem hoch

- Regelmäßige, intensive und andauernde Suizidgedanken, spezifische Planung, subjektiv und objektivierbare Absichten, eingeschränkte Selbstkontrolle, bedeutsame Symptombelastung, viele Risikofaktoren und wenig protektive Faktoren vorhanden.
- Hinweise auf psychotisches Erleben (Wahn, Stimmenhören, formalgedankliche Auffälligkeiten), Agitation, Fluchtgefahr (auf Station oder im Notfalsetting: zeigt verbal oder nonverbal Absicht zu gehen).

Besondere Gruppen



b
UNIVERSITÄT
BERN



Akute Belastungsreaktion (Krise)

- Neu auftretende Suizidalität, keine Vorerkrankung
- Probleme lösen sich rasch auf

Emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)

- Rasche Stimmungswechsel, Anspannung, Suizidalität und Selbstverletzungen, Risikoverhalten, schwierige Interaktion
- Symptome klingen ab 30. Lebensjahr ab

Wiederkehrende Depressionen

- Dauerhafte, oft wochenlange Suizidabsichten
- Können in der Regel gut behandelt werden

Schizophrenie

- Einschliessende Suizidpläne bei akuter Angst/Bedrohung
- Ausnahmezustände, können behandelt werden

Sucht

- Suizidalität während Substanzkonsum

Gruppenübung

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Stellen Sie sich einen Ihrer Patienten vor (5Min.): Suizidal (akut oder chronisch)

- 2-er Gruppen: Patient – Therapeut
- 10 Min.: Einschätzung der Suizidalität

Zeigen Sie ein klares Bild, seien Sie aber keine „gemeiner Patient“.

Plenum: Was war einfach? Was war schwierig Welche Fragen sind entstanden?

3 Kompetenzen im Umgang mit suizidalen Patienten

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Therapeutische
Kompetenz

Abklärungs-
kompetenz

Dokumentations-
kompetenz

Dokumentationskompetenzen

Juristische Grundlagen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Es ist Aufgabe des Behandlers, "*das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern*".

Juristisch gilt: „Was nicht geschrieben steht, ist nicht geschehen“.

Dokumentationskompetenzen

Grundlagen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Zu dokumentieren sind:

Sämtliche erhobenen Befunde – auch im Kontext wichtige Normalbefunde:

„Der Patient verneint frühere Suizidversuche“ oder
„keine Hinweise für Wahnerleben“.

Für die Beurteilung relevante klinische **Risikofaktoren** und **protektiven Faktoren** (lebensorientierte Ziele):

„Frau X. beschreibt passive Suizidgedanken -
Ruhewunsch-, gab jedoch an, sich wegen ihrer Kinder nie
etwas anzutun. Im stationären Setting fühle sie sich
geschützt“.

Zu dokumentieren sind:

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- **Überlegungen, die zur Entscheidung geführt haben,** sollten hervorgehen (Transparenz über die Hintergründe zur Beurteilung und Entscheidung)

„Die ärztlich/psychologische Hospitalisation lehnte der Patient ab mit der Begründung, er sei froh am Leben zu sein und wolle am nächsten Tag unbedingt zur Arbeit. Im Weiteren habe er einen Termin mit seinem Therapeuten für den Folgetag geplant“.
- **Fremd-/Aktenanamnestische** Angaben
- **Rücksprachen** mit OA/LA/Leit. PSY

Zu dokumentieren sind:

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Achtung:

Bei einer plausiblen Entscheidung des Patienten gegen die ärztliche/psychologische Empfehlung muss die **Urteilsfähigkeit** des Patienten für diese Entscheidung dokumentiert sein.

„Von einer Einweisung, bei bestehender Indikation für eine stationäre Therapie, wurde abgesehen, da keine Hinweise auf eine unmittelbare Selbstgefährdung vorlagen“. Es bestanden keine Hinweise für eine eingeschränkte Urteilsfähigkeit des Patienten hinsichtlich dieser Entscheidung“.

Zu dokumentieren sind:

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Sicherheitsmassnahmen: **Getroffene Massnahmen** (im Falle einer Nichteinweisung)

„Nach telefonischer Rücksprache mit dem Vater der Patientin wurde sie in die Obhut ihrer Angehörigen entlassen. Die Patientin wurde von ihrem Vater abgeholt. Es wurde vereinbart, dass sie sich im Falle einer Zustandsverschlechterung erneut auf dem Inselnotfall begibt“.

Dokumentationskompetenzen

Formulierungen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- „Latent suizidal“: Der Patient berichtet von **unspezifischen Suizidgedanken**, vor allem nach frühmorgendlichem Erwachen. Keine konkrete Vorstellung zur Suizidmethode.
- „Glaubhaft von Suizidalität distanziert“:
Todeswünsche/Suizidgedanken wurden **klar und eindeutig** verneint.
- „Absprachefähig“: Die Patientin sagt zu, sich im Falle einer **Zustandsverschlechterung erneut** auf dem Inselnotfall **vorzustellen**.

Nicht:

- „Appellativer“ oder „manipulativer“ Suizidversuch
- **Non-Suizid-Versprechen**

Dokumentationskompetenzen

Zusammenfassung

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- 1) **Einschätzung**: Was hat der Patient gesagt (**Narrativ**)?
Aktive Exploration: Zusammenfassung der klinischen Befundes.
- 2) Beschreibende **Beurteilung** (aktuelles versus langfristiges Suizidrisiko)

Daraus folgernd: Festlegen einer Risikoeinschätzung
- 3) Aus der Dokumentation sollte die **Handlungskonsequenz** ableitbar sein

Gruppenübung

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Stellen Sie sich noch einmal Ihrer Patienten vor (5Min.):
Suizidal (akut oder chronisch)

- 2-er Gruppen: Patient – Therapeut
- 10 Min.: Klären Sie letzte Fragen
- Dokumentieren Sie Ihre Einschätzung, die Beurteilung und die Handlungskonsequenz.

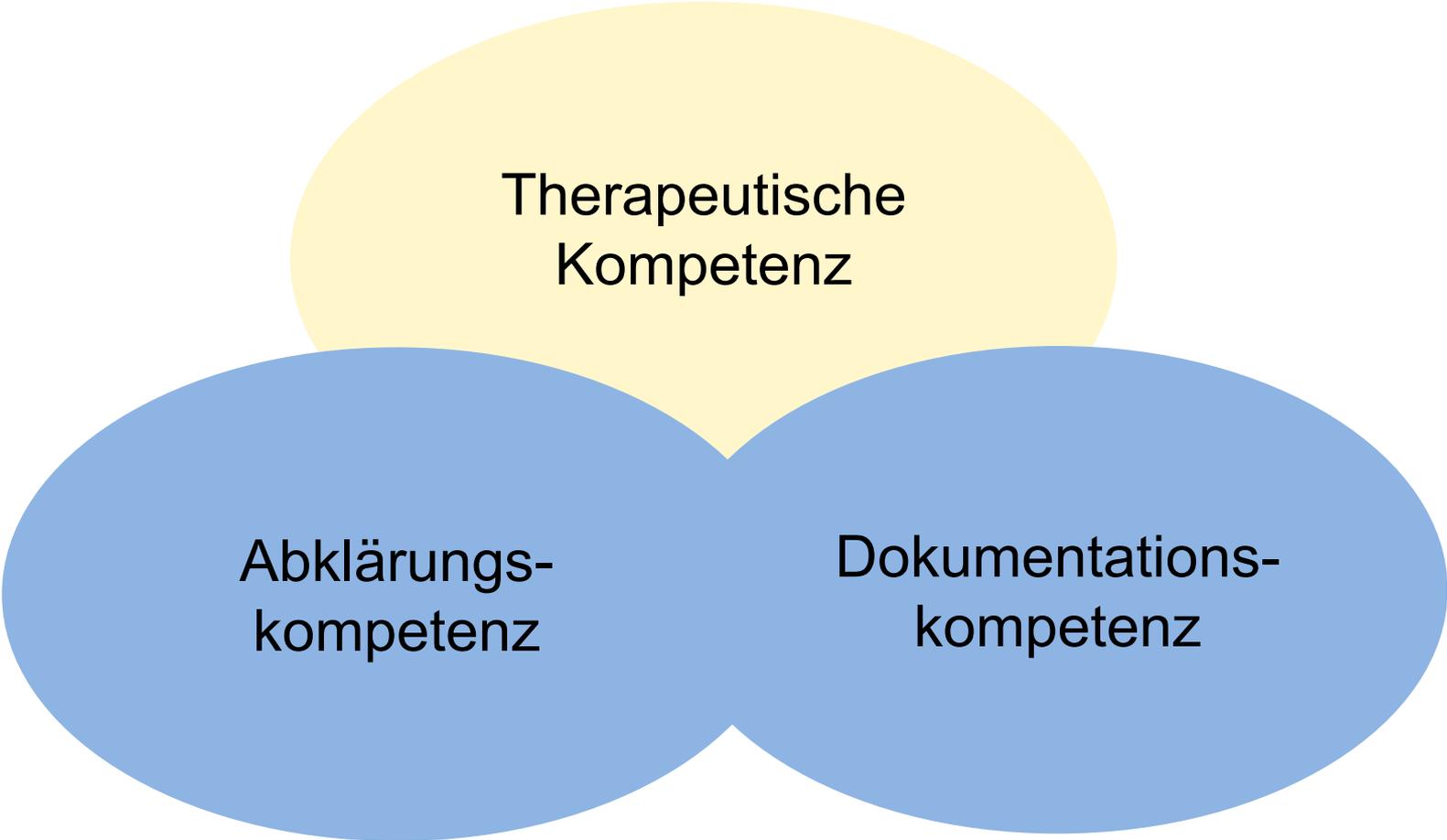
Zeigen Sie ein klares Bild, seien Sie aber keine „gemeiner Patient“.

Plenum: Was war einfach? Was war schwierig Welche Fragen sind entstanden?

Drei Kompetenzen im Umgang mit suizidalen Patienten

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Therapeutische
Kompetenz

Abklärungs-
kompetenz

Dokumentations-
kompetenz

Die Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch ist schwierig!

- 1) Unzureichende Implementierung spezifischer Angebote
- 2) Die Patienten in die Behandlung zu bringen und zu halten

Nach SV: nur 49-55% professionelle med.-psych. Hilfe

- Wunsch das Problem selber zu lösen
- Befürchtete Stigmatisierung
- Keine Notwendigkeit der Behandlung
- Behandlung ist nicht effektiv
- Angst vor (unfreiwilliger) Hospitalisation

(BAG, 2016; Bruffaerts et al., 2011; Hom et al., 2015; Lizardi & Stanley, 2010; WHO World Mental Health Survey)

Aussen-, Innenperspektive Reason/Cause Diskussion

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

	Aussenstehender (Behandler)	Innenperspektive (Patientin)	Psy.
Reason	Denkt kausal (= cause):	Handelt zielgerichtet und gibt ein Motiv (= reason) an:	0
The			15
Esc			0
Los			
To r	<i>Frau L. hat eine</i>	<i>Der seelische</i>	
you	<i>Überdosis</i>	<i>Schmerz</i>	71
Frig	<i>genommen, weil ihr</i>	<i>war derart</i>	71
To i	<i>Freund sie</i>	<i>unerträglich,</i>	54
	<i>verlassen hat.</i>	<i>ich wollte dem ein</i>	
		<i>Ende setzen.</i>	
Ban			British

Antisuizidale Massnahmen: stationär

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



- *Engmaschige* Gespräche mit Behandler, Bezugsperson
- Aktive Kontaktaufnahme durch Behandlungsteam
- “Versprechen sich zu melden!”
- Vereinbaren was geschieht, wenn Pat. nicht erreichbar (Ausgang)
- Einschränkung der Tel. Kontakte (Handy, SMS...)
- Ausgangsregelung (begrenzte Zeit, in Begleitung v. Angehörigen/Personal, keinen Ausgang)
- Adäquate Behandlung (Insomnie, Agitation, Depression...), Reservemedikation
- Station schließen
- Klinik: Antisuizidalen Massnahmen

Antisuizidale Massnahmen: ambulant

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Verfügbarkeit der Mittel zum Suizid (z.B. Waffen, Medikamente, etc.) sichern
- Zeitnaher ambulanter Termin (wenn möglich am nächsten Tag). Absprechen was passiert, wenn Termin nicht eingehalten wird (z.B. Kontaktaufnahme zu Pat./Bezugsperson, Sanpol/Polizei)
- **Aktive Haltung durch den Abklärer! Engmaschige Betreuung!**
- Notfallnummern (z.B. psy. Notfalldienst)
- Bei bestehender amb. Therapie (Vernetzen)
- Regelmässige Tel. Kontakt
- Angehörige miteinbeziehen, solange nicht konflikthaft

Methodensicherung

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Firearm Safety Counseling

Craig Bryan: https://www.youtube.com/watch?v=-GSo1np_LUY



Antisuizidale Massnahmen: ambulant

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- “Safety Card” mit Tel’nummern, Warnzeichen, Bewältigungsstrategien
- Strategien im Fall von Suizidgefahr erarbeiten!
 - > **Im Zweifelsfall Intervision/Supervision**
 - > **Langfristige therapeutische Verankerung**
- Versprechen sich zu melden! Vereinbaren was geschieht, wenn der/die Patient/inn nicht erreichbar ist (Ausgang).

Antisuizidale Massnahmen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Der Patient sollte in der Abklärung der Suizidalität und den Massnahmen zu seinem Schutz so weit als möglich **mit einbezogen werden**.

Alle Berufsgruppen müssen über die Basissuizidalität (längerfristiges Suizidrisiko), sowie über eine akute Suizidgefährdung eines Patienten **informiert sein** (mündliche/schriftliche Information).

Veränderungen und neue Entwicklungen müssen **regelmässig dokumentiert** werden.

Bei unangemeldeter Abwesenheit **sofortige Massnahmen** (tel. Kontaktaufnahme, Angehörige, ggf. pol. Ausschreibung) ergreifen.

Spezifische Behandlungsangebote existieren aus den verschiedensten Bereichen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

MI

DBT

MBCT

CBT - BCBT

CAMS

PACT

ASSIP

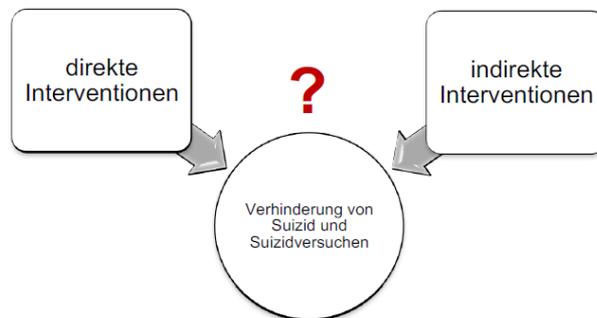
Safety Planning Intervention (SPI)

Outreach elements

Psychotherapie nach einem Suizidversuch: Was wirkt?

- Suizidales Erleben und Verhalten sollte den zentralen Fokus der Behandlung darstellen.
- Interventionen, die auf die Reduktion der assoziierter Psychopathologie (z.B. Depression, Hoffnungslosigkeit, Angst, etc.) abzielen, haben meist keinen nennenswerten Einfluss auf das suizidale Erleben und Verhalten haben.

(Broodsky, et al., 2018; Meerwijk et al., 2016).



Fazit: Suizidgedanken und suizidales Verhalten sollte direkt thematisiert/behandelt werden, damit Suizide und Suizidversuche reduziert werden können.

The patient's perspective on suicidality is the assessment gold standard (Jobes, 2011)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Suicide Status Form-SSF II (Initial Session)

Patient: [redacted] Clinician: [redacted] Date: 10 Apr 02 Time: 1030

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Section A (Patient):

I have thoughts of ending my life: 0 1 2 3 4
(0=Never; 1=Rarely; 2=Sometimes; 3=Frequently; 4=Always)

Rate and fill out each item according to how you feel right now.

Rank: Then rank in order of importance 1 to 5 (1=most important to 5=least important).

1	1) RATE PSYCHOLOGICAL PAIN (<i>hurt, anguish, or misery in your mind, not stress, not physical pain</i>): Low pain: 1 2 3 4 5 :High pain What I find most painful is: <u>being stuck, trapped by myself at night in the box</u>
3	2) RATE STRESS (<i>your general feeling of being pressured or overwhelmed</i>): Low stress: 1 2 3 4 5 :High stress What I find most stressful is: <u>everything, my wife bitching at me</u>
5	3) RATE AGITATION (<i>emotional urgency; feeling that you need to take action; not irritation; not annoyance</i>): Low agitation: 1 2 3 4 5 :High agitation I most need to take action when: <u>I'm by myself at night thinking - to stop thoughts</u>
2	4) RATE HOPELESSNESS (<i>your expectation that things will not get better no matter what you do</i>): Low hopelessness: 1 2 3 4 5 :High hopelessness I am most hopeless about: <u>being alone, she's going to take off when I'm at work</u>
4	5) RATE SELF-HATE (<i>your general feeling of disliking yourself; having no self-esteem; having no self-respect</i>): Low self-hate: 1 2 3 4 5 :High self-hate What I hate most about myself is: <u>the way I act, I'm miserable all the time</u>
N/A	6) RATE OVERALL RISK OF SUICIDE: Extremely low risk: 1 2 3 4 5 :Extremely high risk (will not kill self) (will kill self)

1) How much is being suicidal related to thoughts and feelings about yourself? Not at all: 1 2 3 4 5 : completely
2) How much is being suicidal related to thoughts and feelings about others? Not at all: 1 2 3 4 5 : completely

Please list your reasons for wanting to live and your reasons for wanting to die. Then rank in order of importance 1 to 5.

Rank	REASONS FOR LIVING	Rank	REASONS FOR DYING
1	Wife	1	Stop thinking
3	want kids some day	2	Wife wouldn't have to deal with me
4	Friends		
2	Parents		

I wish to live to the following extent: Not at all: 1 2 3 4 5 6 7 : Very much

I wish to die to the following extent: Not at all: 1 2 3 4 5 6 7 : Very much

The one thing that would help me no longer feel suicidal would be: To keep my wife

Gruppenübung

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



Stellen Sie sich noch einmal Ihrer Patienten vor (5Min.):
suizidal (akut oder chronisch)

- 2-er Gruppen: Patient – Therapeut
- 10 Min.: Füllen Sie gemeinsam den SSF aus.

Zeigen Sie ein klares Bild, seien Sie aber keine „gemeiner Patient“.

Plenum: Was war einfach? Was war schwierig Welche Fragen sind entstanden?

PRISM-S

Quelle: Mariann Ring, IPW

u^b

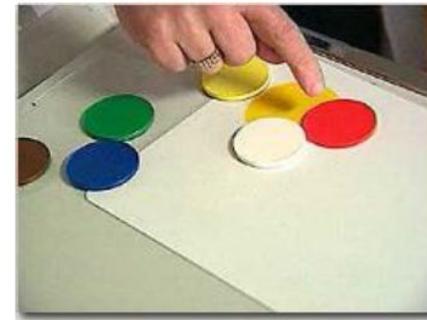
b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

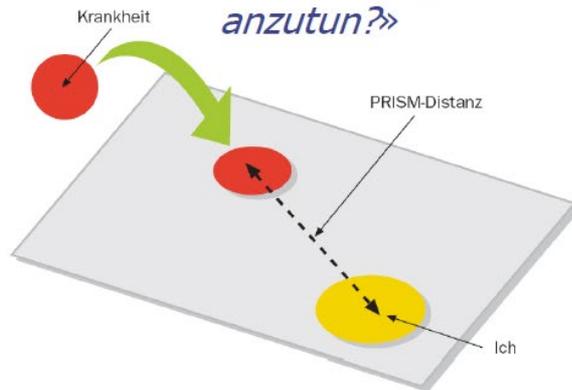
Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung

PRISM – Pictorial Representation of illness and Self Measure

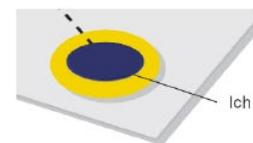
«Welchen Platz nimmt Ihre Krankheit zur Zeit in Ihrem Leben ein?»



«Wie nahe ist Ihnen der Wunsch, sich etwas anzutun?»



Visualisiert den Abstand «zum Tod»



Krisentherapeutische Interventionen

Safety Plan Intervention (SPI)

Erarbeiten von Notfall- /Sicherheits-Plänen

www.zerosuicide.org

(Brodsky et al., 2018)

Notfallpläne =

- Teil umfassender Behandlungsprogramme
- im zeitlimitierten Setting (z.B. Notfallsetting)

Stanley&Brown, 2012: Manualisierte Version, stand-alone-treatment

SAFETY PLAN	
Step 1: Warning signs:	
1.	<u>Suicidal thoughts and feeling worthless and hopeless</u>
2.	<u>Urges to drink</u>
3.	<u>Intense arguing with girlfriend</u>
Step 2: Internal coping strategies - Things I can do to distract myself without contacting anyone:	
1.	<u>Play the guitar</u>
2.	<u>Watch sports on television</u>
3.	<u>Work out</u>
Step 3: Social situations and people that can help to distract me:	
1.	<u>AA Meeting</u>
2.	<u>Joe Smith (cousin)</u>
3.	<u>Local Coffee Shop</u>
Step 4: People who I can ask for help:	
1.	Name <u>Mother</u> Phone <u>333-8666</u>
2.	Name <u>AA Sponsor (Frank)</u> Phone <u>333-7215</u>
Step 5: Professionals or agencies I can contact during a crisis:	
1.	Clinician Name <u>Dr John Jones</u> Phone <u>333-7000</u> Clinician Pager or Emergency Contact # <u>555 822-9999</u>
2.	Clinician Name _____ Phone _____ Clinician Pager or Emergency Contact # _____
3.	Local Hospital ED <u>City Hospital Center</u> Local Hospital ED Address <u>222 Main St</u> Local Hospital ED Phone <u>333-9000</u>
4.	Suicide Prevention Lifeline Phone: <u>1-800-273-TALK</u>
Making the environment safe:	
1.	<u>Keep only a small amount of pills in home</u>
2.	<u>Don't keep alcohol in home</u>
3.	_____

Figure 1. Safety Plan Example.

Gruppenübung

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Stellen Sie sich noch einmal Ihrer Patienten vor (5Min.):
suizidal (akut oder chronisch)

- 2-er Gruppen: Patient – Therapeut
- 10 Min.: Erstellen Sie gemeinsam einen Krisenplan

Zeigen Sie ein klares Bild, seien Sie aber keine „gemeiner Patient“.

Plenum: Was war einfach? Was war schwierig Welche Fragen sind entstanden?

Was ist effektiver: Safety Planning (SPI) oder Non-Suizidversprechen?

Bryan et al. (2017)

N=97 aktive Soldaten, 6 Monate Follow-up
SPI versus Non-Suizidvertrag

SAFETY PLAN	
Step 1: Warning signs:	
1.	Suicidal thoughts and feeling worthless and hopeless
2.	Urge to drink
3.	Intense arguing with girlfriend
Step 2: Internal coping strategies - Things I can do to distract myself without contacting anyone:	
1.	Play the guitar
2.	Watch sports on television
3.	Work out
Step 3: Social situations and people that can help to distract me:	
1.	AA Meeting
2.	Joe Smith (cousin)
3.	Local Coffee Shop
Step 4: People who I can ask for help:	
1.	Name: Mother Phone: 333-8056
2.	Name: AA Sponsor (Frank) Phone: 333-7214
Step 5: Professionals or agencies I can contact during a crisis:	
1.	Crisis Line: Dr. John Jones Phone: 333-7000
2.	Crisis Line Pager or Emergency Contact #: 555-892-8888
3.	Crisis Line Name: Phone: _____
4.	Crisis Line Pager or Emergency Contact #: _____
5.	Local Hospital ED: City Hospital Center
6.	Local Hospital ED Address: 222 Main St
7.	Local Hospital ED Phone: 333-5000
8.	Suicide Prevention Lifeline Phone: 1-800-273-TALK
Making the environment safe:	
1.	Keep only a small amount of pills in home
2.	Don't leave alcohol in home
3.	_____

versus



Das Langzeitrisiko für spätere Suizidversuche ist reduzierbar:



UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

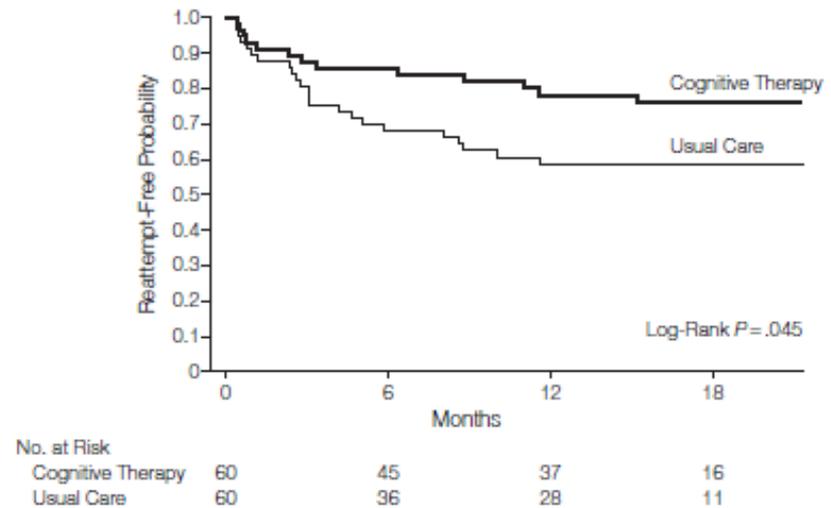
Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

Brown et al. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial, *JAMA*, 294(5), 263-270.

N=120, 10-12 Sitzungen
18 Monate Follow-up
CBT versus TAU

50% geringere Rate
an Suizidversuchen

Figure 2. Survival Curves of Time to Repeat Suicide Attempt



Das Langzeitrisiko für spätere Suizidversuche ist reduzierbar:

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

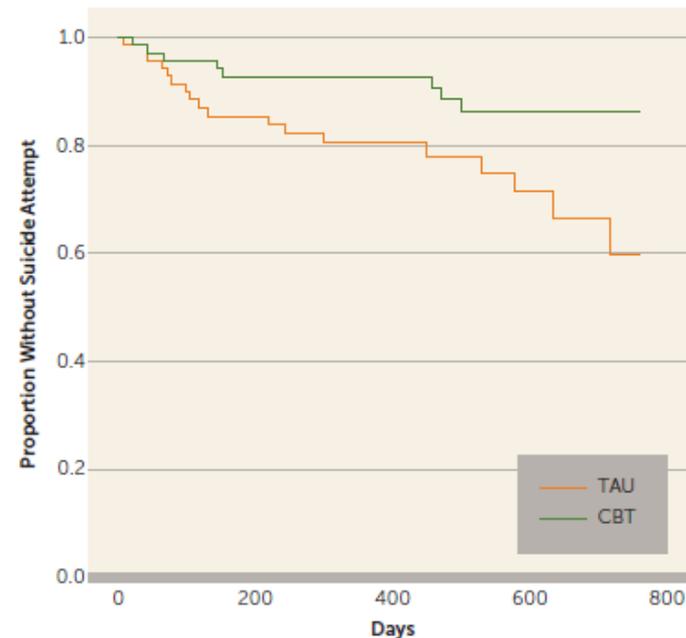
Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT)

Rudd et al. (2015). Brief Cognitive-Behavioral Therapy Effects on Post-Treatment Suicide Attempts in a Military Sample: Results of a Randomized Clinical Trial With 2-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 172(5), 441-449.

N=152 Soldaten, 12 Sitzungen
24 Monate Follow-up
BCBT versus TAU

60% reduziertes Risiko für einen erneuten Suizidversuch

FIGURE 2. Survival Curves for Time to First Suicide Attempt^a



^a CBT=cognitive-behavioral therapy; TAU=treatment as usual (log-rank $\chi^2=5.28$, $df=1$, $p=0.02$).

BCBT zur Behandlung suizidalen Verhaltens

u^b

UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Ablauf und Inhalte der Therapie

Phase I

- Risikoabschätzung
- Fallkonzeption
- Therapieplanung
- Deaktivierung suizidaler Modus
- Symptom-Stabilisierung
- Modifizierung behavioraler
Prädispositionen (Baseline-
Risikofaktoren)

Phase I

Emotion Regulation

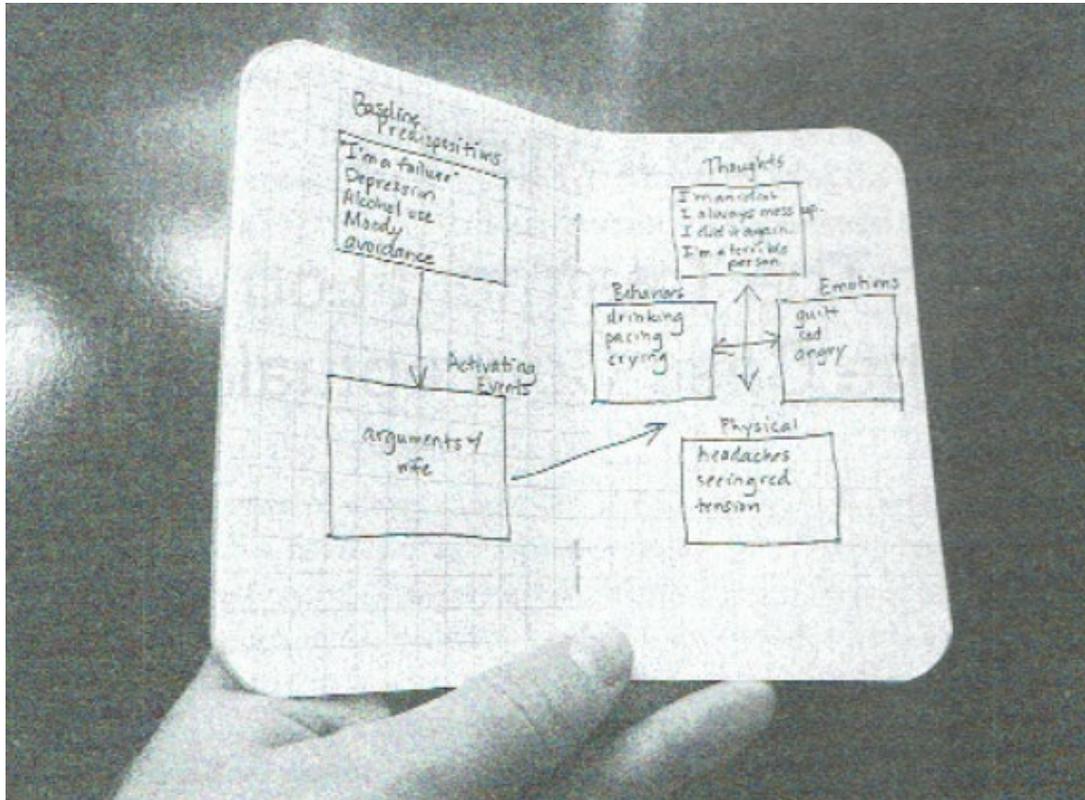
Session 1

Treatment Log Intake
Narrative Risk Assessment
Crisis Response Plan
Means Safety Counseling

Sessions 2-5

Treatment Plan
Sleep Disturbance
Relaxation / Mindfulness
Reasons for Living
Survival Kit
& Commitment

BCBT zur Behandlung suizidalen Verhaltens Ablauf und Inhalte der Therapie Phase I



avoid others
"What's the point?"
<u>Not wanting to get out of bed</u>
get a cup of coffee
listen to jazz music
spend time with my dog
text michelle
<u>think about kids</u>
Call my therapist
655-555-5555
call the crisis line
1-800-273-talk
press #1 for Veterans
call 911
go to hospital

Treatment Log

Crisis Response Plan

Abbildungen: Bryan and Rudd (2018)

BCBT zur Behandlung suizidalen Verhaltens Ablauf und Inhalte der Therapie Phase II

A Activating Event (What happened?)	B Beliefs (What do I tell myself?)	C Consequences (What emotion do I feel?)
Argument with my wife	She's right, it's all my fault. I'm a failure and always will be.	Guilt Anger Sadness
Is the belief above in box "B" helpful?		
No, because it just makes me want to give up and drink more.		
What is something else I can tell myself in the future when in a similar situation?		
I'm not perfect, but I do some things right.		

ABC-Worksheet (Abb. Oben)

Challenging Questions (Abb. rechts)

Belief: I'm a failure.

- What is the evidence for and against this idea?**
For: I feel overwhelmed, I drink all the time, I've been divorced a lot.
Against: I've been able to get by OK so far, I do a good job at work.
- Is your belief a habit or based on facts?**
Both Fact and Habit—I'm so used to saying this that I think it's true
- If someone else had this belief in this same situation, would you consider it accurate?**
Not very accurate because they've done some things right in life, too
- Are you thinking in all-or-none terms?**
Yes, I think I'm a total failure even if I've just made mistakes that everyone makes
- Are you using words or phrases that are extreme or exaggerated (i.e., always, forever, never, need, should, must, can't, and every time)?**
No, but I do think I'm always a failure.
- Are you only focusing on one aspect of the event and ignoring other important facts about the situation that explains things?**
Yes, just focusing on my worry and anger and overreacting
- What is the source of this belief? Is that source reliable?**
I'm the source. I'm not a reliable source because I only say it when I'm upset and drunk, which is not when I'm not the best judge
- Are you blowing things out of proportion? Or the opposite: minimizing things?**
Yes—chances are that she won't leave me if I talk with her and work it out. It's only likely to happen if I don't take steps to control my drinking, which I can do.
- Is your belief based on feelings rather than facts?**
Based mostly on stress
- Are you focused on unrelated details of the situation?**
Yes, I'm focusing on how I'm afraid my wife will leave me instead of focusing on what's actually going on.

Gruppenübung

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Stellen Sie sich noch einmal Ihrer Patienten vor (5Min.):
suizidal (akut oder chronisch)

- 2-er Gruppen: Patient – Therapeut
- 10 Min.: A) Treatment Log; B) ABC - Worksheet

Zeigen Sie ein klares Bild, seien Sie aber keine „gemeiner Patient“.

Plenum: Was war einfach? Was war schwierig Welche Fragen sind entstanden?

ASSIP Kurztherapie

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



RESEARCH ARTICLE

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)

Anja Gysin-Maillart¹, Simon Schwab², Leila Soravia², Millie Megert³, Konrad Michel^{1*}

¹ Outpatient Department, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland,

² Translational Research Center, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland,

³ Psychiatric Department, General Hospital, Thun, Switzerland



CrossMark
click for updates

Kurztherapie ASSIP

Ein Überblick



...err W.,
 an 6 Monate her seit dem letzten Termin bei m
 it. Sie erhalten von uns einige Male im Jahr ein
 ngere Zeit nach einer suizidalen Krise die Gefa
 Sie daran, dass man auch in einer Situati
 einen Moment innehalten kann, um einfach
 h schlecht, es ist nun mal momentan einfach
 einem abläuft. Schmerz, seelischer Schmerz, k
 Gespräch mit einer anderen Person, die Persp
 en Sie nicht, dass Sie sich wenn nötig jederzei
 ten (Tel.-Nr.: ...); außerhalb der Bürozeiten (14
 nnen Sie sich bei der Kriseninterventionsstatio
 s Krankenhauses (Tel.-Nr.).

ASSIP ist kein Ersatz für eine längerfristige Therapie, sondern als Zusatz gedacht.

Erste Sitzung

- Narratives Interview

Zweite Sitzung

- Video-Playback

Dritte Sitzung

- Klärung der Strategien

Vierte Sitzung (optional)

- Mini-Exposition

Briefkontakt

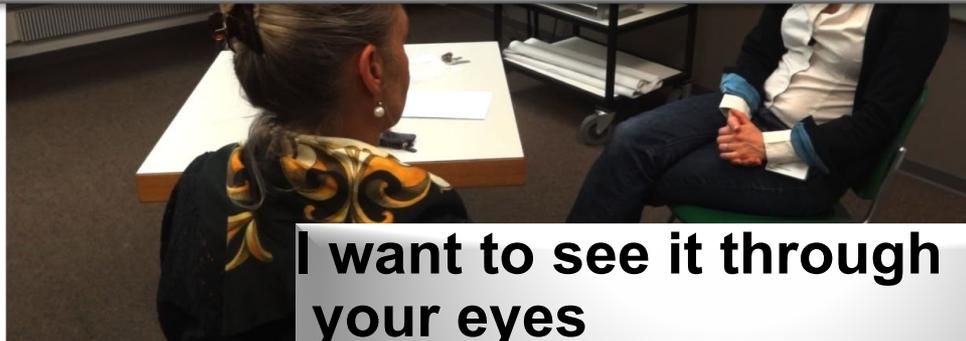
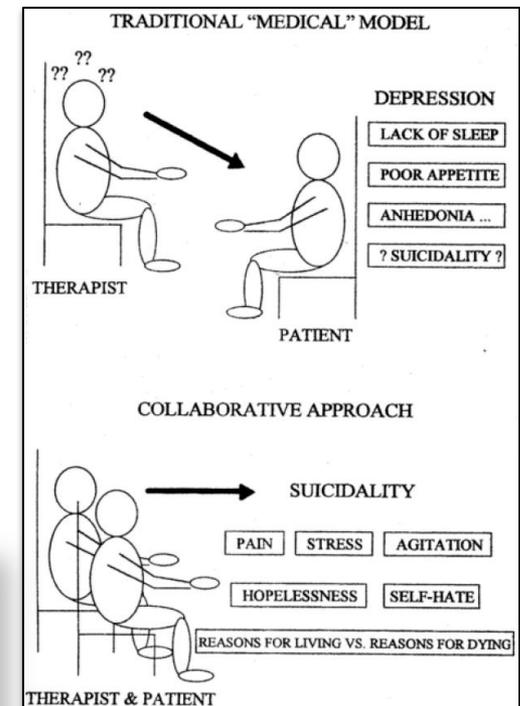
- regelmässige semi-standardisierte Briefe
- über 2 Jahre hinweg

Umgang mit suizidalen Patienten

Narratives Interview

*“Erzählen Sie mir bitte Ihre
 Geschichte in
 Ihren eigenen Worten...”*
*“..... Wie kam es zu diesem
 Suizidversuch...?”*

dem Ziel die persönliche
 sehen, die zur suizidalen



**I want to see it through
 your eyes**

D. Jobs collaborative approach

ASSIP Kurztherapie

Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016

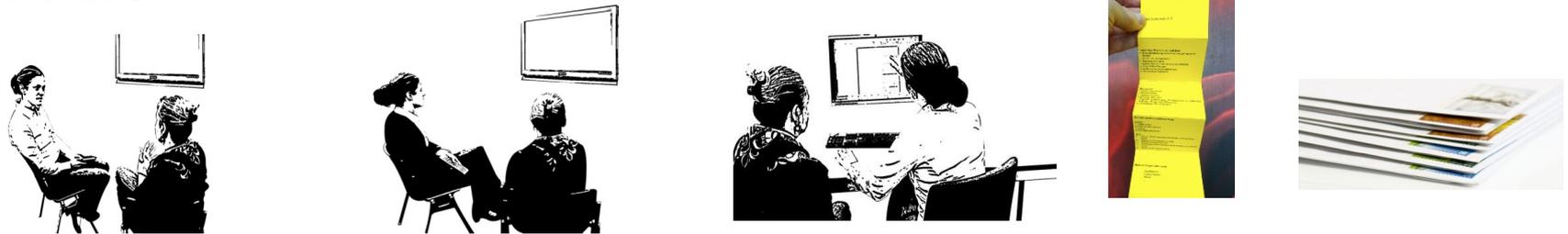
Michel, Valach, & Gysin-Maillart, 2017

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

3 Sitzungen mit einem anhaltenden Therapieangebot (2 Jahre) mittels Briefen.

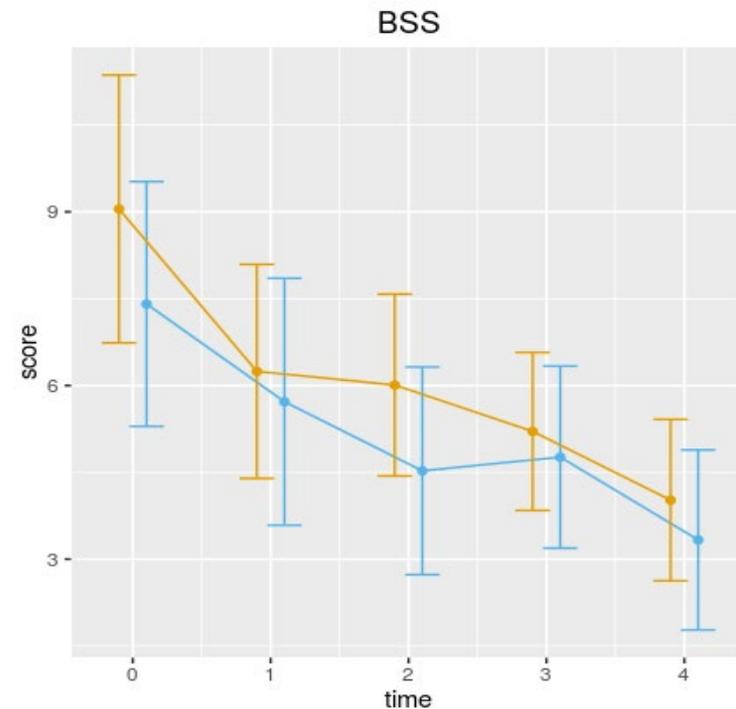
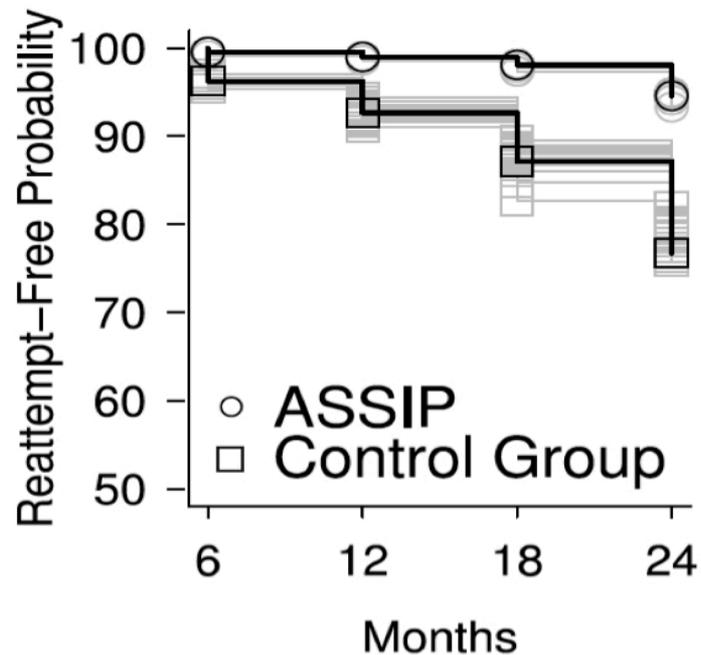


Follow-up	Gruppe	N	SV	Patienten	est. %
1-24 Monate	ASSIP	55	5	5	8.3
	KG	43	41	16	26.7

N = 120, RCT, ASSIP Gruppe: Kurztherapie ASSIP& TAU (n=60); KG: Kontrollgruppe; klinisches Interview & TAU; SV: Suizidversuche; Patienten: Anzahl Patienten, inklusive Patienten mit mehr als einem Suizidversuch.

Evaluationsstudie ASSIP

Survival Analysis (n=120)



→ ASSIP Pat. hatten im Vergleich zur KG ein 80% reduziertes Risiko

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Übung

Mein eigenes Narrativ

Suizid ist keine Krankheit

„Suicide is an action, not an illness“ (Valach, 2006)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- **Handlungstheorie:** Suizid und Suizidversuche sind Handlungen, nicht Symptome einer psychiatrischen Erkrankung (Michel & Valach, 1997).
- **Suizid kann als Lösung** erscheinen, wenn wichtige Lebensziele oder Motive bedroht sind.
- Jede suizidale Krise hat eine ganz **persönliche Geschichte**.

Wir alle erklären Handlungen mittels Geschichten

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Narratives Interview



Erzählen Sie mir Ihre Geschichte in Ihren eigenen Worten.

Können Sie mir erzählen, wie es dazu kam, dass Sie sich das Leben nehmen wollten?

Nur der Patient „kennt“ seine Geschichte und ist Experte dieser.

„Nun, dass ist eine lange Geschichte....“

Elemente der Kurztherapie ASSIP

Psychoedukation

Psychoedukation (Hausaufgabe)

„Suizid ist keine überlegte Handlung...“

- Ausnahmezustand
- Suizidaler Modus

Suizid ist keine überlegte Handlung

Viele von uns kennen Momente in unserem Leben, in denen wir an die Möglichkeit denken, dem Leben, in das wir geboren wurden ohne gefragt zu werden, ein selbstgewähltes Ende zu setzen. Das ist ziemlich normal. Tatsächlich haben wir Menschen ja – zumindest theoretisch – diese Freiheit. Die Situation, in der sich der akut suizidale Mensch befindet, hat aber herzlich wenig mit solchen Überlegungen zu tun.

Seelischer Schmerz

Der akute suizidale Zustand entsteht in Lebenssituationen, die uns in unseren Grundfesten erschüttern, die eine Bedrohung unseres gewohnten Selbsterlebens darstellen. Es sind Situationen, in denen wir etwas erleben, was die meisten Menschen als „seelischen Schmerz“ (engl. *mental pain*) beschreiben. **Seelischer Schmerz** ist ähnlich einem schlimmen körperlichen Schmerz und kann Folge sein von seelischen Verletzungen, Enttäuschungen, Trennungen von wichtigen Personen, aber auch von Gefühlen des Versagens und des Verlustes von wichtigen Zielen in unserem Leben. Gefährlich wird es, wenn wir in solchen Momenten uns selber nicht mehr akzeptieren können, wenn Gedanken auftauchen, dass wir tatsächlich für nichts taugen, ja wenn plötzlich Gefühle des Selbsthasses auftauchen. Nicht alle Menschen kennen Zustände von seelischem Schmerz, aber diejenigen, die solche erlebt haben, wissen wie schlimm sie sind. Sie lösen in unserem Körper einen Alarmzustand aus, den wir oft kaum mehr unter Kontrolle bringen können. Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, berichten, dass sie sich wie in einem Nebel oder in einem Trancezustand fühlten, nicht mehr klar denken konnten und vor allem sich und ihren Körper „nicht mehr spürten“. Psychiater sprechen von „dissoziativen Zuständen“, das sind **psychische Ausnahmezustände**, in denen das harmonische Erleben von Wahrnehmung, Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen vorübergehend gestört ist. In einem solchen Zustand sind wir nicht mehr in der Lage, klar zu denken und überlegt zu handeln. Unser gesamtes Erleben ist aus dem Ruder gelaufen.

Kennen Sie solche Zustände? Bitte beschreiben:

Elemente der Kurztherapie ASSIP

Video-Playback

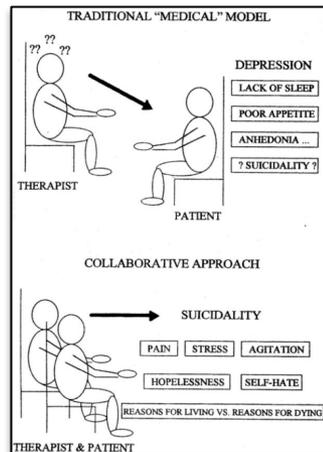
u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

2. Konsultation:

Video-Playback. Rekonstruktion der Geschichte des Patienten. Identifikation von Lebensthemen, die im Zusammenhang stehen mit dem Suizidversuch.



Young et al., 1994; Valach et al., 2002



u^b

^b
**UNIVERSITÄT
BERN**



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Lernvideo

Elemente der Kurztherapie ASSIP

Klärung suizidaler Muster

Warnsignale, Längerfristige Strategien

3. Konsultation:

Schriftliche Zusammenfassung der Hintergründe
und **Klärung** der Muster und Abläufe der suizidalen Krise.

Gemeinsames Erarbeiten von:

- Längerfristigen Therapiezielen
- Warnsignalen
- Präventiven Verhaltensstrategien
im Falle von Suizidgefahr



Kurztherapie ASSIP

Muster die zur Aktivierung des suizidalen Modus führen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Exemplarisches Beispiel 1:

Bei Druck und Auseinandersetzung → „*ich wehre mich*“ →
„*habe keinen Erfolg, kann nichts bewirken*“ → „*ich bin
ausgeliefert, es hat keinen Sinn, muss es akzeptieren, dass
mein Leben kaputt gemacht wird (Missbrauch)*“ → Gefühl:
Erschöpfung, Müdigkeit, Überforderung → Aktivierung des
suizidalen Modus (Todessehnsucht) als Bewältigungs-
strategie.

Beispiel langfristige Massnahmen

- Selbstakzeptanz: „ich bin gut so, wie ich bin“
- Arbeit an Verlustängste.
- Grenzen bewusst wahrnehmen und nicht überschreiten: keine Dinge tun, die ich nicht will!
- Schwierige Situationen frühzeitig planen (z.B. Wohnungswechsel, Stationswechsel).



Beispiel Warnzeichen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Blockade. Mein Denken ist weg.
- Gleichgültigkeit – Achtung!
- Intensive Gefühle wie Verzweiflung, Wut und Angst.
- Versagensängste: „*ich darf nicht so sein, wie ich bin*“ --> Stress
--> Erschöpfung --> Achtung = Signal: es geht mir nicht gut!



Elemente der Kurztherapie ASSIP

Safety Planning

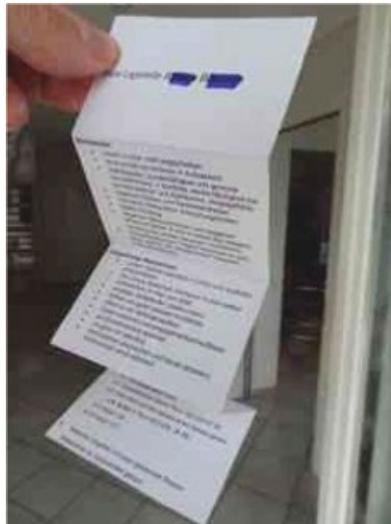
u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Erstellen des individualisierten Hope Leporellos & Notfallkarte



Achtung Krise

Unbedingt beachten:

- Warnzeichen kennen und früh reagieren
- Das Gespräch mit hilfreicher Person suchen (Freund/in, Hausarzt, etc.)
- Tel. UPD 031 632 88 11, Murtenstr. 21, 3010 Bern
- Tag, lic. phil. A. Maillart; Prof. Dr. med. K. Michel
- Nachts/Wochenende: Notfallarzt Psychiatrie verlangen
- Notfallstation des nächsten Spitals aufsuchen

anja.maillart@gef.be.ch / konrad.michel@spk.unibe.ch

Karte immer auf sich tragen



031 632 88 11



Stanley, B. & Brown, G.K., 2012; Brown, G.K., 2005.

Klaus Grawe-Institut, Gysin-Maillart

Beispiel Notfallstrategien bei akuter suizidaler Krise

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

1. Sport machen
2. Situation verlassen. Versuchen Gefühle & Gedanken zu unterbrechen: Duschen, zu jmd. gehen
4. Kochen
5. Aussenstehende Person mit einbeziehen
 - 5.1 Dr.
 - 5.2 Fr. Gysin-Maillart 031 632 46 99 → direkt oder 031 632 88 11 → Empfang
 - 5.3 mit Bezugsperson sprechen
 - 5.4 Dienstarzt Psychiatrie (24Std): 031 632 88 11



Elemente der Kurzintervention ASSIP

Mini-Exposition

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



4. Konsultation:

Mini-Exposition. Gemeinsam mit dem Patienten werden anhand des Videos erarbeitete Strategien eingeübt.

u^b

^b
**UNIVERSITÄT
BERN**



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Lernvideo

Elemente der Kurztherapie ASSIP

6. Briefe

Briefliche Kontaktaufnahme über zwei Jahre.

- 1 Jahr: 3 Monate
- 2 Jahr: 6 Monate

Anhaltender Kontakt: **Konzept der sicheren Basis** (John Bowlby, 1977, 1988)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Universitätsklinik für Psychiatrie
Direktor: Prof. Dr. med. Werner Strik

Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch
Leiter: lic. phil. Anja Gysin-Maillart, Prof. Dr. med. Konrad Michel

Murtenstrasse 21, PF 52, CH-3010 Bern
Tel. 031 632 88 11, Fax 031 632 89 50
anja.maillart@gef.be.ch / konrad.michel@gef.be.ch
www.gef.be.ch/upd

«Anrede»
«Vorname» «Name»
«Adresse»
«PLZOrt»

Bern, 2. September 2012

Lieber Herr «Name»
Liebe Frau «Name»

Es ist nun 3 Monate her seit dem letzten Termin bei unsmir, und wirich hoffen, dass es Ihnen soweit gut geht.

Denken Sie daran, dass Sie sich jederzeit bei mir (wenn nötig Nachricht hinterlassen, ich rufe zurück) an der Murtenstrasse 21 melden können oder bei unserem Notfall- und Krisenteam (Tel. 031 632 88 11), ausserhalb der Bürozeiten (18 – 8 Uhr) und an den Wochenenden können Sie sich über die gleiche Nummer beim Dienstarzt melden, oder beim Notfallzentrum des Inselspitals (Tel. 031 632 21 11).

Da wir glauben, dass das Wissen um eine Anlaufstelle manchmal lebensrettend sein kann, werden Sie für eine gewisse Dauer auch zukünftig von Zeit zu Zeit ein Zeichen von uns erhalten. Sie dürfen es auch in schwierigen Situationen nicht mehr soweit kommen lassen, dass Sie nur noch den einen Ausweg sehen. Das Leben ist zu wertvoll.

Es würde unsmich freuen, von Ihnen zu hören, falls Sie unsmir einige Zeilen schreiben wollen, nötig ist es aber nicht.

Mit freundlichen Grüssen

lic. phil. A. Gysin-Maillart, Psychologin
Prof. Dr. med. K. Michel, Oberarzt

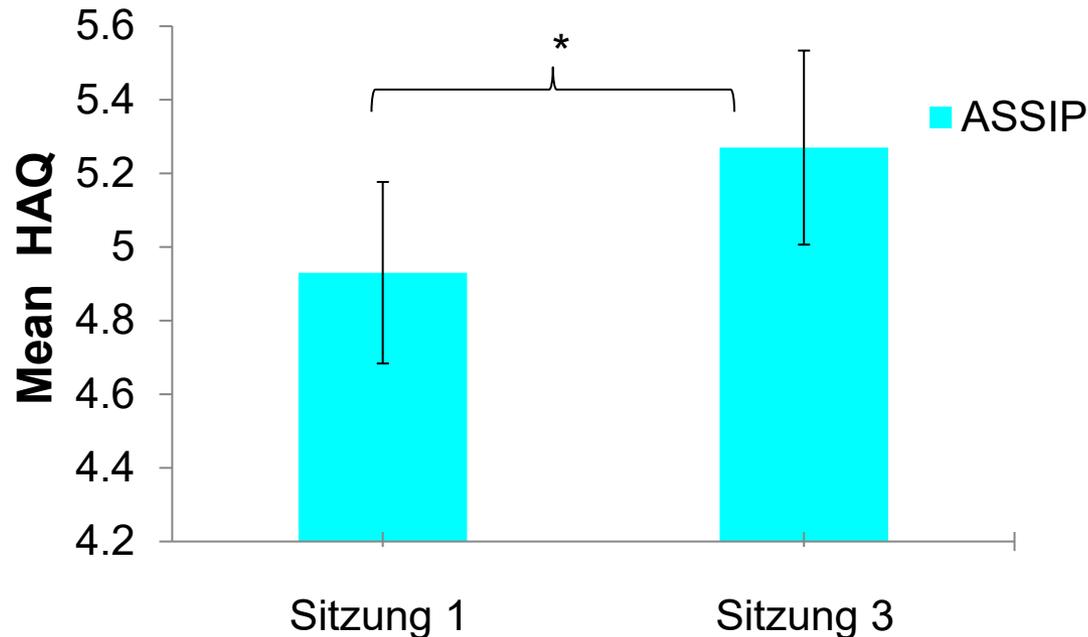
e-Mail: anja.maillart@gef.be.chkonrad.michel@gef.be.ch

Motto & Bostrom, 2001; Carter et al., 2005, 2013; Beautrais et al., 2010

Dokument1

Evaluationsstudie ASSIP

Therapeutische Beziehung



Signifikanter **Anstieg** der **therapeutischen Beziehung** von der ersten zur dritten Sitzung.

ASSIP t1 – t2:
 $t_{59} = -4.854; p \leq .001$

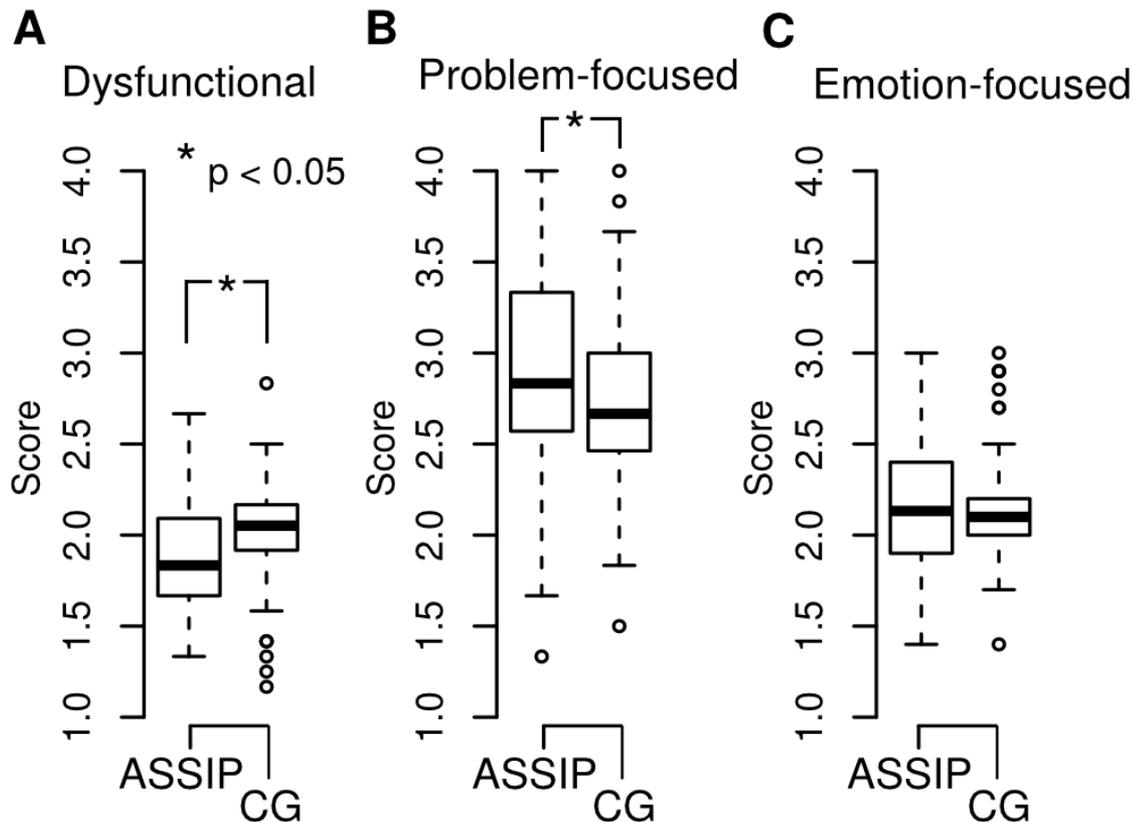
Penn Helping Alliance Questionnaire (HAq-II)

Gysin-Maillart, A., Soravia, L., Gemperli, A. & Michel, K. (2016). Suicide Ideation is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Archives of Suicide Research*, DOI: 10.1080/13811118.2016.1162242

Specific coping behaviour

Between-group differences

24-months follow-up



Significant reduction of dysfunctional coping (10%)

(ASSIP, median=1.83; CG, median=2.05, W=1316, p=0.011)

6.3% increase of problem-focused coping
(ASSIP, median=2.83; CG, median=2.67, W=2217, p=0.029)

No differences for emotion-focused coping

Was macht ASSIP aus?

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Ein Zusatzangebot, kein Ersatz. Kurz, einfache Struktur, klare Therapieziele.

- *„Suizid ist eine Handlung, keine Krankheit“*
- *„ASSIP wird Sie nicht von Suizidalität heilen, sondern Ihnen helfen in zukünftigen suizidalen Krisen handlungsfähig zu bleiben“*
- *„Suizid ist keine überlegte Handlung“*

Das Langzeitrisiko für spätere Suizidversuche ist reduzierbar:

Dialectical Behavior Therapy (DBT)

Linehan et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–1401.

N= 101, BPS-Frauen, mind. 2 SV

2-Jahres Follow-up

DBT versus TAU

(erfahrene Therapeuten, Psychodyn.)

→ 50% geringere Suizidversuchsrate für DBT

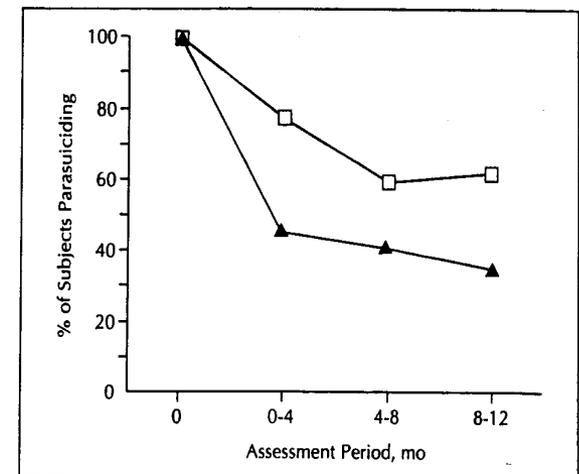


Fig 1.—Percentage of subjects with parasuicide, by condition. Months 0 to 4 indicated significant difference between subjects (triangles) who received dialectical behavior therapy and control subjects (squares) ($z=2.7$, $P<.05$); months 8 to 12, significant difference between subjects who received dialectical behavior therapy and control subjects ($z=1.74$, $P<.05$).

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Begründerin: Marsha Linehan
(selbst von BPS betroffen)
- Ursprünglich für chronisch suizidale
Patienten (insb. BPS-Patienten
entwickelt), heute breiter
angewendet
- Balance: Akzeptanz & Drängen auf
Veränderung

Marsha Linehan: How She Came to Develop DBT



https://www.youtube.com/watch?v=bULL3sSc_-l&t=30s

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Hypothesen zur Funktion der Suizidalität bei Patienten mit emotional-instabiler Persönlichkeitsstörung (Paris, 2004a)

1. Umgang mit schmerzhaften Affekten oder der Wunsch dem inneren Leiden zu entkommen
2. Kommunikation von Schmerz und Leid
3. Kontrolle

Hierarchisch geordnete Therapieziele.



Marsha Linehan – Dialectical Behavioral Therapy and Its Attention to Escape Behaviors:

<https://www.youtube.com/watch?v=jVMmtwWUjpk>

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Vier Behandlungsmodule:

1. Einzeltherapie
2. Fertigkeitentraining (Skillstraining) in der Gruppe
3. Telefonberatung und SMS-Kontakt
4. Interventions- und Supervisionsgruppen

DBT- Skillstraining: Stresstoleranz

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Sich selbst beruhigen mit Hilfe der 5 Sinne

- **Sehen:** sich eine Blume kaufen, die Natur betrachten
- **Hören:** aufmunternde Musik hören, auf Laute in der Natur achten (z.B. Vogelgezwitscher)
- **Riechen:** Lieblingsparfüm riechen, Kekse/ Kuchen backen
- **Fühlen:** Schaumbad nehmen, Hund/ Katze streicheln, Haare bürsten
- **Schmecken:** Kräutertee trinken, etwas Leckeres essen

Eindrücke von Patientinnen



<https://www.youtube.com/watch?v=KJA53I91LSk> (ab 2.10 min)

DBT- Non-Suiziverträge

Reflexion

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Schon in Vorbereitungsphase: Ausarbeiten eines Non-Suizid-Vertrag
 1. Patient legt sich darin fest, in einem bestimmten Zeitraum keinen Suizidversuch zu unternehmen
 2. Voraussetzung/ Vorbedingung für Therapie («Therapy doesn't work with dead people»)
- Die Mehrheit der Behandelnden verwenden bei Patientengruppen mit erhöhtem Suizidrisiko Non-Suizid-Verträge (Rudd et al., 2006)
- Hauptproblem: Fehlende Evidenz für Wirksamkeit (Rudd et al., 2006)

Fazit: Was ist wichtig?

TAKE HOME

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

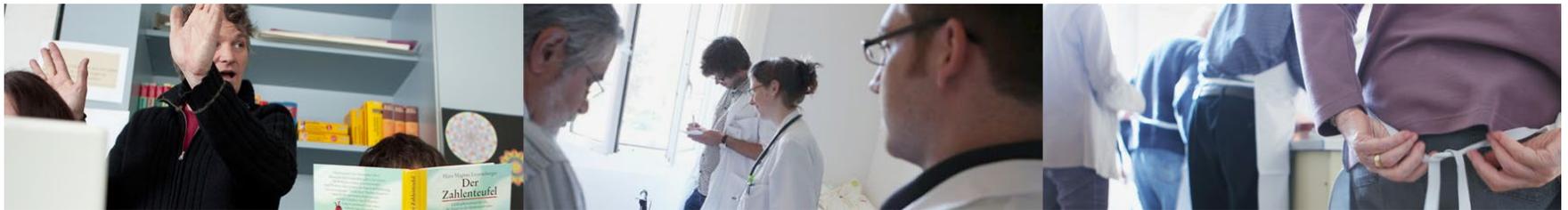


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Sprechen sie über Suizidalität. Die direkte Intervention ist hilfreich.
- Spezifische Behandlungsangebote für Patienten nach einem Suizidversuch können das Risiko nachweislich reduzieren.
- Die Evidenz zeigt: Die Behandlung sollte direkt auf die Suizidgedanken und das suizidale Verhalten ausgerichtet sein. Dies mittel evidenzbasierte Interventionen.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

anja.gysin@upd.unibe.ch



- Armitage, C.J., Rahim, W.A., Rowe, R., O'Connor, R.C. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *British Journal of Psychiatry*; 208, 470–76.
- Brodsky, B.S., Spruch-Feiner, A., Stanley, B. The zero suicide model: Applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Front Psychiatry* 2018; 10:45.
- Chan, M.Y.K., Bhatti, H., Meader, N., Stockton, S., Evans, J., O'Connor, R.C., Kapur, N., & Kendall, T. (2016). Predicting suicide following self-harm. *British Journal of Psychiatry*, 209, 277-283.
- Franklin, J.C., Ribeiro, J.D., Fox, K.R., Bentley, K.H., Kleiman, E.M., Huang, X., Musacchio, K.M., Jaroszewski, A.C., Chang, B.P., & Nock, M.K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. *Psychology Bulletin*, 143, 187-232.
- Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E., & van Heeringen, K. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, No:CD012189 .
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A., et al. (2006). The alliance against depression: 2 year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality. *Psychol Med*;36:1225–33.
- Ono, Y., Awata, S., Iida, H., et al. A community intervention trial of multimodal suicide prevention program in Japan: a novel multimodal community intervention program to prevent suicide and suicide attempt in Japan, NOCOMIT-J. *BMC Public Health*. 2008;8:315.
- Motohashi, Y., Kaneko, Y., Sasaki, H., et al. (2007). A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. *Suicide Life Threat Behav.*,37(5), 593–9.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., Michel, K. (2016). 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*;13(3):e1001968. doi: 10.1371/journal.pmed.1001968.
- McMain, S.F., Guimond, T., Barnahrt, R., Habinski, L., Streiner, D.L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behavior therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 138-48.

- Berk, M.S., Henriques, G.R., Warman, D.M., Brown, G.K. & Beck, A.T. (2004). A cognitive therapy intervention for suicide attempters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 265-277.
- Meerwijk, E.L., Parekh, A., Oquendo, M.A., Allen, I.E., Franck, L.S. & Lee, K.A. (2016). Direct and indirect psychosocial and behavioral interventions to prevent suicide and suicide attempt: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 3, 544-554 .
- Michel, K., Valach, L. & Waeber, V. (1994). Understanding deliberate self-harm: the patients' views. *Crisis*, 15, 172-178.
- Teismann, T., Forkmann, T., Gysin-Maillart, A., & Glaesmer, H. (2018). Nach einem Suizidversuch: Verhaltenstherapeutische Behandlungsmassnahmen. *Psychotheapeutenjournal*, 1, 4-10.
- Stanley, B. & Brown, G.K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264 .
- Bryan, C.J., Mintz, J., Clemans, T.A., Leeson, B., Burch, T.S., Williams, S.R., Maney, E. & Rudd, M.D. (2017). Effect of crisis response planning vs. contract for safety on suicide risk in U.S. army soldiers. *Journal of Affective Disorders*, 212, 64-72.
- Michel, K., Valach, L. & Gysin-Maillart, A. (2017). A Novel Therapy for People Who Attempt Suicide and Why We Need New Models of Suicide. *International Journal of Environmental Research and public health*, 14(3), 1-15. doi.10.3390/ijerph14030243
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L. M., Megert, M., & Michel, K. (2016). 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 Medicine* 13(3): e1001968.
- Gysin-Maillart, A., Soravia, L. M., Gemperli, A., & Michel, K. (2016). Suicide Ideation is Related to Therapeutic Alliance in a Brief Therapy for Attempted Suicide. *Archives of Suicide Research*. doi: 10.1080/13811118.2016.1162242.

- Jobes, D.A. (2012). The collaborative assessment and management of suicidality (CAMS):an evolving evidence-based clinical approach to suicidal risk. *Suicide Life-Threat. Behav.*,42, 640–653.
- Jobes, D.A. (2016). *Managing Suicidal Risk: A Collaborative Approach 2nd ed.* Guilford, New York.
- Andreasson et al. (2016). Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy versus Collaborative Assessment and Management of Suicidality Treatment for Reduction of Self-Harm in Adults with Borderline Personality Traits and Disorder – A Randomized Observer-Blinded Clinical Trial
- Chesin, M.S., Benjamin-Phillips, C.A., Keilp, J., Fertuck, E.A., Brodsky, B.S., & Stanley B (2016). Improvements in executive attention, rumination, cognitive reactivity, and mindfulness among high-suicide risk patients participating in adjunct mindfulness-based cognitive therapy: preliminary findings. *J Altern Complement Med*,22, 642–649.
- Stanley, B., Chaudhury, S.R., Chesin, M., Pontoski, K., Bush, M.A., Knox, K.L., et al. (2016). An emergency department intervention and follow-up to reduce suicide risk in the VA: acceptability and effectiveness. *Psychiatr Serv*, 67(6), 680–3.
- Chesin, M.S., Stanley, B., Haigh, E.A.P., Chaudhury, S.R., Pontoski, K., Knox, K.L. (2017). Staff views of an emergencx department intervneiton using saftey planning and structured follow-up with suicidal veterans. *Archive of Suicide Research*, 21(1), 127-37.
- Bryan, C.J., Mintz, J.M., Clemans, T.A., Leeson, B., Burch, S.T., Williams, S.R., et al. (2017). Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in U.S. Army Soldiers: a randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorder*, 212, 64–72.
- Armitage, C.J., Abdul Rahim, W., Rowe, R. et al. (2016). An exploratory randomised trial of a simple, brief psychological intervention to reduce subsequent suicidal ideation and behaviour in patients admitted to hospital for self-harm. *British Journal of Psychiatry*,
- Goodman et al., 2016. A randomized Trial of Dialectical Behaviour Therapy in High Risk Veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 77(12), 1591-1600.
- Ellis, T.E., Rufino, K.A., Allen, J.G. (2016). A controlled comparison trial of the Collaborative Assessment and Management of Suicidality (CAMS) in an inpatient setting: outcomes at discharge and six month follow-up. *Psychiatry Research* (249), 252-60.

- O'Connor, R.C., Ferguson, E., Scott, F. et al. (2017). A brief psychological intervention to reduce repetition of self-harm in patients admitted to hospital following a suicide attempt: a randomised controlled trial, *Lancet Psychiatry*, published online
- Zalsman, G., Hawton, K., Wassermann, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., et al. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-59.
- Collings, S., Jenkin, G., Stanley, J., McKenzie S., & Hatcher S. (2018). Prevention suicidal behaviours with a multilevel intervention: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 18(14), 1-13.
- Mousavi, S. G., Amini, M., Mahaki, B., & Bagherian-Sararoudi, R. (2016). Effect of phone call versus face-to-face follow-up on recurrent suicide attempts prevention in individuals with a history of multiple suicide attempts. *Advanced Biomedical Research*, 5, 184.
- Mishara, B.L., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S., Campbell, J. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide Life Threat Behav.*, 46(5), 577-587.
- Hassanian-Moghaddam H, Sarjami S, Kolahi A-A, Carter G. (2011). Postcards in Persia: randomised controlled trial to reduce suicidal behaviours 12 months after hospital-treated self-poisoning. *British Journal of Psychiatry*; 198, 309–16.
- Hetrick, S., Robinson, J., Spittal, M., & Carter, G. (2016). Effective psychological and psychosocial approaches to reduce repetition of self-harm: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *BMJ Open*.
- Meerwijk, P., Oquendo, A., Franck, & Lee (2016). Direct versus indirect psychosocial and behavioural interventions to prevent suicide and suicide attempts: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 544–554.
- Mishara, B. L., Daigle, M., Bardon, C., Chagnon, F., Balan, B., Raymond, S., & Campbell, J. (2016). Comparison of the Effects of Telephone Suicide Prevention Help by Volunteers and Professional Paid Staff: Results from Studies in the USA and Quebec, Canada. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 46(5), 577-587.