

Krisenintervention und Suizidalität

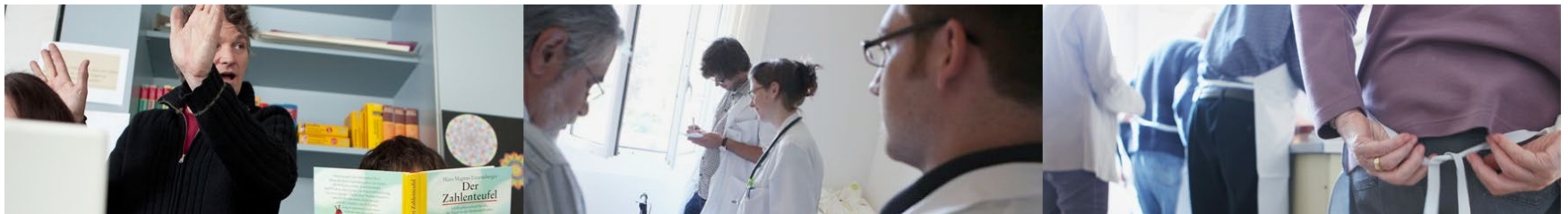
Umgang mit dem suizidalen Patienten

Das spezielle Behandlungsangebot der Kurztherapie ASSIP

Attempted Suicide Short Intervention Program

Klaus-Grawe-Institut für Psychologische Therapie, webseminar,
29. & 30.11.2024

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



Ablauf



b
UNIVERSITÄT
BERN



Tag 1:

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

Tag 2:

- Psychotherapeutische Angebote: Best Practice
- Kurztherapie ASSIP

Pausen



^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

15 Min. (Vor- und Nachmittag); 1h Mittag
Eure Erfahrungen? Öfter Pausen/Länger Pausen?

Was sind Ihre Erfahrungen mit suizidalen Krisen?

Was berichten Patienten? Videobeispiel



Zahlen und Fakten

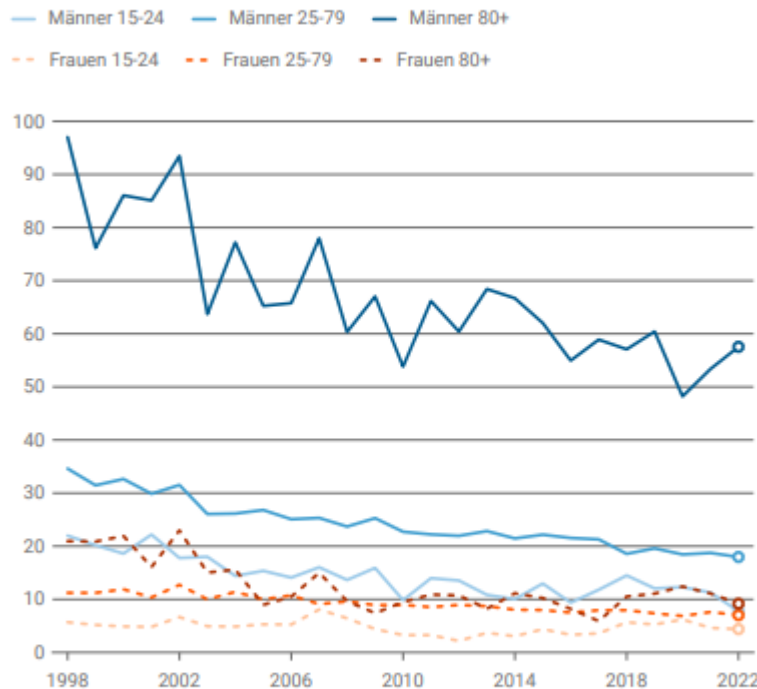


Epidemiologie

Suizide in der Schweiz (Obsan Bulletin 08/2024)

Anzahl nicht-assistierte Suizide pro 100 000 Einwohner/-innen, nach Alter und Geschlecht

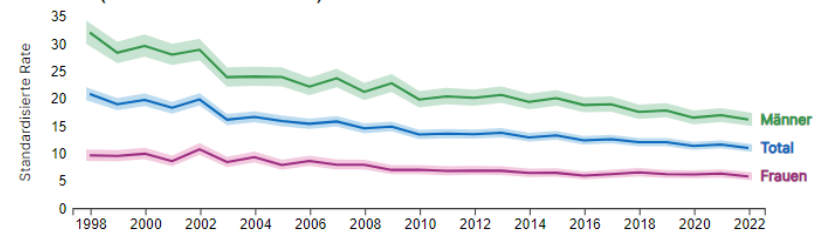
G9



Datenstand: 09.02.2024
Quelle: BFS – Todesursachenstatistik (CoD) /
Auswertung Obsan

gr-d-14.09.33
© Obsan 2024

Suizidrate (exkl. Suizidhilfe)



© Obsan 2024

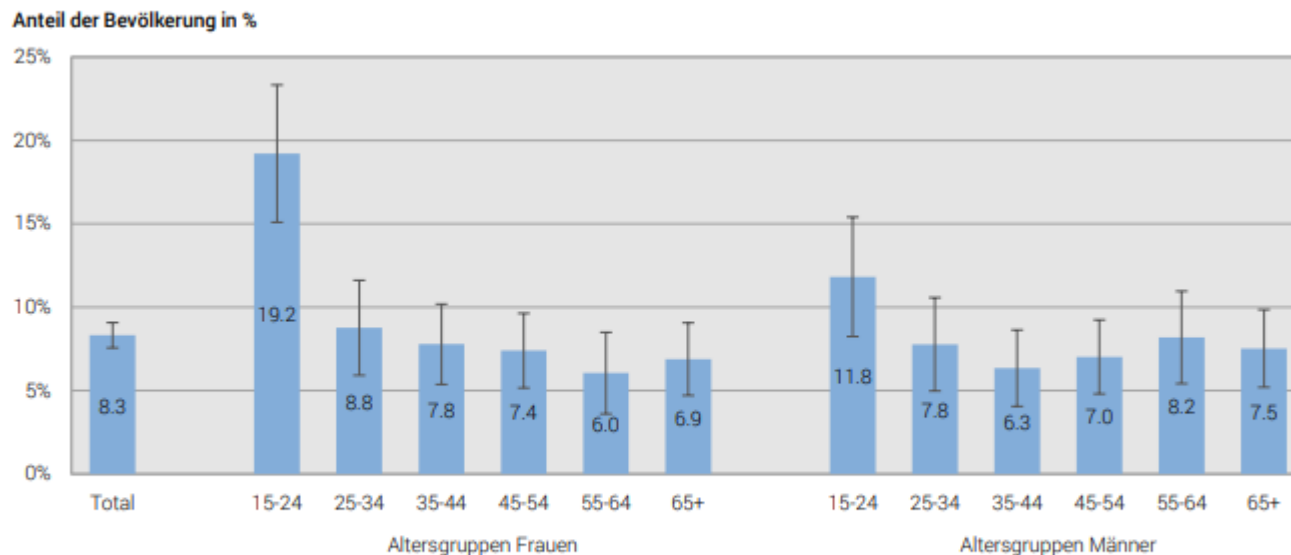
**BFS – Statistik der Todesursachen (TU)
2023 & Statistik der Bevölkerung und der
Haushalte (STATPOP) 2024**

Zahlen und Fakten

(Obsan Bericht 03/2023)

- 5-8% Suizidgedanken, in den letzten 12 Monaten
- 4% (mind.) ein SV

G 3.15 Suizidgedanken (letzte 2 Wochen), nach und Geschlecht und Alter, 2022



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=5493

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Wie ist die Situation in der Schweiz?

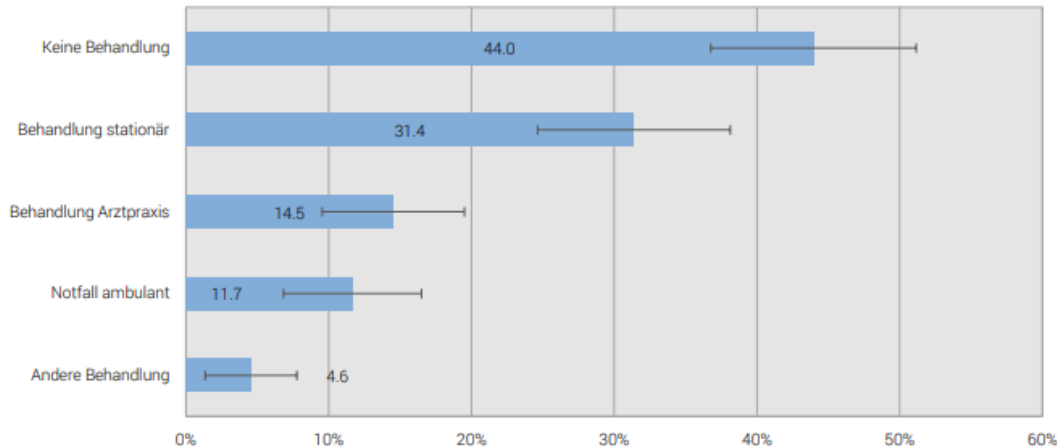
(Obsan Bericht 03/2023)

^b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

G 3.16 Betreuung/Behandlung nach Suizidversuch (jemals)

Anteil Personen mit Suizidversuch (jemals) in %



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=201

Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

- 40% der betroffenen Personen wurden nach einem SV nicht behandelt oder betreut
 - 1/3 professionelle Hilfe
- Betroffene werden im Gesundheitssystem oft nicht sichtbar.

Gründe?

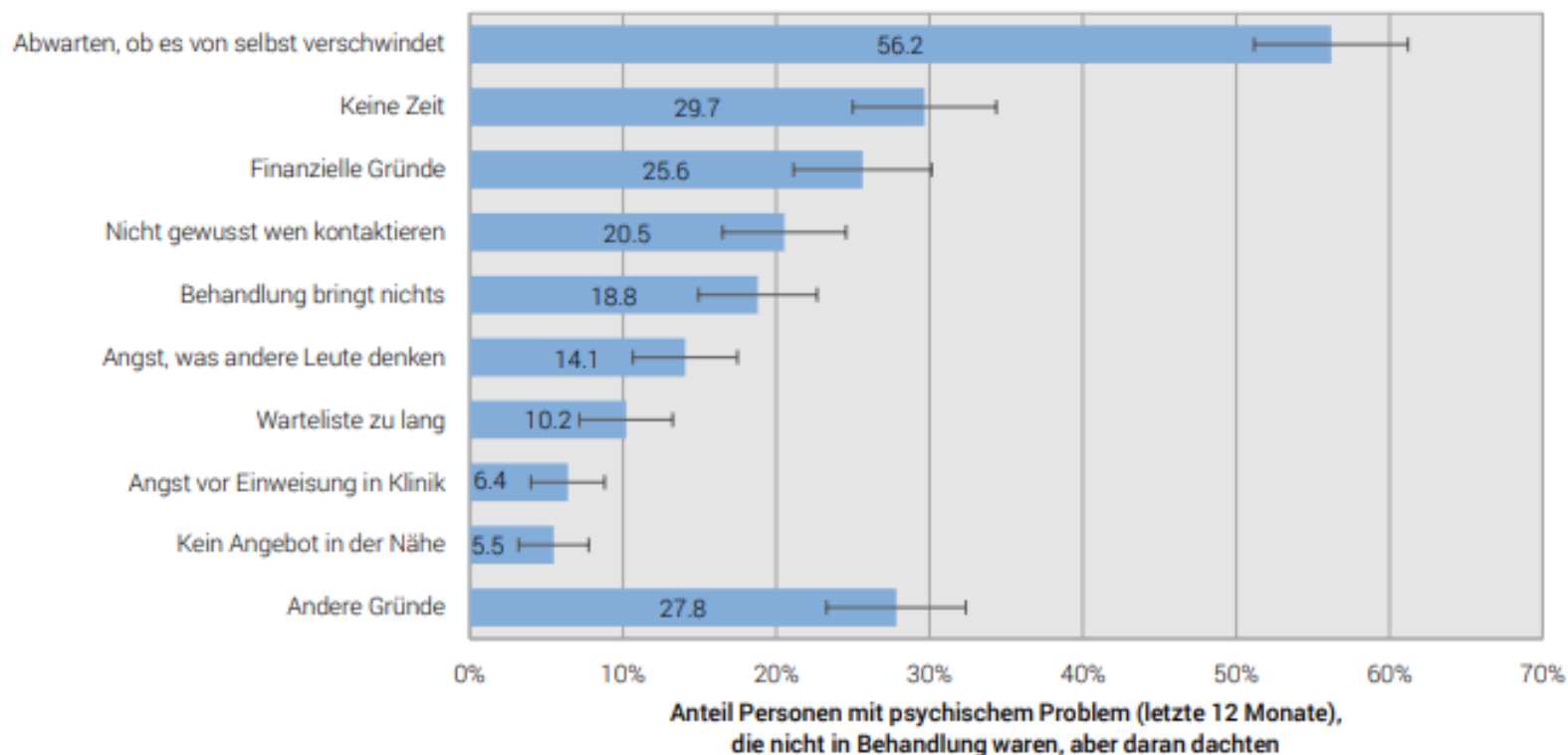
(Obsan Bericht 03/2023)

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

G 3.29 Gründe für die Nicht-Inanspruchnahme einer Behandlung trotz psychischer Probleme, 2022



Fehlerbalken=Vertrauensintervall 95%

n=417

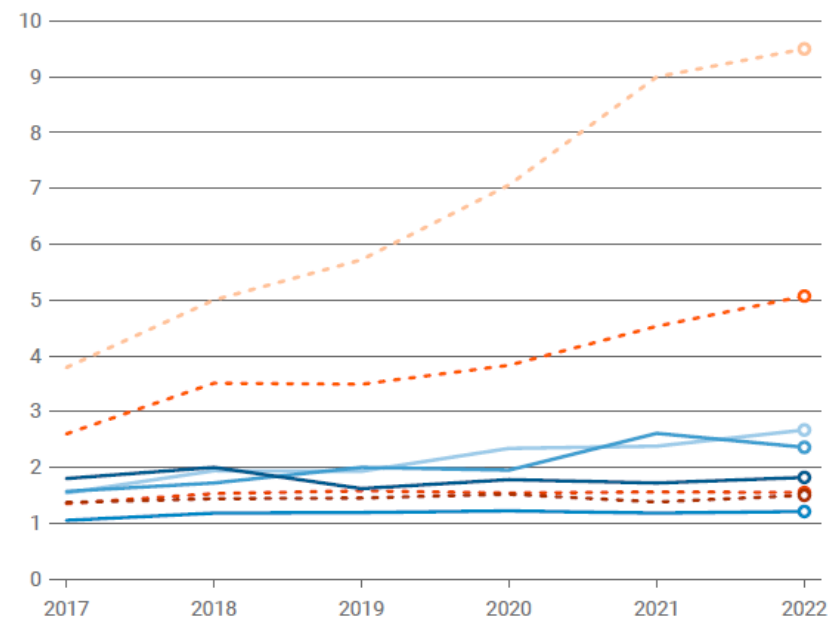
Quelle: OBSAN, BFS – Omnibuserhebung Psychische Gesundheit

© Obsan 2023

Hospitalisierungen aufgrund eines mutmasslichen
Suizidversuchs pro 1 000 Einwohner/-innen, nach
Alter und Geschlecht

G 8

Männer 15-19 Männer 20-24 Männer 25-79 Männer 80+
Frauen 15-19 Frauen 20-24 Frauen 25-79 Frauen 80+



Datenstand: 09.02.2024
Quelle: BFS – MS / Auswertung Obsan

gr-d-14.09.32
© Obsan 2024

Methoden



Suizidmethoden, exkl. Suizidhilfe^a

(Obsan Bulletin 08/2024)

^b
UNIVERSITÄT
BERN

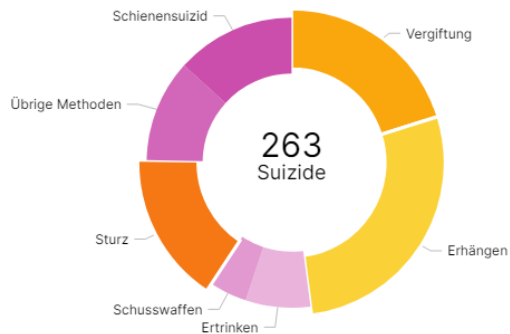


2022 ▾ ▶

Total

Frauen

Männer



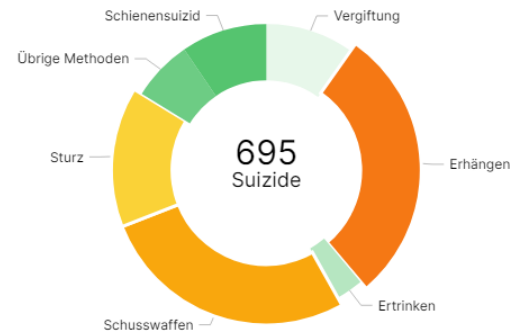
© Obsan 2024

2022 ▾ ▶

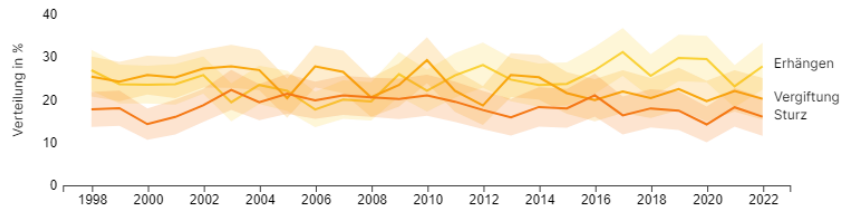
Total

Frauen

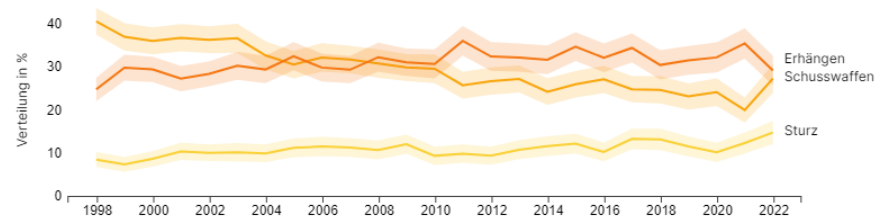
Männer



© Obsan 2024



© Obsan 2024



© Obsan 2024

Methoden

Intoxikationen

Hawton, Knipe, & Pirkis, J. (2024)

- Prävalenz: 18% aller Suizide
- Effektive Massnahmen:
 - Einschränkungen des Zugangs
 - Beschränkung der Menge bei einem Kauf

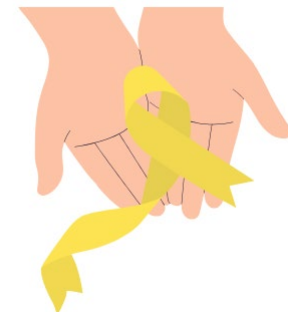


Methoden

Schusswaffen

Hawton, K., Knipe, D. & Pirkis, J. (2024)

- Prävalenz: 51% aller Suizide in den USA
 - Effektive Massnahme:
 - Gesetzliche Regelung
 - Änderung der Militärpolitik
- Rückgang der Suizide mit Schusswaffen um 23%
- Schweiz - 2003 Armee reform „Armee XXI“
(neue Regelung zur Waffenaufbewahrung=



Methoden öffentlichen Orten

Hawton, K., Knipe, D. & Pirkis, J. (2024)

- Prävalenz: 30% aller Suizide

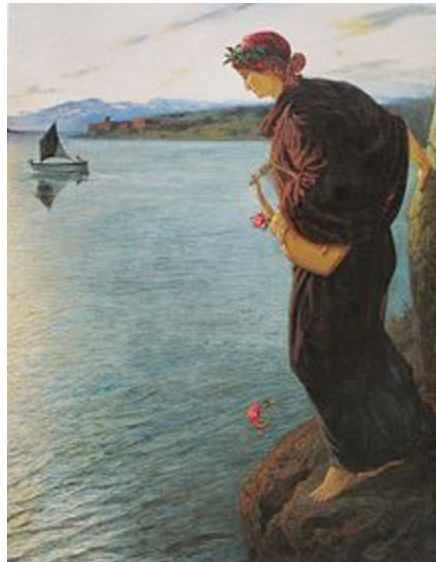
Gründe für die Wirksamkeit

1. Die Ausführung der Handlung während der Krise **verzögern**
2. Die Möglichkeit geben zu **intervenieren**
3. Die Gefahr der Methode **verringern**

• Einführung von Überwachungskameras etc.

→ Rückgang um 91% der Suizide bei Installation von Barrieren / Netzen

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



^b
UNIVERSITÄT
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)

Der suizidale Modus *on/off Phänomen*

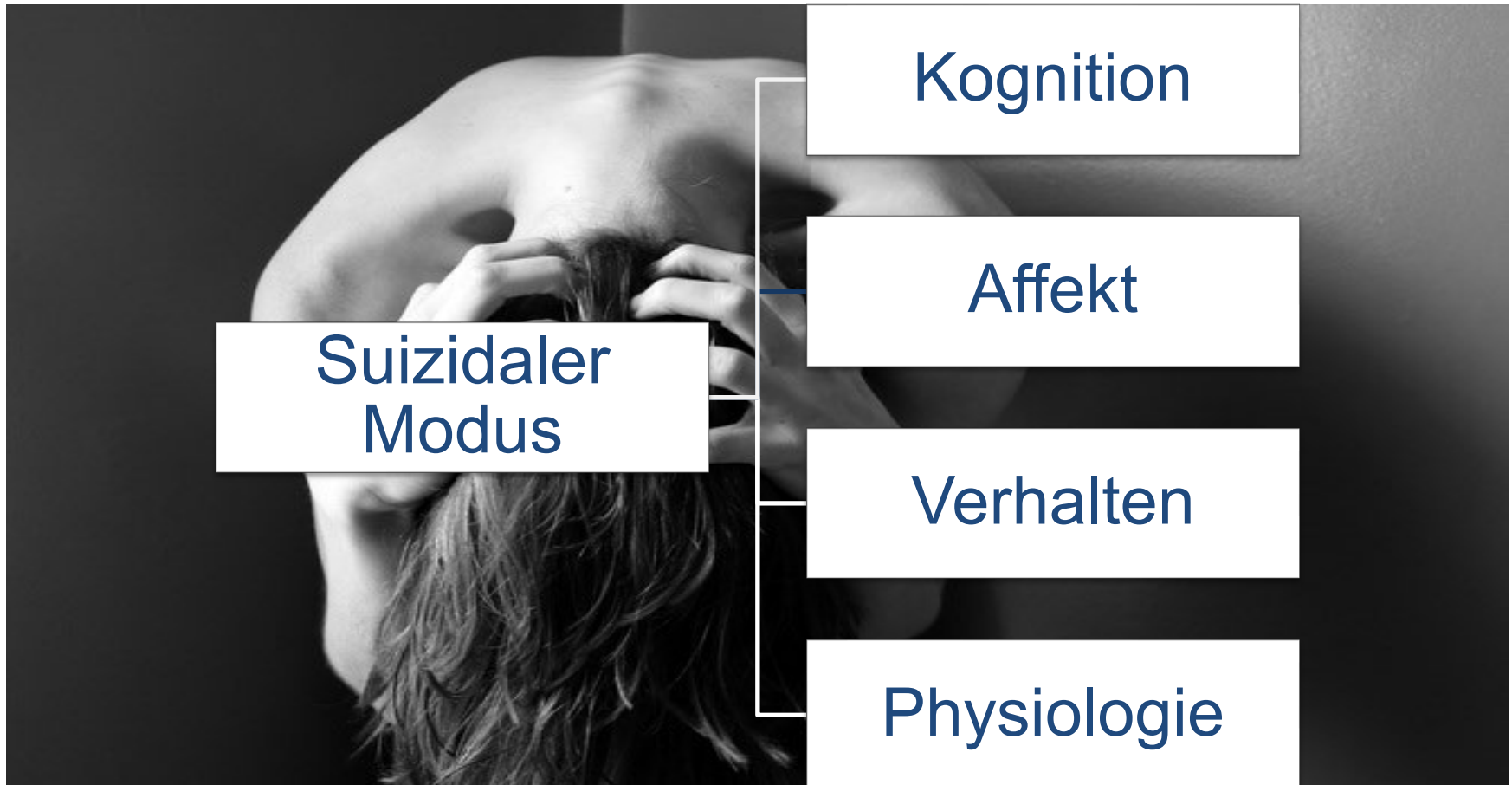
Beck, 1996; Rudd, 2001

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Kevin Hain

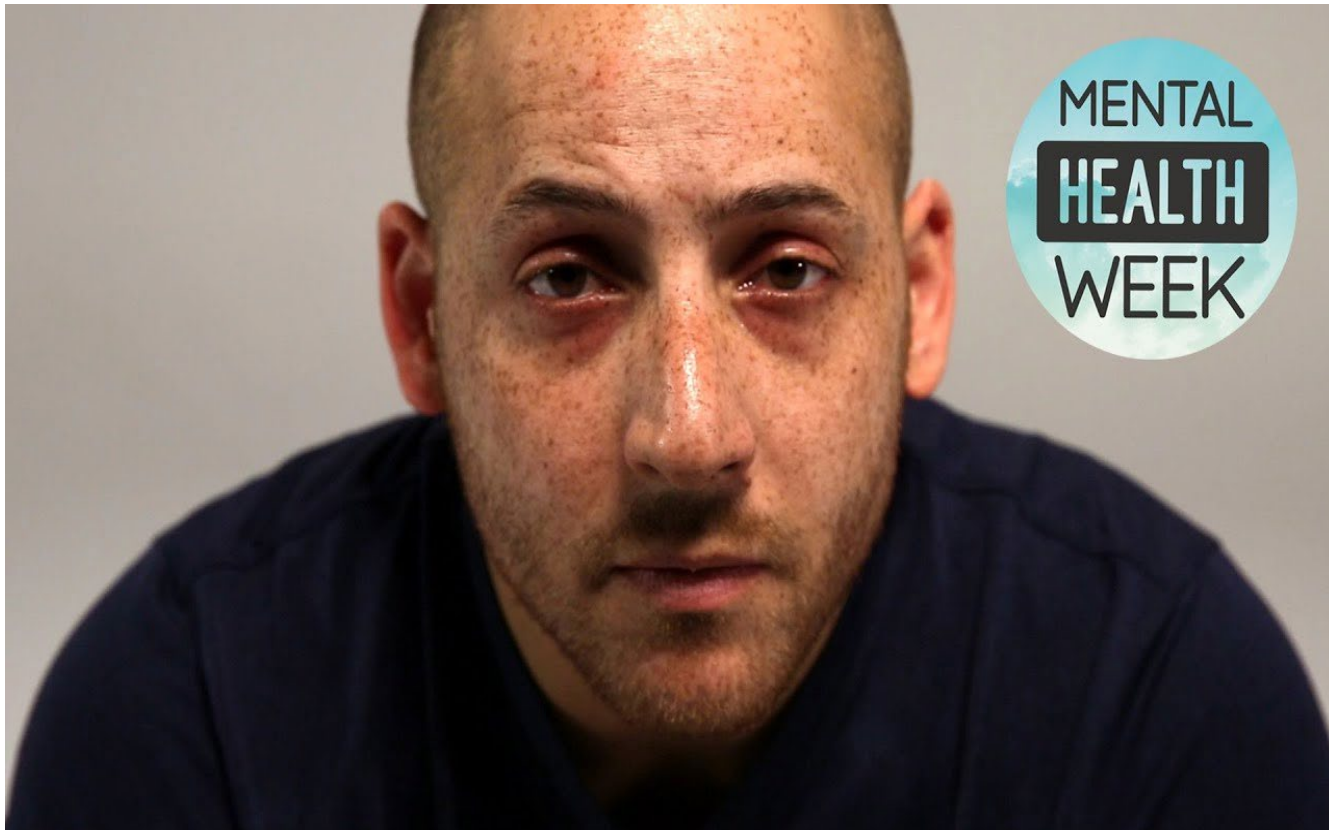
02:23

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Der Suizidale Modus

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)

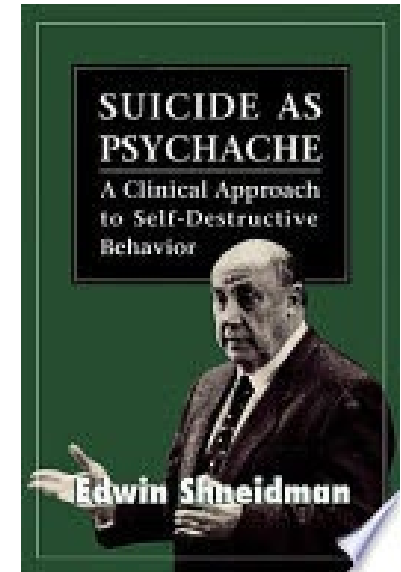
u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

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

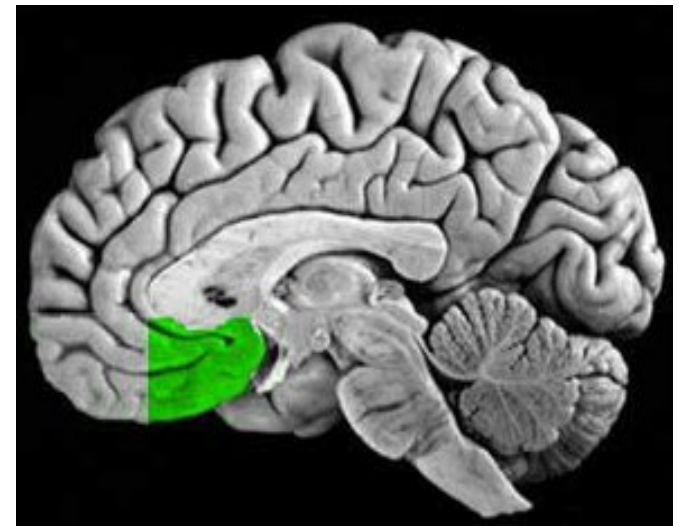


*...the suicidal drama is almost always driven by
psychological pain... what I call PSYCHACHE. Psychache is
at the dark heart of suicide: no psychache, no suicide.*

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

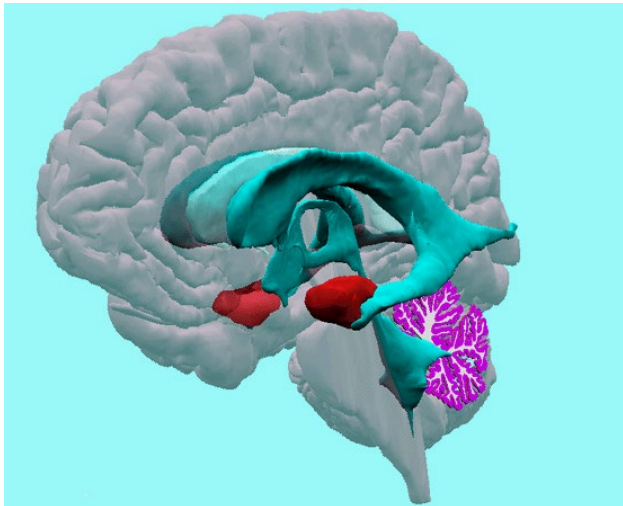
u^b

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“



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

Handlungstheorie

Suizid ist eine Handlung

u^b

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



- **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**.

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:

Gruppenübung



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.: Psychoedukatives Handout

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

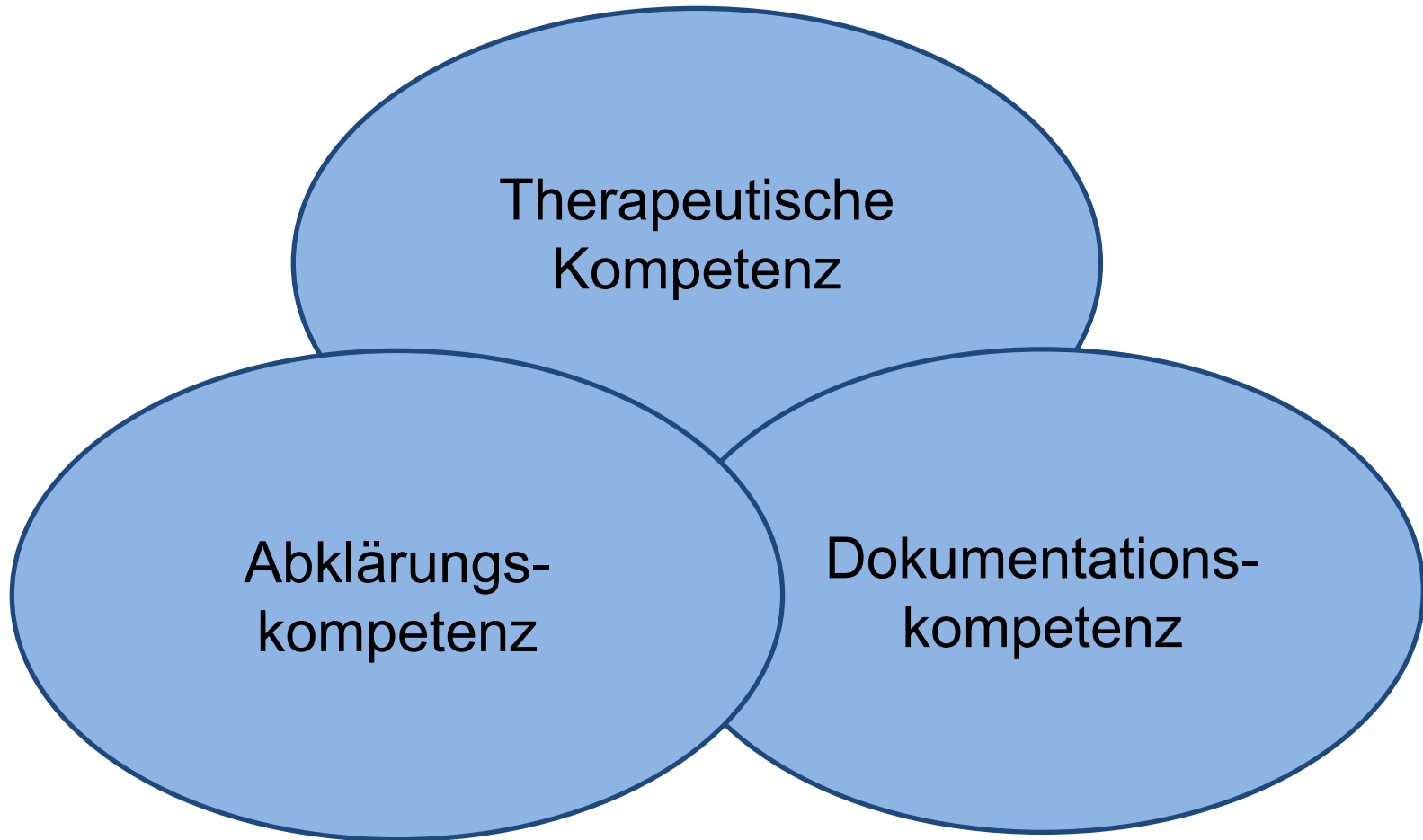
Plenum: Was war einfach? Was war schwierig Welche Fragen sind entstanden?

Kompetenzen im Umgang mit Suizidalität

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Therapeutische
Kompetenz

Abklärungs-
kompetenz

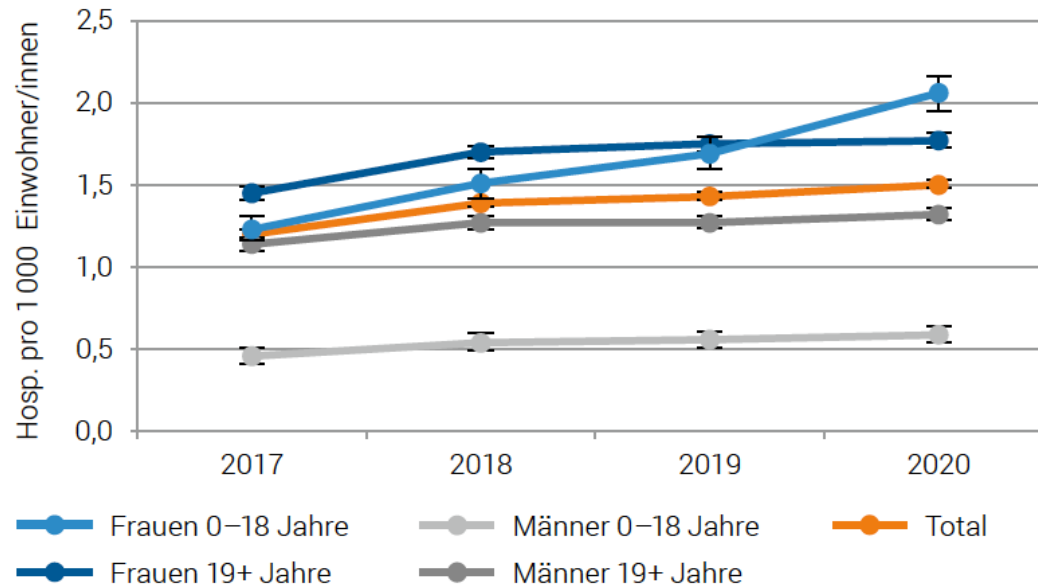
Dokumentations-
kompetenz

Hospitalisierung aufgrund mutmasslicher Suizidversuche in der Schweiz

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Total 2020
Rate pro 1000
Einwohner*innen: 1.5
n: 12'833

I Vertrauensintervall (95%)

Frauen 0-18 Jahre: *n*=933-1 561, Frauen 19+ Jahre: *n*=5 086-6 230;
Männer 0-18 Jahre: *n*=374-473, Männer 19+ Jahre: *n*=3 829-4 569

BFS – Med. Statistik der Krankenhäuser
Obsan, 2022

Hilfesuchverhalten



^b
UNIVERSITÄT
BERN

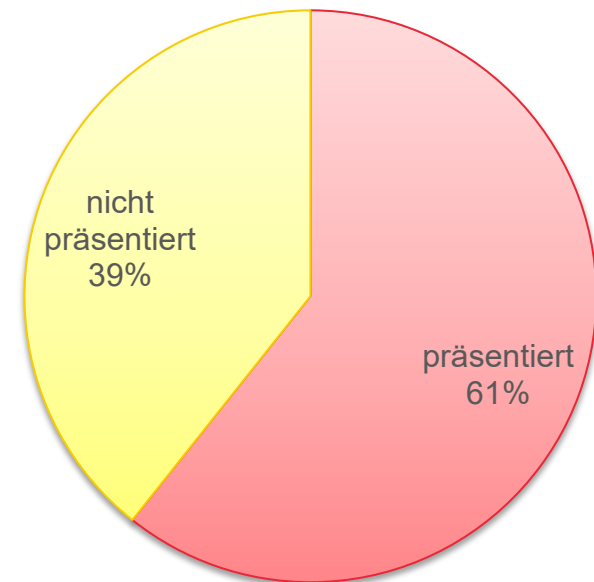


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Wie viele Menschen holen sich nach einem Suizidversuch professionelle Hilfe?

Telefonumfrage repräsentativer
Bevölkerungsstichprobe in Frankreich
(Jollant et al., 2020)

$N = 102'729$ davon
 $n = 6'500$ mit Suizidversuch in der Geschichte



■ präsentiert ■ nicht präsentiert

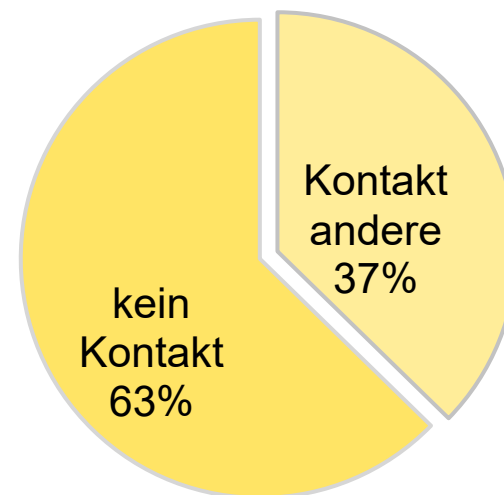
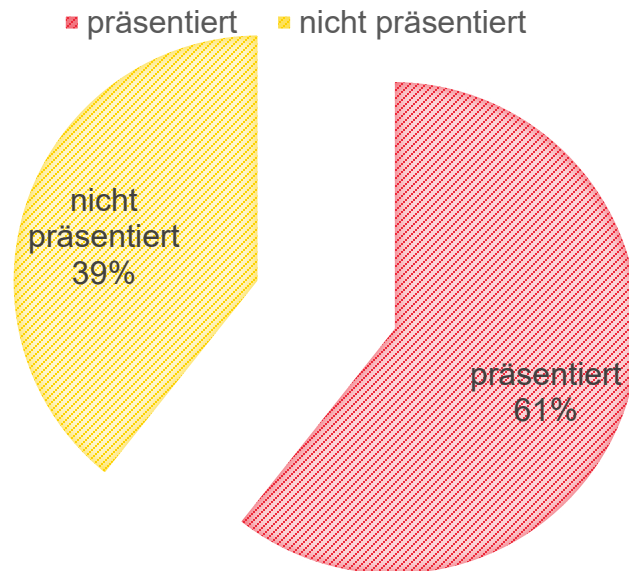
Hilfesuchverhalten



^b
UNIVERSITÄT
BERN

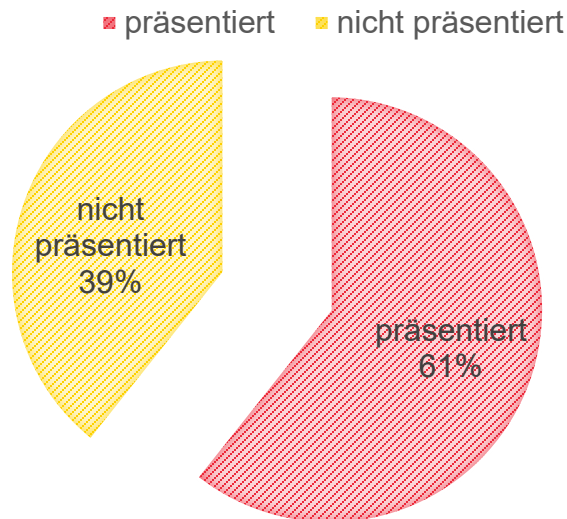


Wie viele Menschen holen sich nach einem Suizidversuch professionelle Hilfe?



Hilfesuchverhalten

Wie viele Menschen holen sich nach einem Suizidversuch professionelle Hilfe?



Hilfesuchverhalten

Wie viele Menschen holen sich nach einem professionellen Hilfe?

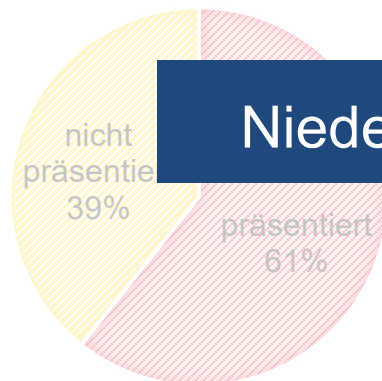
Suizidversuch

Telefonumfrage repräsentativer Bevölkerungsstichprobe in Frankreich (Jollant et al., 2020)

$N = 102'729$ davon

$n = 6'500$ mit Suizidversuch in der Geschichte

■ präsentiert ■ nicht präsentiert



Niederschwellige Nachsorgeangebote nutzen.

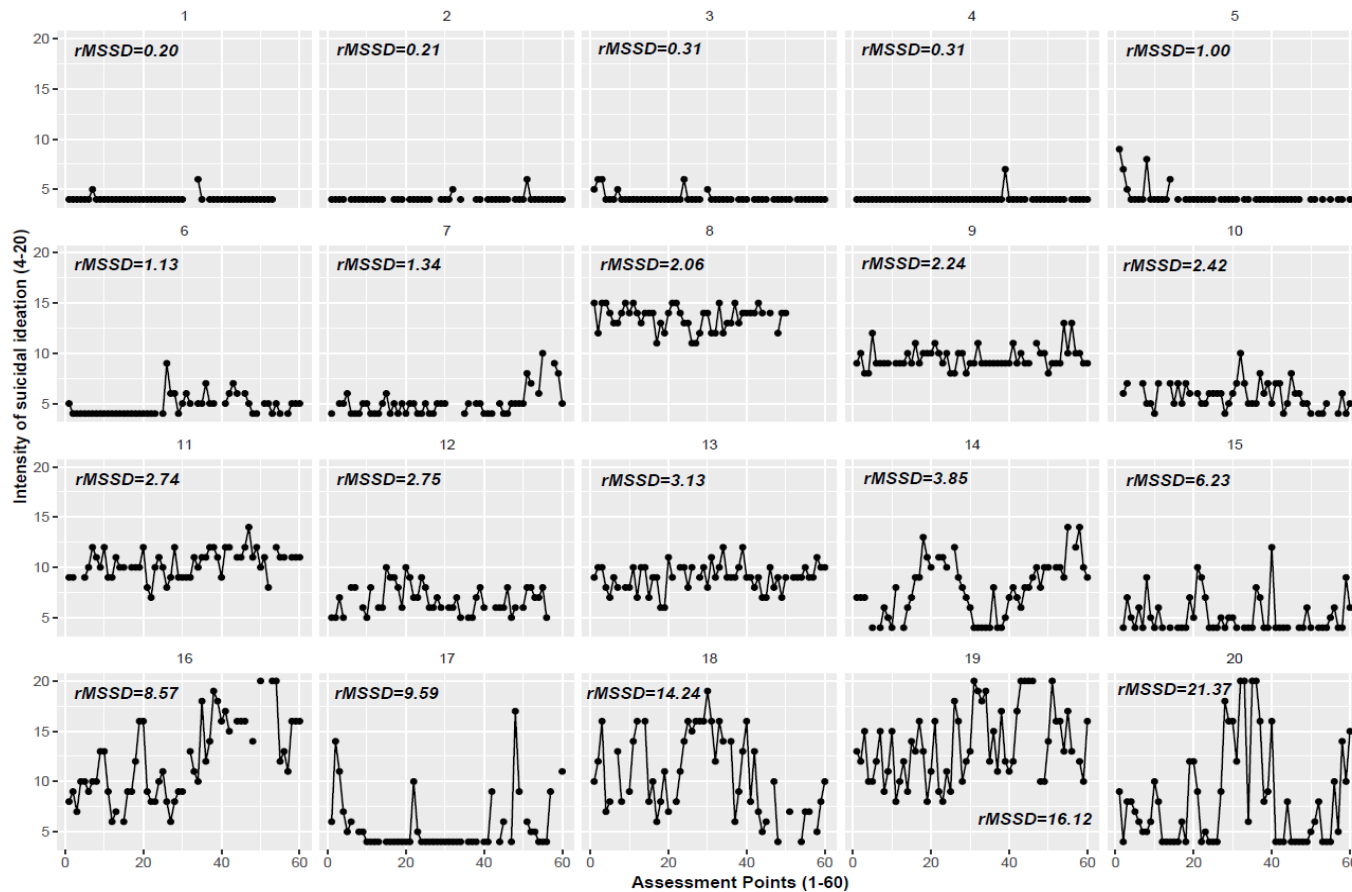
Fact...

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

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



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.

Risikofaktoren



Risikofaktoren

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



ELSEVIER

Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

General Hospital Psychiatry

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



Research paper

Qualitative analysis of hospital patient narratives of warning signs on the day of their suicide attempt

Kenneth R. Conner^{a,*}, Jaclyn C. Kearns^b, Lauren M. Denneson^{c,d}

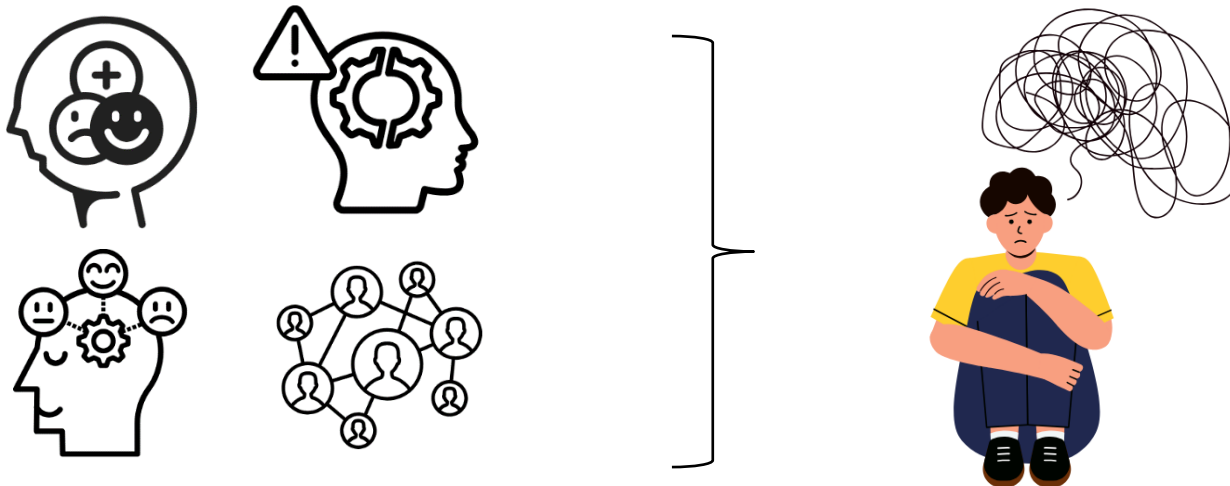
^a Department of Emergency Medicine, University of Rochester Medical Center, Rochester, NY, USA

^b Department of Psychology, University of Rochester, Rochester, NY, USA

^c HSR&D Center to Improve Veteran Involvement in Care, VA Portland Healthcare System, Portland, OR, USA

^d Department of Psychiatry, Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA

Analyse der Warnsignale 24h vor dem Suizidversuch:

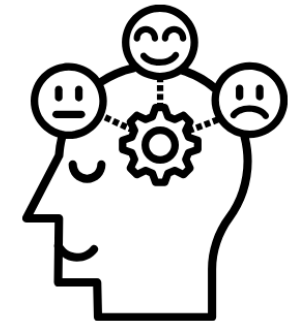
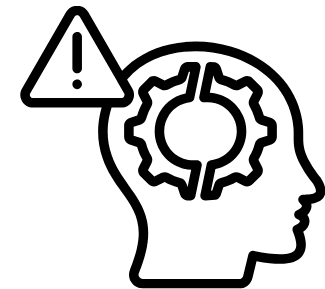


Risikofaktoren I

Table 2

Most frequent codes in each warning signs category.

Code	Participants with Code (n/N)	Overall Frequency of Code (N)
Cognitive Warning Signs		
(1c) resolving to attempt suicide in the near future	48.5% (17/35)	32
(1f) self-persuasion to attempt suicide	46% (16/35)	25
(1d) developing or finalizing an acute plan to attempt suicide	43% (15/35)	29
(1e) cognitive disturbance	37% (13/35)	23
(1b) hopelessness/frantic hopelessness	23% (8/35)	11
Behavioral Warning Signs		
(2a) preparations to attempt suicide	43% (15/35)	27
(2d) communication of distress	31% (11/35)	14
(2f) alcohol use	26% (9/35)	21
(2c) suicidal communication	23% (8/35)	13
(2b) preparation of personal affairs	20% (7/35)	13



Risikofaktoren I

Most frequent codes in each warning signs category.

Code	Participants with Code (n/N)	Overall Frequency of Code (N)
Emotional Warning Signs		
(3e) emotional pain	46% (16/35)	41
(3b) entrapment	40% (14/35)	30
(3a) dramatic changes in mood	28.5% (10/35)	15
(3f) self-alienation	28.5% (10/35)	13



→ Kombination kognitiv, verhaltensbezogener, emotionaler & sozialer Warnzeichen erhöhen das akute Risiko für suizidales Verhalten und schaffen Voraussetzungen für einen Übergang zur akuten Vorbereitung und Absicht

(4d) disgust with others	14% (5/35)	17
(4c) burdensomeness	9% (3/10)	4



Arousal/Somatic Warning Signs¹		
(5c) physical pain	8.5% (3/35)	9
(5a) agitation/irritability	3% (1/35)	1
(5b) hypervigilance	3% (1/35)	1



Note. Results are shown for the top 5 most frequent warning signs in descending order within each category.

¹ Arousal/somatic warning signs includes 3 warning signs, each are shown.

Risikofaktoren

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Received: 29 December 2023 | Revised: 20 July 2024 | Accepted: 25 July 2024
DOI: 10.1111/adhb.13120

ORIGINAL ARTICLE

Suicide and
Suicidal Thoughts

Ambulatory assessment of suicidal ambivalence: The temporal variability of the wish to live and the wish to die and their relevance in the concurrent and prospective prediction of suicidal desire

Mareike Ernst PhD^{1,2,3} | Theresa J. Gemke MD Candidate³ | L. Julian Olivi BSc¹ | Rory C. O'Connor PhD²

Received: 31 December 2023 | Revised: 30 April 2024 | Accepted: 15 May 2024
DOI: 10.1111/adhb.13096

ORIGINAL ARTICLE

Suicide and
Suicidal Thoughts

Dynamic association between suicidal ambivalence and suicide risk among individuals with a history of suicide attempts

Clemens Fartacek PhD^{1,2,3} | Reinhold Fartacek MD⁴ | Günter K. Schiepek PhD³ | Josef Sturm DMSc⁵ | Wolfgang Aichhorn MD³ | Martin Plöderl PhD^{1,2}

Suizidale Ambivalenz: Wechsel zw. Wunsch zu leben (WTL) & Wunsch zu sterben (WTD)

→ schwankt bei suizidgefährdeten Menschen erheblich

Suizidale Ambivalenz:

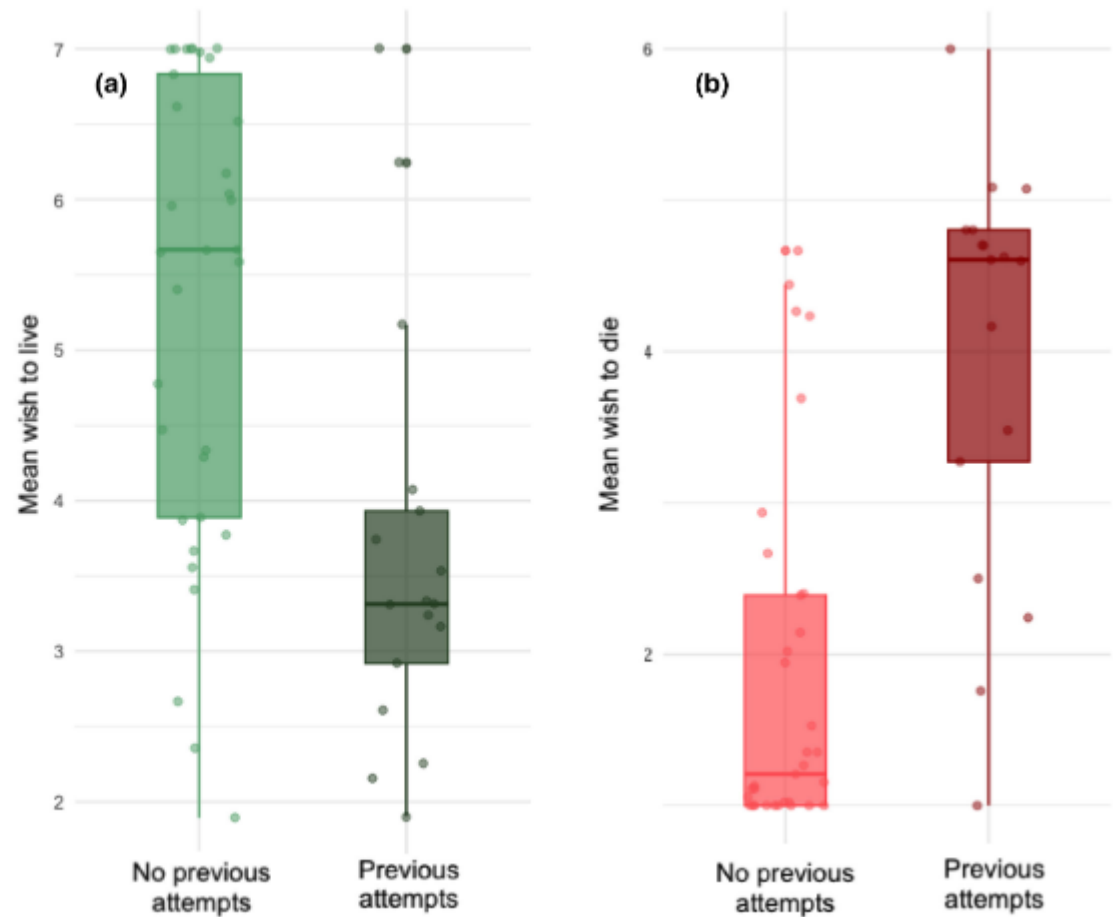
- ist signifikant mit dem Suizidrisiko am selben Tag assoziiert
- kann kurzfristige Veränderungen im Suizidrisiko vorhersagen



Risikofaktoren

Ernst et al. (2024)

FIGURE 1 Mean wish to live, wish to die, ambivalence, and suicidal desire over ten days. Inpatients with previous suicide attempts reported a weaker wish to live (panel a) and a stronger wish to die (panel b), more ambivalent states (panel c), and stronger suicidal desire (panel d).



u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Risikofaktoren

Ernst et al. (2024)

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

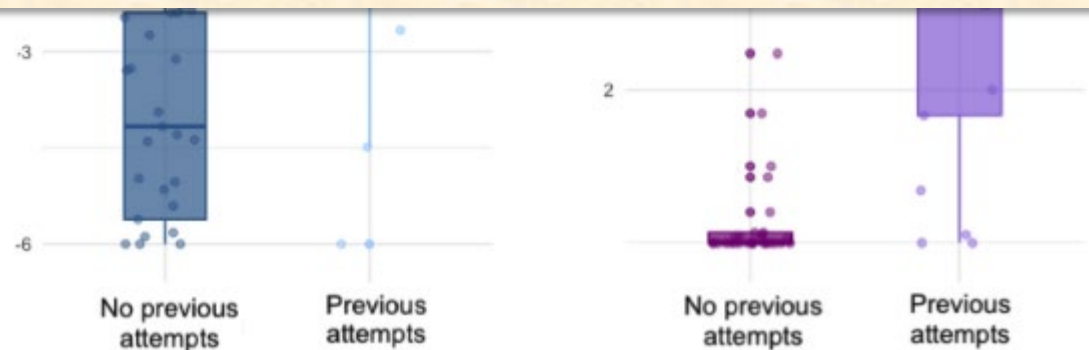
UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

FIGURE 1 Mean wish to live, wish to die, ambivalence, and suicidal desire over ten days. Inpatients with previous suicide attempts reported a weaker wish to live



→ **suizidale Ambivalenz ein treibender Faktor für das Suizidrisiko** auch bei Personen mit einer Vorgeschichte von Suizidversuchen ist.

Die Suizidales Ambivalenz spielt eine wichtige Rolle in der Vorhersage von Suizidwünschen



Risikofaktoren

Aaltonen et al. (2024)

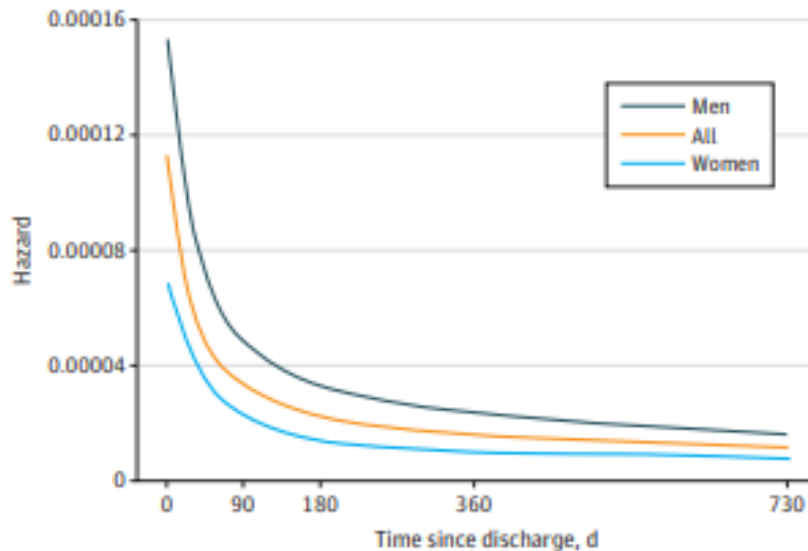
u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

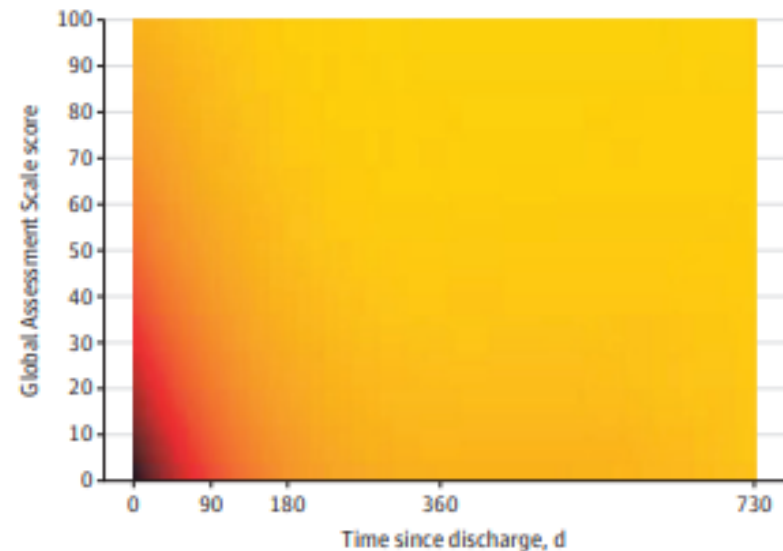
UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Figure 1. Hazard of Suicide After Discharge by Sex and Overall Severity of Symptoms and Functioning Up to 2 Years

A Hazard of suicide after discharge by sex

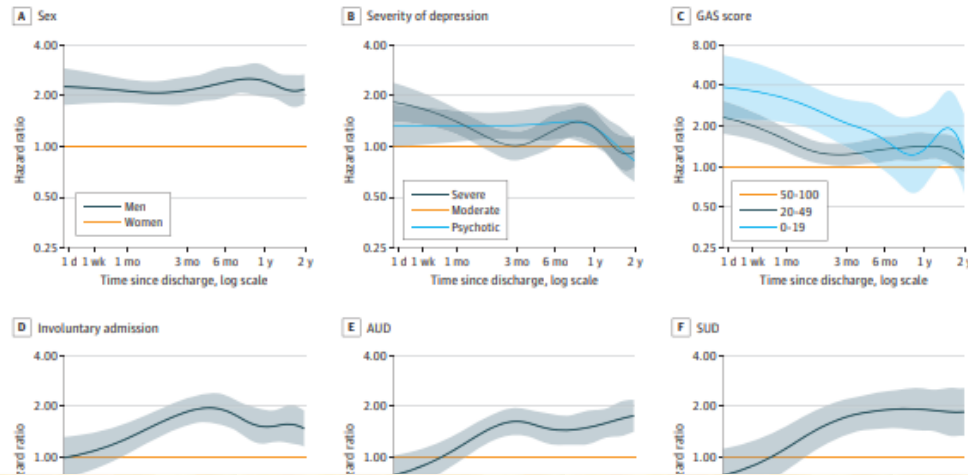


B Overall severity of symptoms and functioning



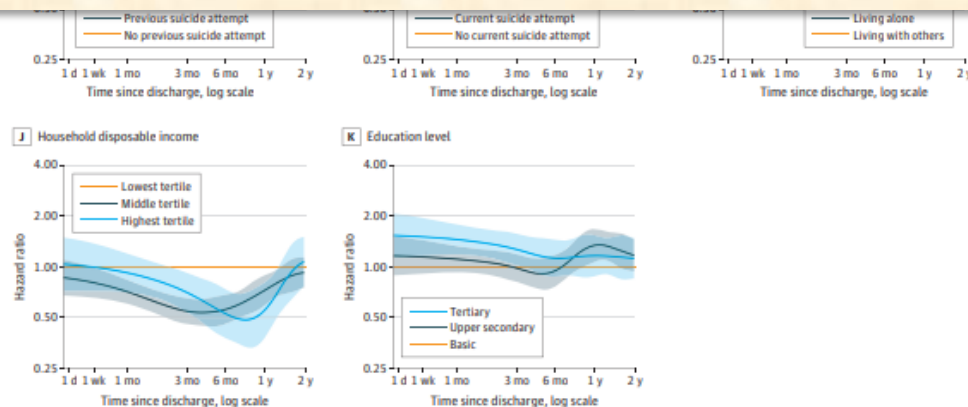
A, Hazard of suicide for men, women, and overall by time from discharge in days. B, The heat map represents risk of suicide by Global Assessment Scale score assigned at admission and time from discharge, where black indicates higher and yellow indicates lower relative risk.

Figure 2. Variations in Relative Risk of Suicide by 11 Factors as a Continuum Up to 2 Years



→ In den ersten Tagen nach der Entlassung: Relatives Risiko für schwere Depression, aktueller Suizidversuch, schwere der Symptome und männliches Geschlecht um das 2- bis 5-fache erhöht.

→ Risikofaktoren müssen zeitlich dynamisch betrachtet werden.



Curves represent instantaneous hazard ratios of suicide compared with the reference group, that is, reflect what hazard ratio is at each period after discharge (and how hazard ratios change in time). For example, panel A shows that risk of suicide is about 2-fold higher among men than among women throughout the first 2 years after

discharge. Panel E shows that for people with alcohol use disorder (AUD), risk of suicide for the first month is about the same as with people without AUD but then rises in time and ends up being approximately 1.5-fold higher for later periods. GAS indicates Global Assessment Scale; SUD, substance use disorder.

Risikoeinschätzung

Paradigmenwechsel:

- Traditionelle Risikovorhersageskalen und ähnliche Massnahmen sind ineffektiv.
- Kollaborative Risikobewertungsansätze können die Auswirkungen der Sicherheitsplanung im Vergleich zu checklistenbasierten Bewertungsansätzen verbessern.

Research paper

Collaboration matters: A randomized controlled trial of patient-clinician collaboration in suicide risk assessment and intervention



Monika Lohani^{a,*}, Craig J. Bryan^b, Jamie S. Elsey^c, Sam Dutton^c, Samuel P. Findley^c, Scott A. Langenecker^b, Kristen West^c, Justin C. Baker^b

^a Department of Psychology, University of Utah, United States of America

^b Department of Psychiatry and Behavioral Health, The Ohio State University, United States of America

^c Department of Educational Psychology, University of Utah, United States of America

ARCHIVES OF SUICIDE RESEARCH
2022, VOL. 26, NO. 4, 1645–1665
<https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1938321>

Routledge
Taylor & Francis Group

OPEN ACCESS

Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research

Mohamad M. Saab , Margaret Murphy, Elaine Meehan, Christina B. Dillon, Selena O'Connell, Josephine Hegarty, Sinead Heffernan, Sonya Greaney, Caroline Kilty, John Goodwin, Irene Hartigan, Maily O'Brien, Derek Chambers, Una Twomey, and Aine O'Donovan

Evidenzbasierte Suizidprävention

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Evidence-Based Care for Suicidality as an Ethical and Professional Imperative: How to Decrease Suicidal Suffering and Save Lives

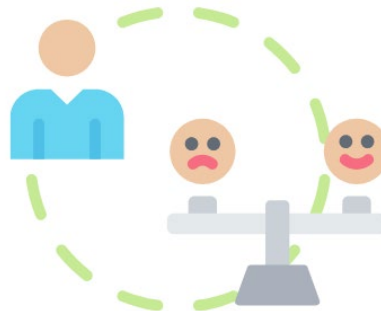
David A. Jobes¹ and Jeffrey E. Barnett²

¹Department of Psychology, The Catholic University of America

²Department of Psychology, Loyola University Maryland

Interventionen zur akuten Stabilisierung:

- 1) Stabilisierung von Personen mit akutem Suizidrisiko

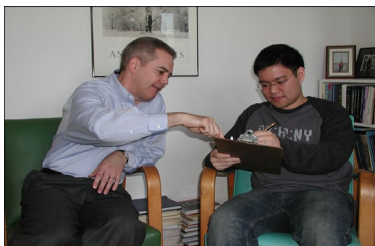


Evidenzbasierte Suizidprävention

Interventionen zur akuten Stabilisierung:

Aufruf zum Handeln:

Psycholog:innen und andere Fachkräfte sollten suizid-spezifische, evidenzbasierte Ansätze nutzen, um Suizidfälle und -leiden zu reduzieren.



Risk Assessment

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- 
- 
- die Zusammenarbeit zw Patient:innen und Kliniker:innen verbessert die Suizidprävention
 - Die aktive Einbindung des/der Patient:innen in die Beurteilung & Intervention zeigt positive Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis

Risk assessment

Suicide Status Form- 4

Received: 22 March 2024 | Revised: 5 August 2024 | Accepted: 4 September 2024
DOI: 10.1111/sltb.13128

ORIGINAL ARTICLE



The Suicide Status Form-4 (SSF-IV) as a potentially therapeutic suicide risk assessment tool

Nicolas Oakey-Frost PhD¹ | Emma H. Moscardini PhD² | Tovah Cowan PhD^{1,3,4} | Jessica L. Gerner MS¹ | Kathleen A. Crapanzano MD, MACM⁵ | David A. Jobes PhD⁶ | Raymond P. Tucker PhD^{1,5}

Suicide Status Form-4 (SSF-IV) als potenzielles Tool zur therapeutischen Risikoabschätzung



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

Initialen: Untersucher: Datum:

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

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

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

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

Empfehlungen nach suizidalem u^b Verhalten

^b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

NICE Guidelines (NICE, 2022):

- Empfohlene Behandlungen: Strukturierte, personenzentrierte, psychologische Intervention, die auf der KVT Techniken basieren
- Einnahme einer kollaborativen therapeutischen Haltung
- Entwicklung eines Sicherheitsplans



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

- 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

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Scale for Suicide Ideation

- Beck Scale of Suicide Ideation

- Modified

- Semantic

- Suicide

- Parity

- Suicide

- 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 bzw. wurde widerlegt.

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

Nach Suizidgedanken fragen *u^b*

^b
UNIVERSITÄT
BERN



Wie häufig verneinen Menschen ihre Suizidgedanken?

Literatur: Gysin-Maillart (2024)

- Geht davon aus, dass Suizidgedanken sehr häufig verneint werden.
- Wichtig ist, dass Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten brauchen eine spezifische Kommunikation, welche eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung schafft.
- Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten brauchen eine spezifische Kommunikation, welche eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung schafft.
- Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten brauchen eine spezifische Kommunikation, welche eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung schafft.

Umgang mit suizidalen Patienten

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

Vertrauensbasis!
(Ganzini, 2013)

Collaborating to prevent suicide

TRADITIONAL „MEDICAL“ MODEL



Depression

- lack of sleep
- poor appetite
- anhedonia
- ?suicidality?

COLLABORATING APPROACH



Suicidality

- pain stress agitation
- hopelessness self-hate
- reasons for living vs. reasons for dying

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.

Gysin-Maillart, 2024

Was berichten Patienten? Videobeispiel



Übung

Mein eigenes Narrativ

Suizidversuch in der Geschichte

Suizidversuch = Risikofaktor Nr. 1 für späteren Suizid(versuch) (Bille-Brahe et al., 1997; Runeson, 2002)

Die Suizidrate nach einem Suizidversuch:

2.8% nach 1 Jahr

5.6% nach 5 Jahren

7.4% nach 10 Jahre

Review

ANZJP

Suicide mortality after a nonfatal suicide attempt: A systematic review and meta-analysis

Demesmaeker et al., 2022

Risiko für späteren Suizid(versuch) massiv erhöht ($\times 40-60$) (Hawton et al., 2003; Runeson, 2002)

Risiko bleibt über Jahre hinweg hoch (Goldstein et al., 1991; Jenkins et al., 2002)

Durch den Eintritt ins Gesundheitssystem sind diese Patient:innen für präventive Interventionen erreichbar. Diese Chance muss genutzt werden!

Suizidrisikofaktoren

Demografische Risikofaktoren	Diagnostische Risikofaktoren
- Höheres Alter - Männliches Geschlecht - Geschieden, verwitwet, getrennt - Arbeitslosigkeit - Niedriger sozioökonomischer Status	- Psychische Störungen: Affektive Störungen, substanzbezogene Störungen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, psychotische Störungen - Komorbidität psychischer Störungen - Frühere Suizidversuche - Körperliche Erkrankungen
Soziale Bedingungen	Persönlichkeitsfaktoren
- Soziale Isolation - Vernachlässigung - Mangel qualitativ guter Beziehungen - Mangel sozialer Unterstützung - Konflikthafte Beziehungen - Verlustereignisse	- Hoffnungslosigkeit - Impulsivität - Rigidität & Inflexibilität - Negative Affektivität - Wahrnehmung eine Last für andere zu sein - Perfektionismus - Mangel an Bewältigungsstrategien - Genetische & biologische Faktoren
Gesellschaftsgebundene Risikofaktoren	Biografische Faktoren & Lebensereignisse
- Schlechter Zugang zu Hilfesystemen - Verfügbarkeit potenziell tödlicher Methoden - Unangemessene Medienberichterstattung	- Traumen - Sexueller/körperlicher Missbrauch - Suizid & Suizidversuche in der Familie - Psychische Erkrankungen in der Familienanamnese - Kürzlich belastende/stressreiche Lebensereignisse - Verlustereignisse

- Vielzahl von **Risikofaktoren** identifiziert
- **Vorhersage** von suizidalem Verhalten **nicht möglich** (Franklin et al., 2016)

→ Risikoalgorithmen

Adaptiert von WHO,
2014

Abklärungskompetenzen

Einschätzung des Suizidrisikos

RISIKOFAKTOREN

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
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

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



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



b
UNIVERSITÄT
BERN



(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, einschiessend)? Je eingeeengter, 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



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



b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

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



u^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



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“.

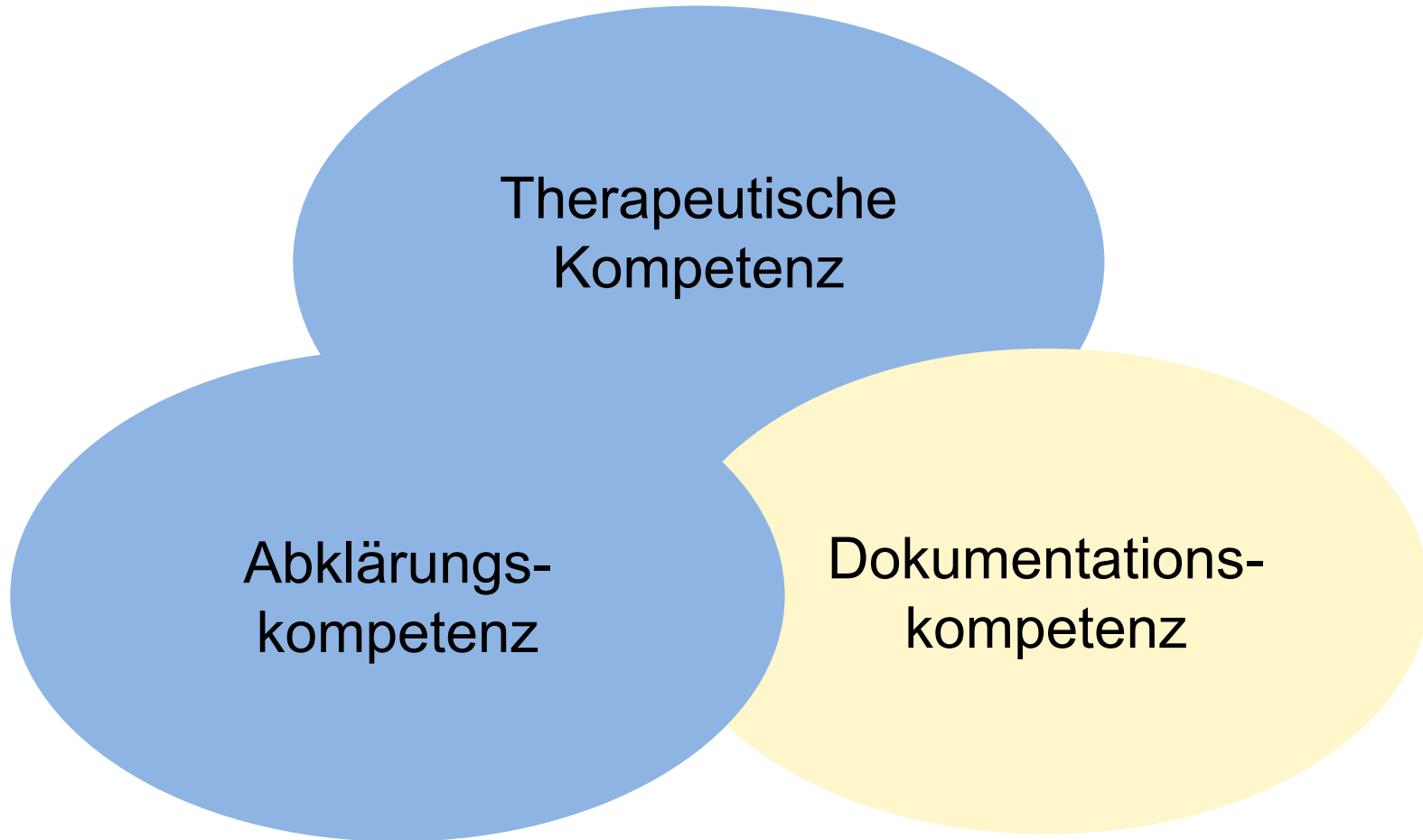
Plenum: Was war einfach? Was war schwierig Welche Fragen sind entstanden?

3 Kompetenzen im Umgang mit suizidalen Patienten

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Dokumentationskompetenzen

Juristische Grundlagen



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“.

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:



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:



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:



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“.

- „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

- Dokumentation eines Notfallberichts sollte mit Vorsicht gemacht werden. Status nach Suizidversuch bei Einweisung – verlieren ihren Privatschutz und Möglichkeit auf Privatstation behandelt zu werden.

Dokumentationskompetenzen

Zusammenfassung



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



b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

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

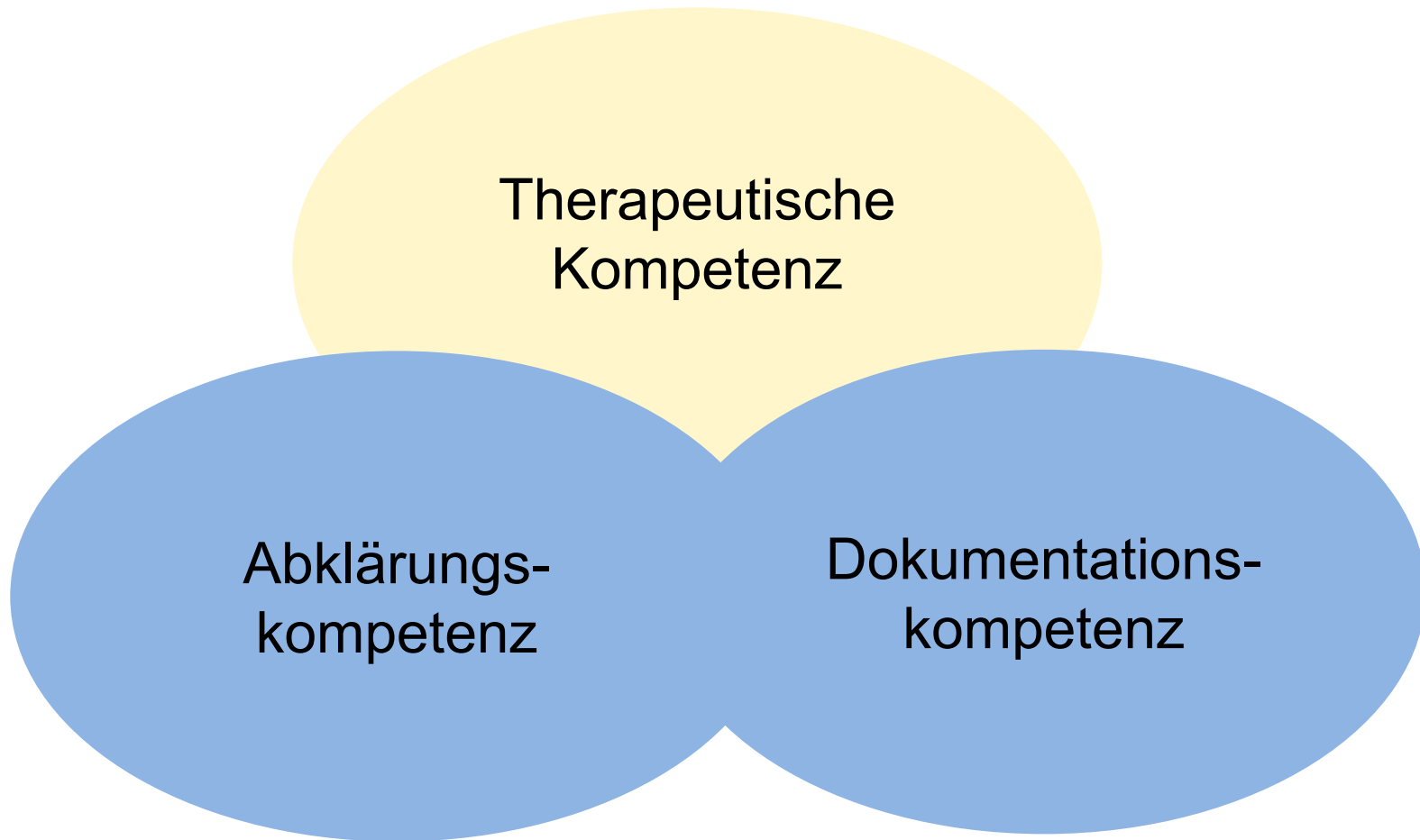
- 2-er Gruppen: Patient – Therapeut
- 10 Min.: Klären Sie letzte Fragen
- Dokumentieren Sie Ihre Einschätzung, die Beurteilung und die Handlungskonsequenz.

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



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	<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
<i>Journal of Medical Psychology, 52(4), 555-65.</i>			

Antisuiizidale 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: Antisuiizidalen 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



Gruppenübung



b
UNIVERSITÄT
BERN



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

- 2-er Gruppen: Patient – Therapeut
- 10 Min.: machen sie gemeinsam die Methodensicherung.

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

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

Antisuiizidale Massnahmen: ambulant

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



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

Antisuizidale Massnahmen



b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE 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 unabgemeldeter Abwesenheit **sofortige Massnahmen** (tel. Kontaktaufnahme, Angehörige, ggf. pol. Ausschreibung) ergreifen.

Psychotherapie



Spezifische Behandlungsangebote existieren aus den verschiedensten Bereichen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

MI

DBT

MBCT

CBT - BCBT

CAMS

PACT

ASSIP

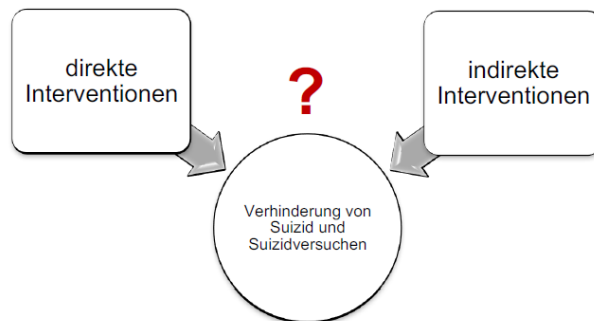
Safety Planning Intervention (SPI)

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 assoziierten 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.

Psychotherapeutische Interventionen nach Suizidversuch

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Sind suizidspezifischen Interventionen wirksam in der Behandlung von Menschen nach Suizidversuch?



Psychological Medicine

Psychotherapeutic interventions for the prevention of suicide re-attempts: a systematic review

Sobanski et al., 2020

18 RCTs: Vergleich von Interventionsgruppe (suizidspezifische Therapie) und Kontrollgruppe

Psychotherapie

Diefenbach et al. (2024)

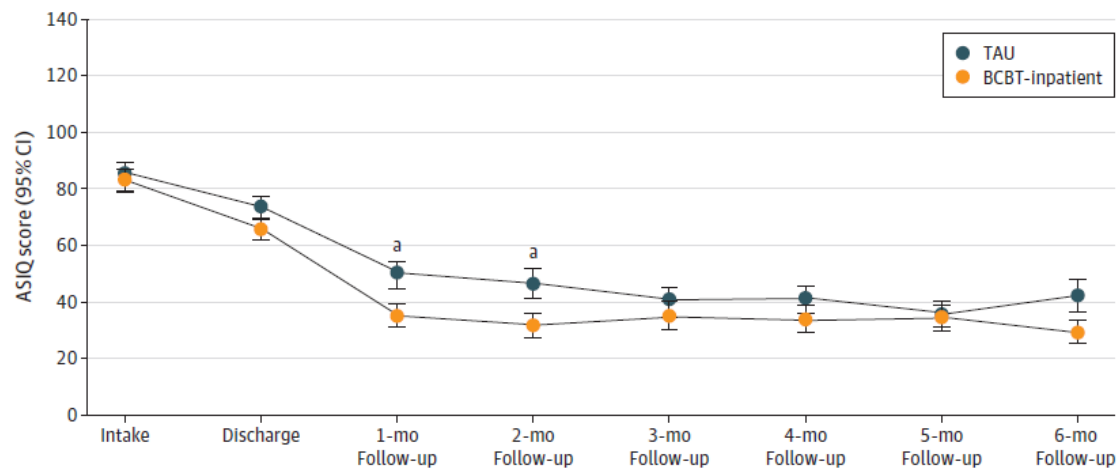
Brief Cognitive Behavior Therapy (BCBT) nach Suizidversuch, stationäre Patient:innen:
→ 60% Risikoreduktion, 6 Monate nach Entlassung.

> JAMA Psychiatry. 2024 Sep 11:e242349. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2024.2349.
Online ahead of print.

Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients: A Randomized Clinical Trial

Gretchen J Diefenbach^{1,2}, Kayla A Lord¹, Jessica Stubbing^{1,3}, M David Rudd⁴, Hannah C Levy¹, Blaise Worden¹, Kimberly S Sain¹, Jessica G Bimstein^{1,5}, Tyler B Rice^{1,6}, Kate Everhardt^{1,7}, Ralitz Gueorguieva⁸, David F Tolin^{1,2}

Figure 2. Adult Suicidal Ideation Questionnaire (ASIQ) Total Scores by Treatment Condition and Time



BCBT-inpatient indicates brief cognitive behavioral therapy for suicide prevention, adapted for an inpatient setting; TAU, treatment as usual.

^a $p < .05$.

Online Psychotherapie – Icbt

Büscher et al. (2022)

Digital cognitive–behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data

Rebekka Büscher ¹, Marie Beisemann ², Philipp Doebler,²
Hannah M Micklitz ¹, Ad Kerkhof,³ Pim Cuijpers ^{3,4}, Philip J Batterham ⁵,
Alison L Cleave ⁵, Helen Christensen,^{6,7} Eva De Jaegere,⁸ Matthias Domhardt,⁹
Annette Erlangsen,^{5,10} Ozlem Eylem van Bergeijk ¹¹, Ryan Hill,¹² Anita Lungu,¹³
Charlotte Mühlmann ¹⁰, Jeremy W Pettit ¹⁴, Gwendolyn Portzky,⁸
Lena S Steubl ⁹, Bregje A J van Spijker,⁵ Joseph Tighe,⁶ Aliza Werner-Seidler,⁶
Chelsey R Wilks,¹⁵ Lasse B Sander¹

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

TABLE 3 Descriptive values of suicidal ideation at baseline, postintervention and follow-up

	iCBT conditions (n _{Post} =1019; n _{Follow-up} =453)	Control conditions (n _{Post} =1018; n _{Follow-up} =438)	Total sample (n _{Post} =2037; n _{Follow-up} =891)
	M (SD)* or n (%)†	M (SD)* or n (%)†	M (SD)* or n (%)†
Severity of suicidal ideation‡			
Baseline	0.922 (0.375)	0.915 (0.371)	0.918 (0.373)
Postintervention	0.718 (0.583)	0.862 (0.594)	0.790 (0.593)
Follow-up	0.650 (0.619)	0.839 (0.657)	0.743 (0.645)
RCI improvement§			
Postintervention	413 (40.5%)	278 (27.3%)	691 (33.9%)
Follow-up	231 (51.0%)	184 (42.1%)	415 (46.6%)
RCI no change§			
Postintervention	577 (56.7%)	688 (67.6%)	1266 (62.1%)
Follow-up	211 (46.6%)	236 (53.8%)	447 (50.2%)
RCI deterioration§			
Postintervention	29 (2.8%)	51 (5.1%)	80 (4.0%)
Follow-up	11 (2.4%)	18 (4.1%)	29 (3.2%)
Treatment response (50% symptom reduction)			
Postintervention	423 (41.5%)	287 (28.2%)	710 (34.9%)
Follow-up	228 (50.4%)	158 (36.0%)	386 (43.3%)

Note: These analyses are based on the imputed data.

*Means (m) and SD are displayed for severity of suicidal ideation.

†For the RCI and response rates, the number of participants in the respective category (n) and corresponding percentages (%) are displayed.

‡Scaled to the study-specific variance as different measures were used.

§RCI: categorised RCI per person.

iCBT, interventions based on cognitive–behavioural therapy; RCI, Reliable Change Index.

Psychotherapie

Therapeutische Beziehung

- therapeutische Allianz reduziert Suizidgedanken
- Unabhängig von Patientenmerkmalen und Diagnosegruppe

Journal of Affective Disorders 323 (2023) 793–798

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Affective Disorders

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

ELSEVIER

Research paper

Therapeutic alliance and change in suicide ideation among psychiatric inpatients at risk for suicide

Clemens Fartacek^{a,b,c,*}, Sabine Kunrath^d, Wolfgang Aichhorn^c, Martin Plöderl^{a,b}

^a Department for Inpatient Psychotherapy and Crisis Intervention, University Clinic for Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatics, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria

^b Department of Clinical Psychology, University Clinic for Psychiatry, Psychotherapy, and Psychosomatics, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria

^c Institute of Synergetics and Psychotherapy Research, University Clinic of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, Paracelsus Medical University, Salzburg, Austria

^d California Institute for Telecommunications and Information Technology (Calit2), Irvine, CA, USA

Check for updates



Psychotherapie

Therapeutische Beziehung & Behandlungslatenz

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

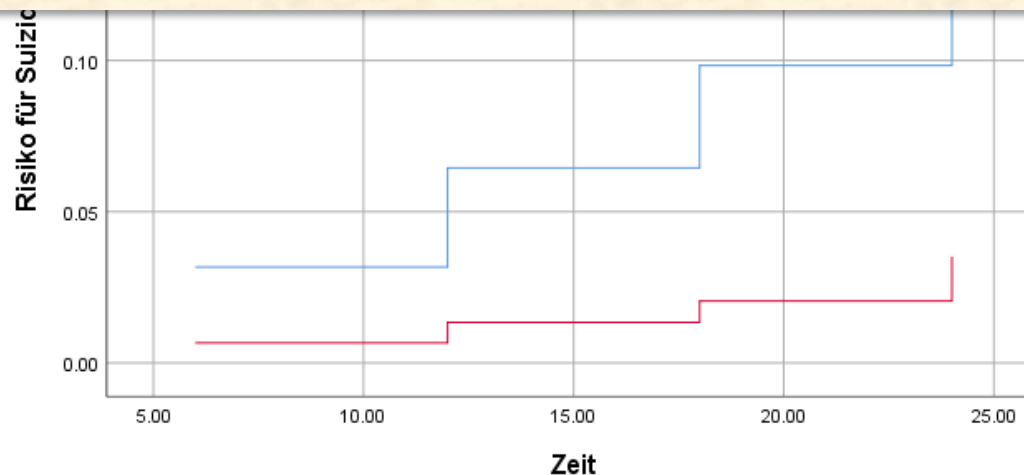
Lindström et al. (2023)

Hazard-Funktion

Therapiebeziehung

— HAq < 5
— HAq > 5

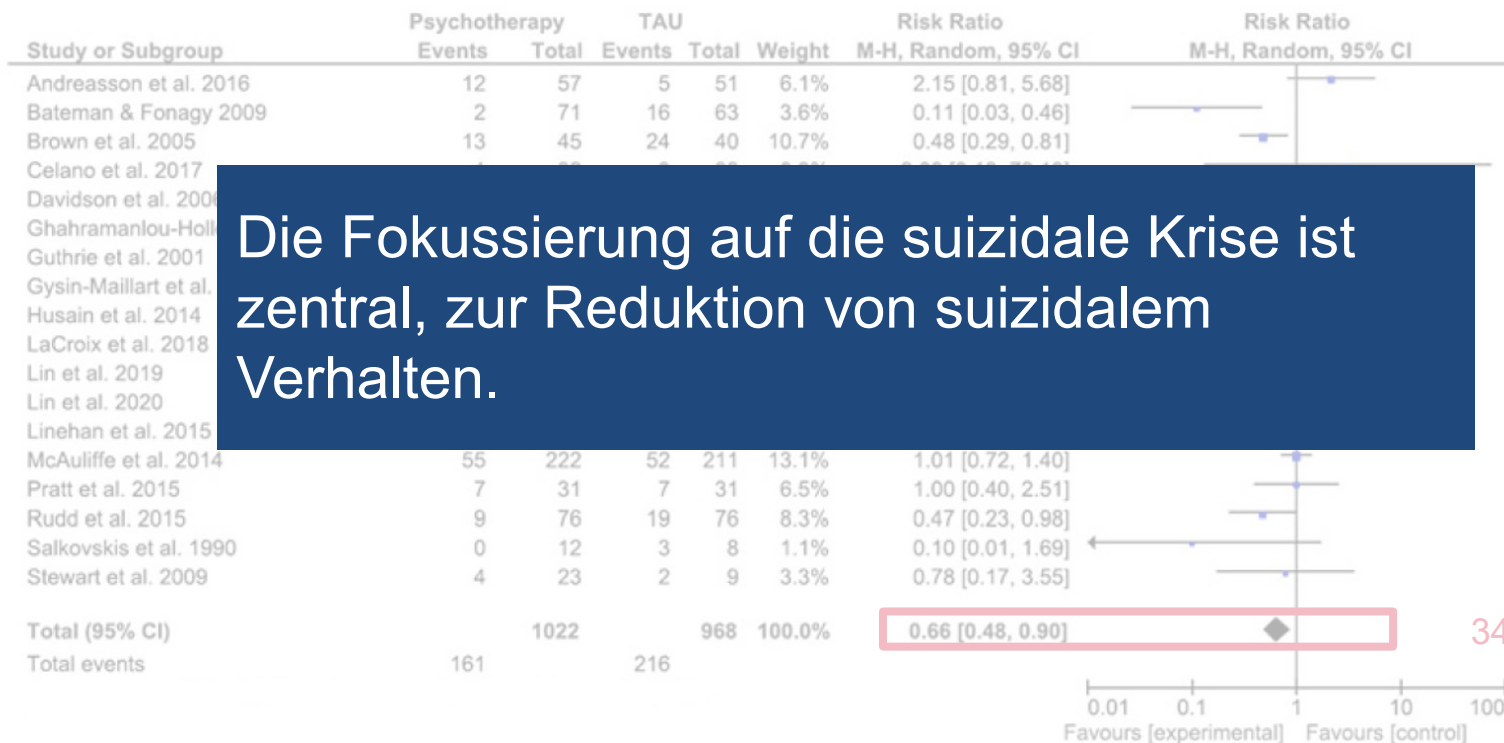
→ Die therapeutische Beziehung spielt eine entscheidende Rolle bei der Behandlung von suizidalen Patient:innen



Time between index suicide attempt and first ASSIP contact

Psychotherapeutische Interventionen nach Suizidversuch

Effekt auf Suizidversuche und Suizide



34% Reduziert

0.01 0.1 1 10 100
Favours [experimental] Favours [control]

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

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

Rank: <u>1</u>	1) RATE PSYCHOLOGICAL PAIN (hurt, anguish, or misery in your mind, <u>not</u> stress, <u>not</u> physical pain): Low pain: 1 2 3 4 <u>5</u> :High pain What I find most painful is: <u>being stuck, trapped by myself at night in the box</u>
Rank: <u>3</u>	2) RATE STRESS (your general feeling of being pressured or overwhelmed): Low stress: 1 2 3 4 <u>5</u> :High stress What I find most stressful is: <u>everything, my wife bitching at me</u>
Rank: <u>5</u>	3) RATE AGITATION (emotional urgency; feeling that you need to take action; <u>not</u> irritation; <u>not</u> annoyance): Low agitation: 1 2 <u>3</u> 4 5 :High agitation I most need to take action when: <u>I'm by myself at night thinking - to stop thoughts</u>
Rank: <u>2</u>	4) RATE HOPELESSNESS (your expectation that things will not get better no matter what you do): Low hopelessness: 1 2 3 4 <u>5</u> :High hopelessness I am most hopeless about: <u>being alone, she's going to take off when I'm at work</u>
Rank: <u>4</u>	5) RATE SELF-HATE (your general feeling of disliking yourself; having no self-esteem; having no self-respect): Low self-hate: 1 2 3 <u>4</u> 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 <u>4</u> 5 :Extremely high risk (will <u>not</u> 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
<u>1</u>	<u>Wife</u>	<u>1</u>	<u>Stop thinking</u>
<u>3</u>	<u>want kids some day</u>	<u>2</u>	<u>Wife wouldn't have to deal with me</u>
<u>4</u>	<u>Friends</u>		
<u>2</u>	<u>Parents</u>		

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

Copyright David A. Jobes, Ph.D. All Rights Reserved.

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Gruppenübung



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.: 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

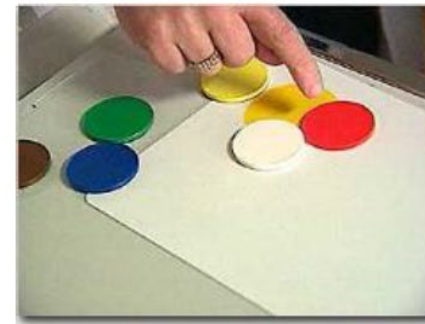
b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

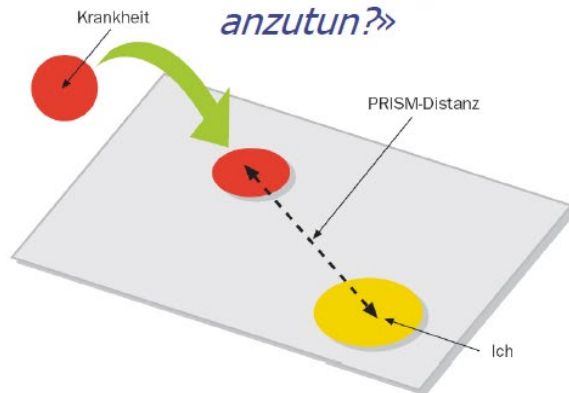
Allgemeine Einschätzung der Suizidgefährdung

PRISM – Pictorial Representation of illness and Self Measure

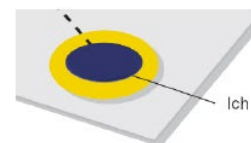
«Welchen Platz nimmt Ihre Krankheit zur Zeit in Ihrem Leben ein?»



«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.

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.	Urges 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: 333-8006
2.	Name: AA Sponsor (Frank) Phone: 333-7215
Step 5: Professionals or agencies I can contact during a crisis:	
1.	Clinician Name: Dr. John Jones Phone: 333-7000
2.	Clinician Pager or Emergency Contact #: 555-892-8888
3.	Clinician Name: Phone:
4.	Clinician 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:

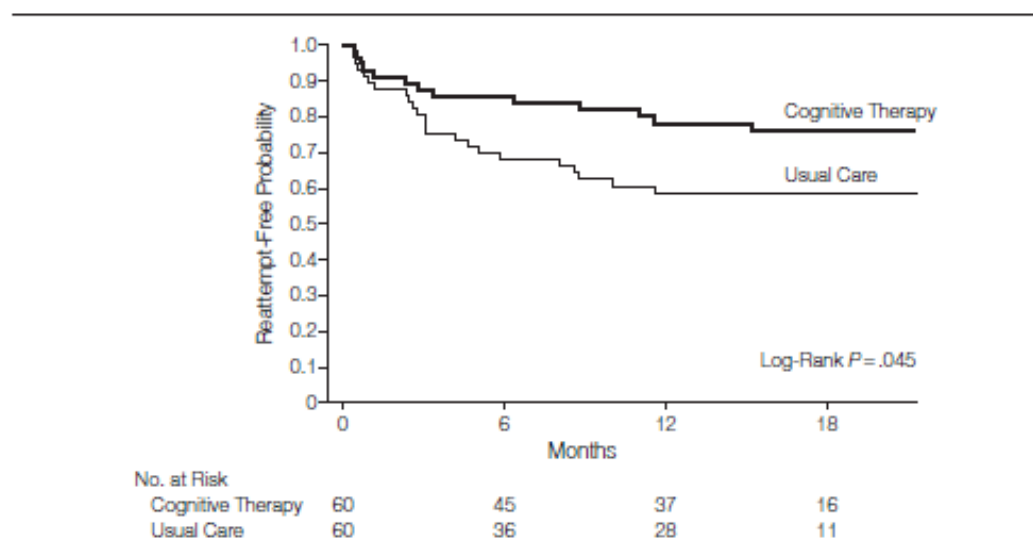
Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

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:

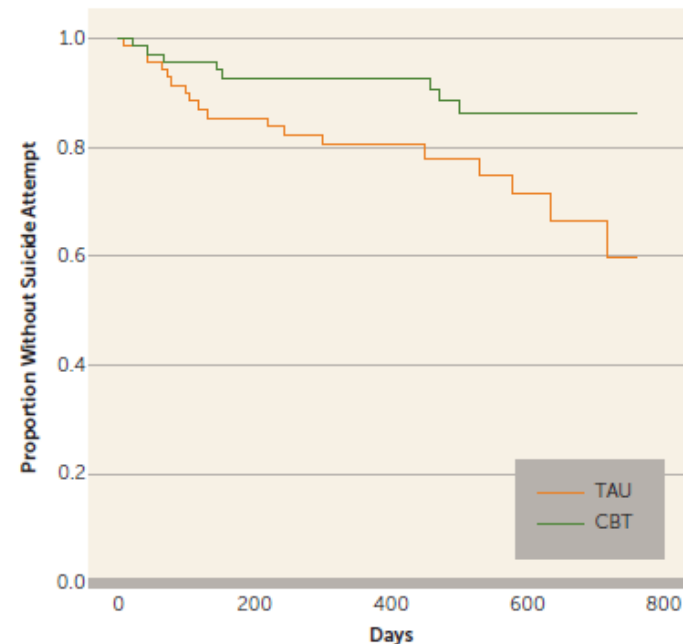
Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT)

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

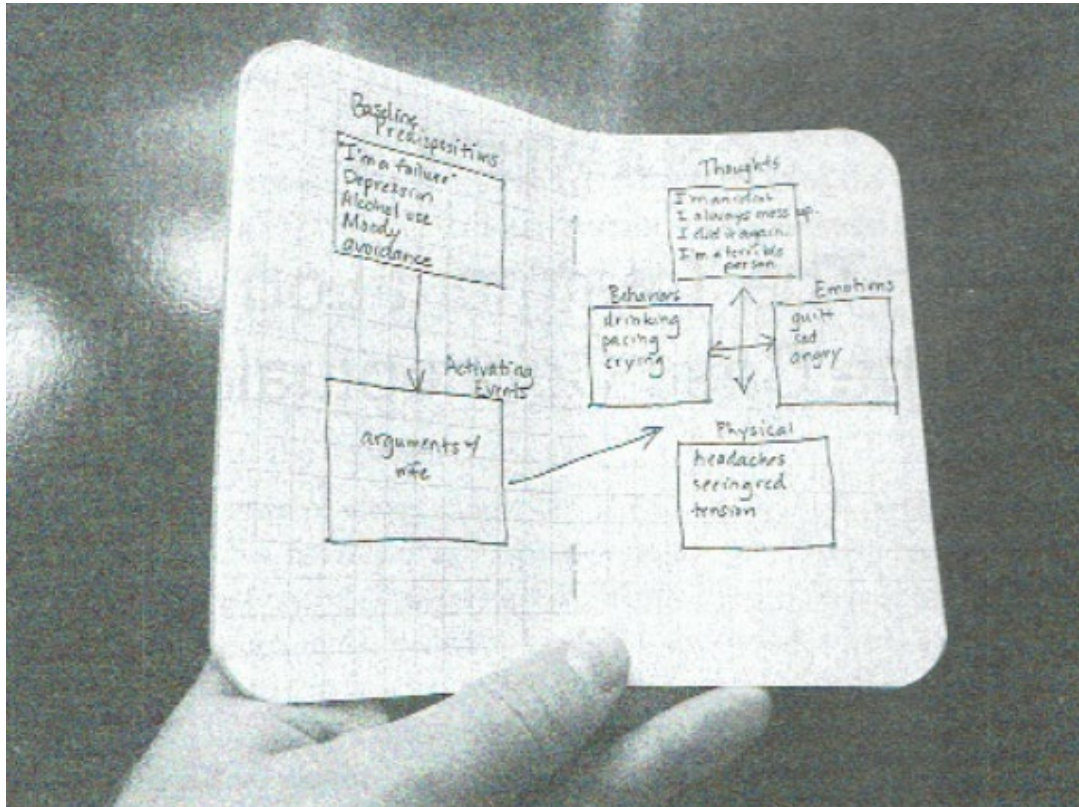
60% reduziertes Risiko für einen
erneuten Suizidversuch

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



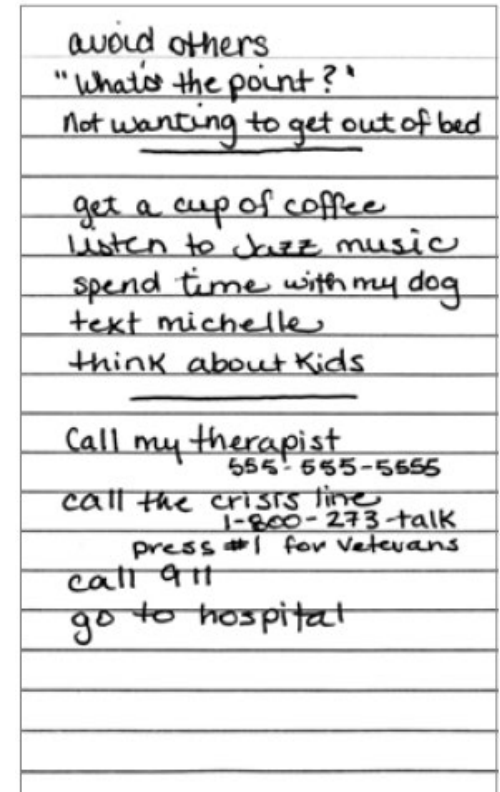
^aCBT=cognitive-behavioral therapy; TAU=treatment as usual (log-rank $\chi^2=5.28$, $df=1$, $p=0.02$).

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



Treatment Log

Abbildungen: Bryan and Rudd (2018)



Crisis Response Plan

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



b
UNIVERSITÄT
BERN



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

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

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

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

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

ASSIP Kurztherapie

Attempted Suicide Short Intervention Program

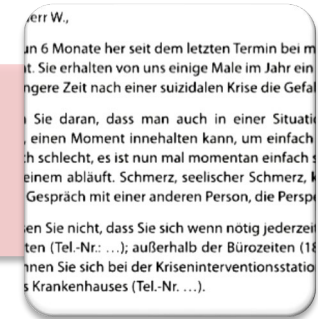


u^b

b
**UNIVERSITÄT
BERN**



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Erste Sitzung

Narratives
Interview

Zweite Sitzung

Video-
Playback

Dritte Sitzung

Klärung
der
Strategien

Vierte Sitzung (optional)

Mini-
Exposition

Brief- kontakt

über 2 Jahre
hinweg

Kurztherapie ASSIP

Ein Überblick

- **Entwickelt und erforscht** an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern
- Reduziert das Risiko für suizidale Handlungen um **80 %**
- **96 %** kosteneffektiver als die reguläre Behandlung
- Fördert problemfokussierte **Bewältigungsstrategien** und vermindert dysfunktionales Verhalten in suizidalen Krisen
- Reduziert die Anzahl **Rehospitalisationen**





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



Elemente der Kurztherapie ASSIP

Narratives Interview

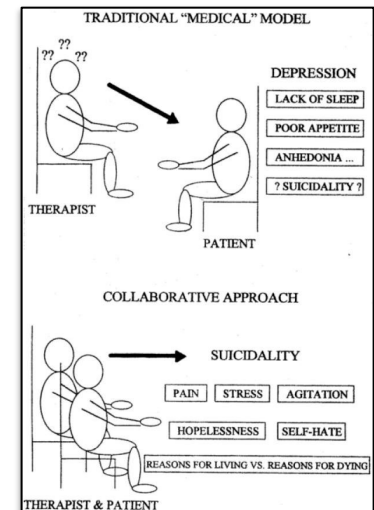
1. Konsultation:

Narratives Interview (Video) mit dem Ziel die persönliche Geschichte des Patienten zu verstehen, die zur suizidalen Krise führte.



*“Erzählen Sie mir bitte
Ihre Geschichte in
Ihren eigenen
Worten...”*

*“..... Wie kam es zu
diesem
Suizidversuch...?”*



Fall Frau S., 07:26Min



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.

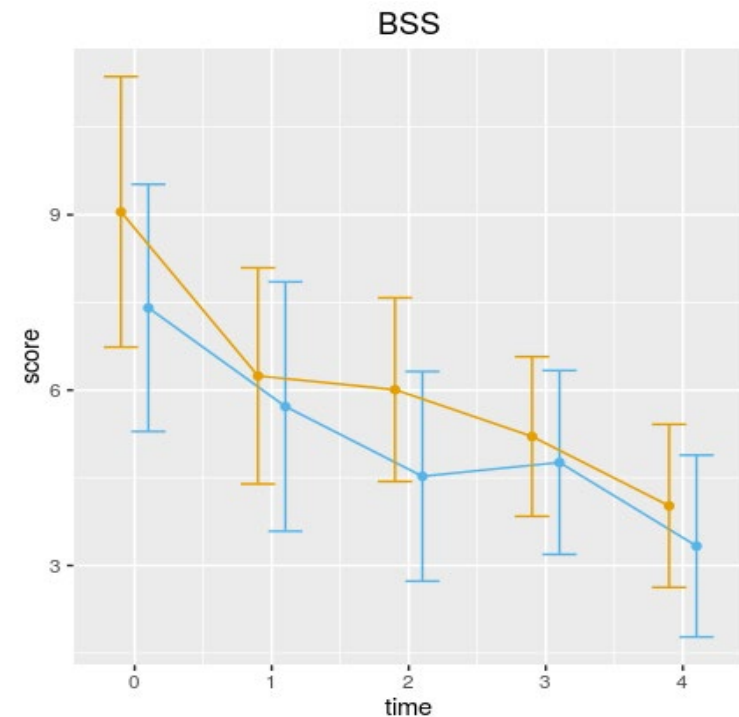
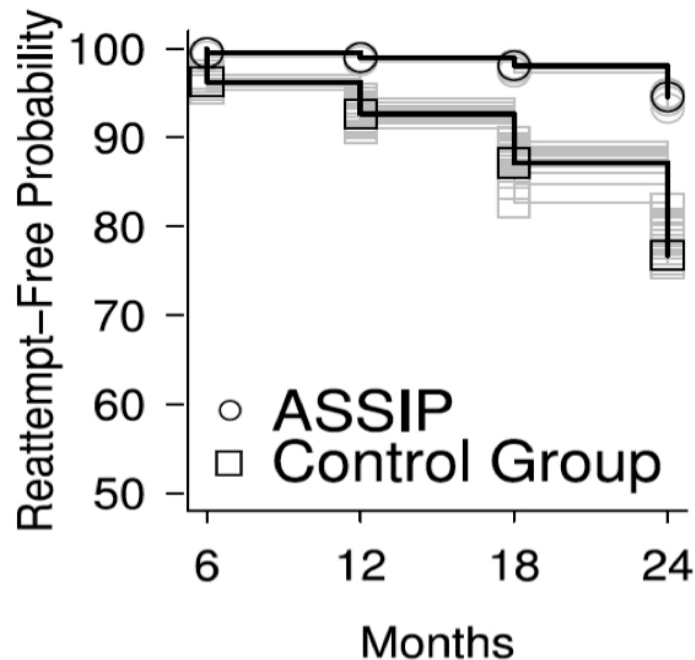
Evaluationsstudie ASSIP

Survival Analysis (n=120)

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



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

Suizid ist keine Krankheit

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

u^b

b
UNIVERSITÄT
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

Narratives Interview



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

*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.

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

2. Konsultation:

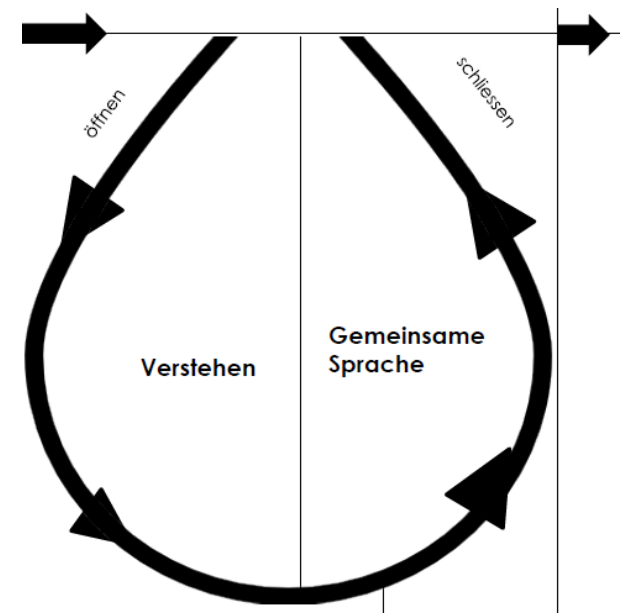
Video-Playback. Rekonstruktion der Geschichte des Patienten.

Identifikation von Vulnerabilitäten, bedrohten Lebenszielen/Motiven, die im Zusammenhang stehen mit dem Suizidversuch.

Fragen Sie nie nach dem Warum!



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





^b
**UNIVERSITÄT
BERN**



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Lernvideo

Finden eines gemeinsamen Verständnisses

u^b

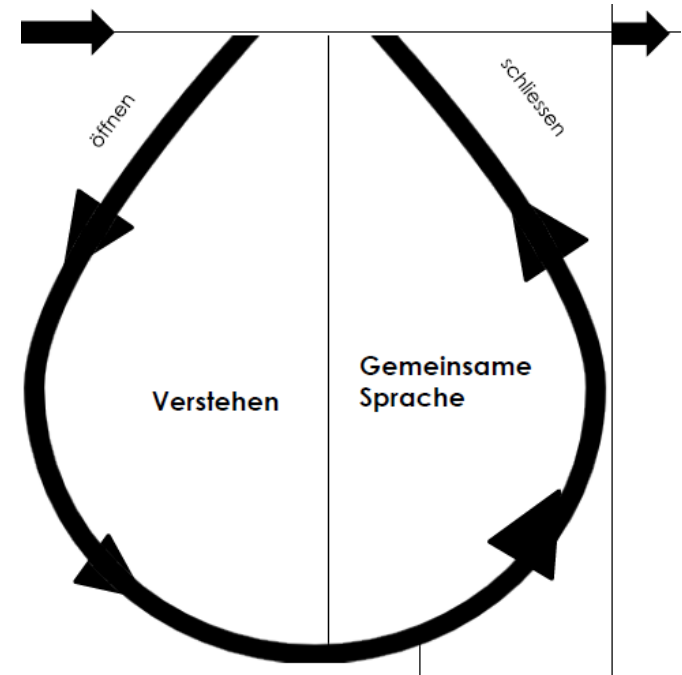
b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Gemeinsames erarbeiten von:

- Längerfristigen Therapiezielen
- Warnsignalen
- Präventiven Verhaltensstrategien



Die im Zusammenhang stehen mit dem suizidalem Erleben und Verhalten.



Was sagen die Patienten?



b
UNIVERSITÄT
BERN

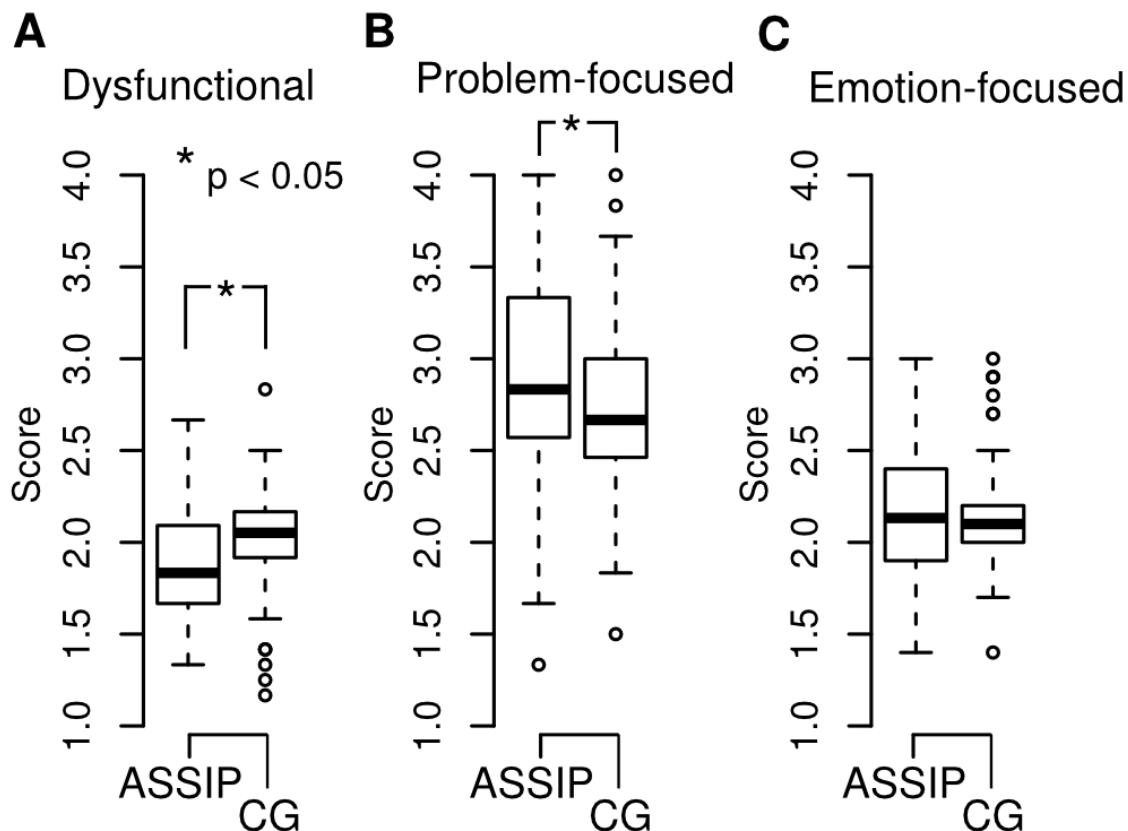


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

...Ich spüre, dass das Video und vor allem das gemeinsame Anschauen, mir sehr viel gab. Heute weiss ich um was es ging und was wichtig ist in meinem Leben. Es war, als ob ich mich selbst von aussen hätte beobachten können...viele ist mir heute klarer. Das hilft mir in schwierigen Momenten...

Spezifisches Coping in ASSIP, 24-months follow-up

Gysin-Maillart, A. C., Jansen, R., Walther, S., Jobes, D. A., Brodbeck, J., & Marmet, S. (2022)



**Sig. Reduktion dys.
Bewältigungsstrategien
(10%)**

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

**6.3% sig. Anstieg
Problem-fokussiertes
Coping**

(ASSIP, median=2.83; CG, median=2.67, W=2217, p=0.029)

**Emotions-fokussiertes
Coping unverändert**

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



Elemente der Kurztherapie ASSIP

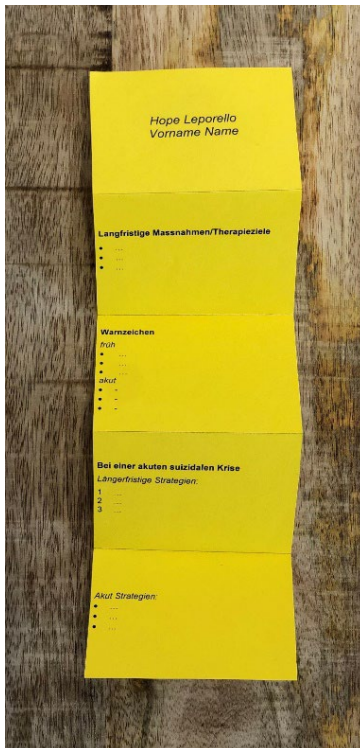
Safety Planning

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Erstellen des individualisierten Hope Leporellos



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

u^b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



4. Konsultation:

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



^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)



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 uns, und wir 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 uns freuen, von Ihnen zu hören, falls Sie uns 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

Elemente der Kurztherapie ASSIP

Antworten



Während meiner Krise hatte ich das große Glück Sie an meiner Seite zu haben und an diesem wertvollen Therapieprogramm teilnehmen zu können. Die Briefe haben mir geholfen an meine eigenen Strategien zu denken, und es half mir sehr zu wissen, dass jemand da ist für mich. Herzlichen Dank für Ihre wertvolle Unterstützung. Ich werde die Dokumente in Ehren halten und bin dankbar, in schweren Zeiten eine Ansprechperson zu haben. Nochmals vielen Dank und alles Gute!

S. A.



Langzeitverlauf, Anzahl Gründe für den Tod, ASSIP vs KG

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

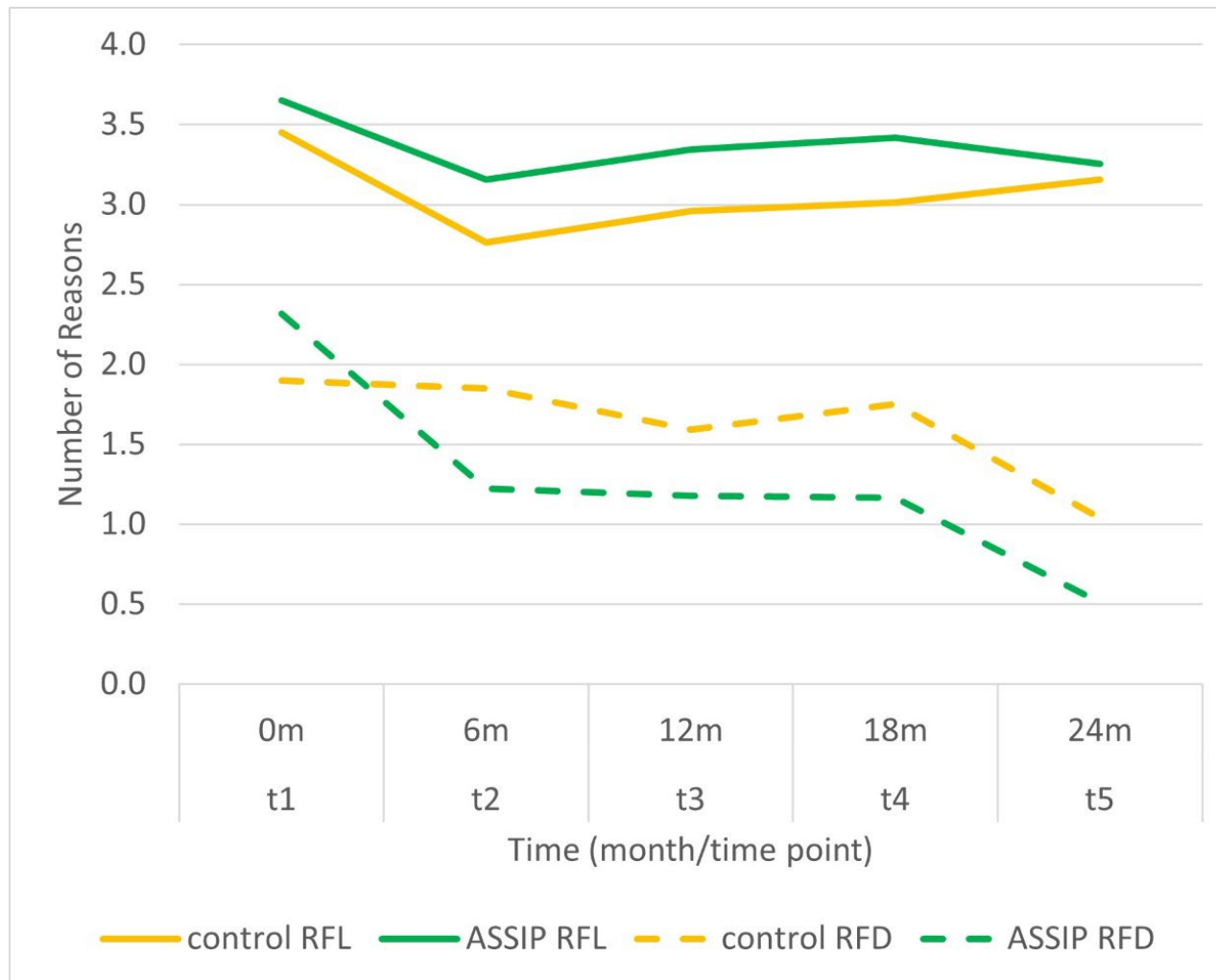


Figure 1. Mean number of reasons for living (RFL) and reasons for dying (RFD) over the course of the two-year follow-up.

Was macht ASSIP aus?



^b
UNIVERSITÄT
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“*



ASSIP Home Treatment

Attempted Suicide Short Intervention Program ASSIP®

Eine Kurztherapie für Menschen nach einem Suizidversuch

[Anmeldung](#)

KONTAKT

"Ein Gespräch eröffnet neue, lebensorientierte Perspektiven."

Termine

- bei Ihnen zuhause oder beim Hausarzt/bei der Hausärztin, bei Ihnen/Ihrer Psychologin, Psychologin, bei einer anderen vertrauten Gesundheitsfachperson oder bei einem/Ihrer Angehörigen
- an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UPP) Martenstrasse 21, 3008 Bern

031 632 88 11

assip@hin.ch (HIN geschützt)

Dr. phil. Anja Gysin-Maillart, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP Co-Gründerin und Leiterin des Programms ASSIP® Home Treatment

www.assip.org

ASSIP
ATTEMPTED SUICIDE SHORT INTERVENTION PROGRAM HOME TREATMENT

Eine Kurztherapie für Menschen nach einem Suizidversuch

Für Patient:Innen

Mehr Informationen zum Therapieablauf, zu ASSIP

Für Fachkräfte

Mehr Informationen zu Zuweisungen,

Für Angehörige

Mehr Informationen zur Informations-

Wissenschaftliches

Mehr Informationen zu wissenschaftlichem Hintergrund, zu laufenden

Über uns

Mehr Informationen zum Team, zu Konsortiumspartner



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

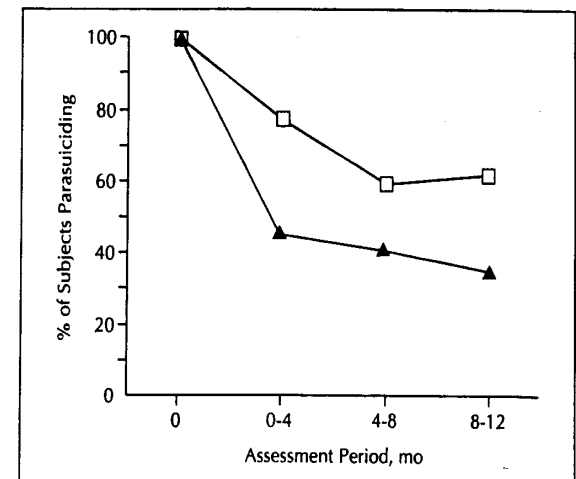


Fig 1.—Percentage of subjects with parasuicide, by condition. Months 0 to 4 indicated significant difference between subjects (triangles) who received dialectical behavior therapy and control subjects (squares) ($z = 2.7$, $P < .05$); months 8 to 12, significant difference between subjects who received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

Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)

- 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)

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)



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

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



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)

Medikation



Medikation

Received: 21 May 2021 | Revised: 5 October 2021 | Accepted: 26 October 2021
DOI: 10.1002/da.23222

RESEARCH ARTICLE



Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis

Samuel T. Wilkinson^{1,2} | Daniel Trujillo Diaz³ | Zachary W. Rupp⁴ |
Anubhav Kidambi³ | Karina L. Ramirez^{1,3} | José M. Flores¹ |
Victor J. Avila-Quintero³ | T. Greg Rhee¹ | Mark Olfson⁵ | Michael H. Bloch^{1,2,3}

Lithium bei bipolarer Störung

- Reduziert das Suizidrisiko im Vergleich zu aktiven Kontrollen
- Reduziert das Suizidrisiko im Vergleich zu Placebo/kein Lithium

Lithium in gemischten diagnostischen Stichproben:

- Reduziert das Suizidrisiko im Vergleich zu Placebo/kein Lithium

Clozapin bei psychotischen Störungen:

- Reduziert das Suizidrisiko



Medikation

THERAPEUTIC ADVANCES in
Psychopharmacology

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Systematic Review

Ketamine and esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review

Fabrice Jollant , Romain Colle, Thi Mai Loan Nguyen, Emmanuelle Corruble, Alain M. Gardier, Martin Walter, Mocrane Abbar and Gerd Wagner

Ther Adv Psychopharmacol

2023, Vol. 13: 1–25

DOI: 10.1177/
20451253231151327

© The Author(s), 2023.
Article reuse guidelines:
[sagepub.com/journals-](https://sagepub.com/journals-permissions)
[permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)

Einmalige **intravenöse** Dosis
von racemischem Ketamin
(nicht jedoch intranasales
Esketamin) bewirkt eine
schnelle und wirksame
Reduktion suizidaler
Gedanken



Medikation

Translational Psychiatry

SYSTEMATIC REVIEW OPEN

Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury:
a meta-analysis of randomized controlled trials

www.nature.com/tp

Check for updates

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

1,445 unique papers
identified through database
searching

45 additional papers
identified through
ClinicalTrials.gov

Each abstract
reviewed

546 papers screened-in

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

944 papers excluded:
Treatment not assessed (k = 33)
Not an RCT (k = 428)
Does not assess SITB outcome (k = 483)

794 papers excluded:

- **Lithium & Clozapin** zeigen in spezifischen klinischen Kontexten signifikant schützende Effekte gegen Suizid haben.
- Racemat-Ketamin stellt eine wertvolle pharmakologische Intervention mit schneller Wirkung dar, sollte jedoch mit **Vorsicht** in die klinische Praxis integriert werden.
- Insgesamt weisen die Ergebnisse auf eine **begrenzte** Wirksamkeit von Psychopharmaka bei der Behandlung von SITBs hin.

zeigten überdurchschnittliche Behandlungserfolge.



Postvention



Postvention

Nachsorge für Angehörige

→ Menschen, die einen Angehörigen durch Suizid verloren haben, sind oft mit tiefer Trauer und Trauma konfrontiert und haben ein erhöhtes Risiko für psychische Störungen.

DEATH STUDIES
<https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2369858>



 Check for updates

Understanding the complexity of suicide loss: PTSD, complex PTSD and prolonged grief disorder following suicide bereavement

Laura Hofmann  and Birgit Wagner 

Department of Clinical Psychology, Medical School Berlin, Berlin, Germany

Received: 20 November 2020 | Revised: 30 March 2021 | Accepted: 8 May 2021
DOI: 10.1002/jclp.23192

RESEARCH ARTICLE

WILEY

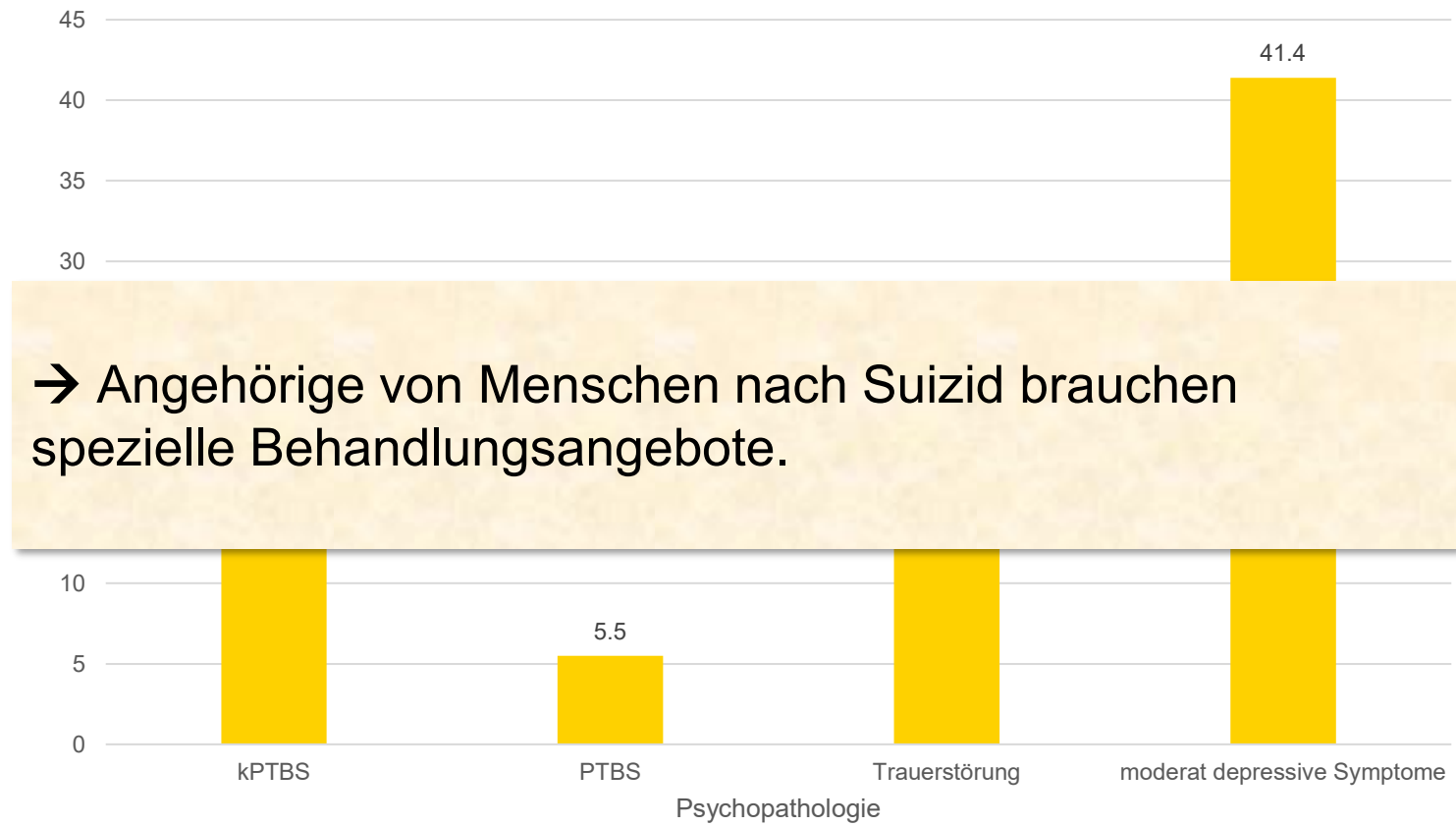
The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement

Birgit Wagner  | Laura Hofmann  | Raphaela Grafiadeli 

Postvention

Hofmann und Wagner (2024):

Psychopathologie bei Angehörigen nach Suizidverlust



Fazit: Was ist wichtig?

TAKE HOME



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.

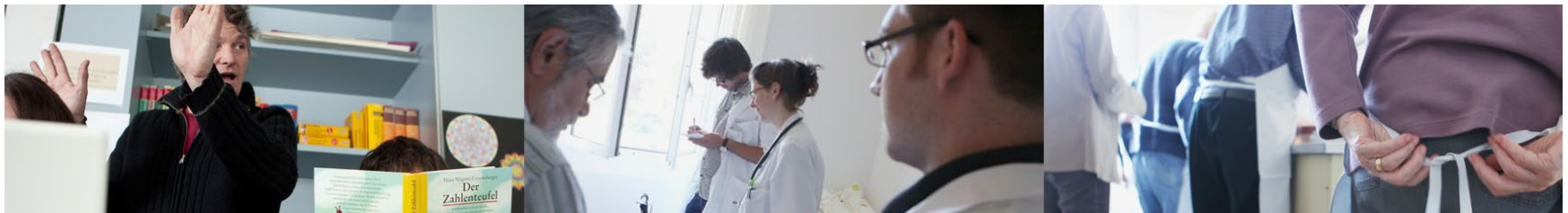
DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT
Weitere Information: assip.org

Zuweisungen
Anmeldung zu Schulungen
Flyer – Medienberichte

Kontakt: assip@hin.ch
anja.gysin-maillart@unibe.ch



Anja Gysin-Maillart
**ASSIP –
Kurztherapie nach
Suizidversuch**
Attempted Suicide
Short Intervention Program
Lernorientierte Auflage
 hogrefe



- 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 Dialectial 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.

Literatur

- Aaltonen, K., Sund, R., Hakulinen, C., Pirkola, S. & Isometsä, E. (2024). Variations in Suicide Risk and Risk Factors After Hospitalization for Depression in Finland, 1996-2017. *JAMA Psychiatry*, 81(5), 506-515. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5512.
- Arowosegbe, A. & Oyelade, T. (2023). Application of Natural Language Processing (NLP) in Detecting and Preventing Suicide Ideation: A Systematic Review. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 20(2), 1514. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021514>
- Brailovskaia, J., Teismann, T. & Margraf, J. (2024). Positive mental health accounts for the relationship between insomnia symptoms and suicide-related outcomes, *Journal of Psychiatric Research*, 174, 192-196. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.04.030>.
- Büscher, R., Beisemann, M., Doeblner, P., Micklitz, H. M., Kerkhof, A., Cuijpers, P., Batterham, P. J., Calear, A. L., Christensen, H., De Jaegere, E., Domhardt, M., Erlangsen, A., Van Bergeijk, O. E., Hill, R., Lungu, A., Mühlmann, C., Pettit, J. W., Portzky, G., Steubl, L. S., . . . Sander, L. B. (2022). Digital cognitive-behavioural therapy to reduce suicidal ideation and behaviours: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *Evidence-Based Mental Health*, 25(e1), e8-e17. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2022-300540>
- Brill, J., Zacay, G., Raviv, G., Tsamir, J. & Heymann, A. D. (2023). Continuity of care after attempted suicide: the primary care physicians' role. *Fam Pract*, 40(5-6), 776-781. doi: 10.1093/fampra/cmada045. PMID: 37053085.
- Bryan, C. J. (2022). Rethinking suicide: Why prevention fails, and how we can do better. *Oxford University Press*. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190050634.001.0001>
- Conner, K. R., Kearns, J. C., Denneson, L. M. (2022). Qualitative analysis of hospital patient narratives of warning signs on the day of their suicide attempt. *General Hospital Psychiatry*, 79, 146-151. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2022.11.001>
- Diefenbach, G. J., Lord, K. A., Stubbing, J., Rudd, M. D., Levy, H. C., Worden, B., Sain, K. S., Bimstein, J. G., Rice, T. B., Everhardt, K., Gueorguieva, R. & Tolin, D. F. (2024). Brief Cognitive Behavioral Therapy for Suicidal Inpatients. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.2349>
- Ernst, M., Gemke, T. J., Olivi, L. J. & O'Connor, R. C. (2024). Ambulatory assessment of suicidal ambivalence: The temporal variability of the wish to live and the wish to die and their relevance in the concurrent and prospective prediction of suicidal desire. *Suicide And Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/sltb.13120>
- Fartacek, C., Fartacek, R., Schiepek, G. K., Sturm, J., Aichhorn, W. & Plöderl, M. (2024). Dynamic association between suicidal ambivalence and suicide risk among individuals with a history of suicide attempts. *Suicide And Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/sltb.13096>
- Gysin-Maillart, A.C., Jansen, R., Walther, S., Jobes, D.A., Brodbeck, J. & Marmet, S. (2022). Longitudinal Development of Reasons for Living and Dying With Suicide Attempters: A 2-Year Follow-Up Study. *Front. Psychiatry* 13:865831. doi: 10.3389/fpsy.2022.865831
- Gysin-Maillart, A., Bettschen, D., Annaheim, P.M.D., Brogna, S., Walther, S., Waern, M., Müller, M., Exadaktylos, A.K. & Klukowska-Rötzler, J. Sociodemographic and Clinical Characteristics of Older Adults With Suicide-Related Emergency Department Presentations. *J Aging Health*. doi: 10.1177/08982643241261094.

Literatur

Gysin-Maillart, A. C., Jansen, R., Walther, S., Jobes, D. A., Brodbeck, J., & Marmet, S. (2022). Longitudinal Development of Reasons for Living and Dying with Suicide Attempters: A 2-Year Follow-Up Study. *Frontiers in Psychiatry*, 848. doi.org/10.3389/fpsy.2022.865831

Hawton, K., Knipe, D., & Pirkis, J. (2024). Restriction of access to means used for suicide. *Lancet Public Health*, 9(10), e796-e801. Article e796-e801. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00157-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00157-9)

Hawton, K., Lascelles, K., Pitman, A., Gilbert, S. & Silverman, M. (2022). Assessment of suicide risk in mental health practice: shifting from prediction to therapeutic assessment, formulation, and risk management. *The Lancet Psychiatry*, 9(11), 922–928. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(22\)00232-2](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(22)00232-2)

Hofmann, L. & Wagner, B. (2023). Men's Behavior and Communication in the Days Prior to a Suicide—A Psychological Autopsy Study. *International Journal Of Environmental Research And Public Health*, 20(17), 6668. <https://doi.org/10.3390/ijerph20176668>

Hofmann, L. & Wagner, B. (2024). Understanding the complexity of suicide loss: PTSD, complex PTSD and prolonged grief disorder following suicide bereavement. *Death Studies*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2024.2369858>

Huang, X., Harris, L. M., Funsch, K. M, Fox, K. R., Ribeiro, J. D. (2022). Efficacy of psychotropic medications on suicide and self-injury: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Translational Psychiatry*, 12, 400. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-02173-9>

Jobes, D. A., & Barnett, J. E. (2024). Evidence-based care for suicidality as an ethical and professional imperative: How to decrease suicidal suffering and save lives. *American Psychologist*. <https://dx.doi.org/10.1037/amp0001325>

Jollant, F., Colle, R., Nguyen, T. M. L., Corruble, E., Gardier, A. M., Walter, M., Abbar, M. & Wagner, G. (2023). Ketamine and esketamine in suicidal thoughts and behaviors: a systematic review. *Ther Adv Psychopharmacol*, 13, 1–25. <https://doi.org/10.1177/20451253231151327>

Lejeune, Al., Le Glaz, A., Perron, P.-A., Sebti, J., Baca-Garcia, E., Walter, M., Lemey, Ch. & Berrouguet, S. (2022). Artificial intelligence and suicide prevention: A systematic review. *European Psychiatry*, 65(1), e19, 1–8 <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.8>

Lohani, M., Bryan, C. J., Elsey, J. S., Dutton, S., Findley, S. P., Langenecker, S. A., West, K. & Baker, J. C. (2024). Collaboration matters: A randomized controlled trial of patient-clinician collaboration in suicide risk assessment and intervention. *Journal Of Affective Disorders*, 360, 387–393. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.06.004>

Medizinische Statistik der Krankenhäuser (Bundesamt für Statistik (BFS) 16.10.2016)

NICE. (2022). Self-harm: assessment, management and preventing recurrence [NG225]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng225/resources/selfharm-assessment-management-and-preventing-recurrence-pdf-66143837346757>

Literatur



Oakey-Frost, N., Moscardini, E. H., Cowan, T., Gerner, J. L., Crapanzano, K. A., Jobes, D. A. & Tucker, R. P. (2024). The Suicide Status Form-4 (SSF-IV) as a potentially therapeutic suicide risk assessment tool. *Suicide And Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1111/sltb.13128>

Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Peter, C. & Tuch, A. (2024). *Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022* (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

Probert-Lindström, S., Bötschi, S., & Gysin-Maillart, A. (2023). The Influence of Treatment Latency on Suicide-Specific Treatment Outcomes, *Archives of Suicide*. doi.org/10.1080/13811118.2023.2265437

Ruch, D. A., Bridge, J. A., Tissue, J., Madden, S. P., Galfavy, H., Gorlyn, M., Sheftall, A. H., Szanto, K. & Keilp, J. G. (2024). Alterations in performance and discriminating power of the death/suicide implicit association test across the lifespan. *Psychiatry Research*, 335, 115840. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115840>

Saab, M. M., Murphy, M., Meehan, E., Dillon, C. B., O'Connell, S., Hegarty, J., Heffernan, S., Greaney, S., Kilty, C., Goodwin, J., Hartigan, I., O'Brien, M., Chambers, D., Twomey, U. & O'Donovan, A. (2021). Suicide and Self-Harm Risk Assessment: A Systematic Review of Prospective Research. *Archives Of Suicide Research*, 26(4), 1645–1665. <https://doi.org/10.1080/13811118.2021.1938321>

Spottswood M., Lim, C.T., Davydow, D. & Huang, H. (2022). Improving Suicide Prevention in Primary Care for Differing Levels of Behavioral Health Integration: A Review. *Front. Med.* 9, 892205. doi: 10.3389/fmed.2022.892205

Statistik der Bevölkerung und der Haushalte (Bundesamt für Statistik 29.08.2024).

Statistik der Todesursachen und Totgeburten (Bundesamt für Statistik 23.05.2023).

van Ballegooijen, W., Rawee, J., Palantza, C. et al. (2024). Suicidal Ideation and Suicide Attempts After Direct or Indirect Psychotherapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*. doi:10.1001/jamapsychiatry.2024.2854

Wilkinson, S. T., Trujillo Diaz, D., Rupp, Z. W., Kidambi, A., Ramirez, K. L., Flores, J. M., Avila-Quintero, V. T., Rhee, T. G., Olfson, M. & Bloch, M. H. (2022). Pharmacological and somatic treatment effects on suicide in adults: A systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety*, 39, 100–112. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.23021006>

Wagner, B., Hofmann, L. & Grafiadeli, R. (2021). The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal Of Clinical Psychology*, 77(11), 2545–2558. <https://doi.org/10.1002/jclp.23192>

Zalsman, G., Hawton, K., Wasserman, D., van Heeringen, K., Arensman, E., Sarchiapone, M., Carli, V., Höschl, C., Barzilay, R., Balazs, J., Purebl, G., Kahn, J.P., Sáiz, P.A., Lipsicas, C.B., Bobes, J., Cozman, D., Hegerl, U. & Zohar, J. (2016). Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*, 3(7), 646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.

- 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.