

Nach einem Suizidversuch: Verhaltenstherapeutische Behandlungsoptionen

Tobias Teismann, Thomas Forkmann, Anja Gysin-Maillart & Heide Glaesmer

Zusammenfassung: Suizidversuche stellen einen erheblichen Risikofaktor für Suizide dar. Vor diesem Hintergrund wurden in den vergangenen Jahren verschiedene Psychotherapieangebote für Personen nach einem Suizidversuch entwickelt und evaluiert. Auch wenn es inzwischen vielversprechende Behandlungsstrategien gibt, sind suizidspezifische Therapieangebote hierzulande noch kaum bekannt oder in der Versorgung implementiert. Überdies werden bestehende Angebote von Patienten¹ zu wenig genutzt und häufig vorzeitig abgebrochen. Im Folgenden werden zum einen effektive Psychotherapieverfahren skizziert und zum anderen Faktoren benannt, die einer Behandlungsaufnahme aus Patientensicht entgegenstehen. Schließlich werden verschiedene Maßnahmen dargestellt, die zur Verbesserung der Behandlungcompliance genutzt werden können.

Im Jahr 2015 starben in der Bundesrepublik Deutschland 10.080 Menschen durch einen Suizid (Statistisches Bundesamt, 2017). Die Rate von Suizidversuchen übersteigt die Rate der Suizide um ein Vielfaches. Die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen in Deutschland wird mit 1,7 % beziffert (Nock, Borges & Ono, 2014). In Anbetracht dieser Zahlen hat der Deutsche Bundestag am 23. Juni 2017 einen Antrag zur Förderung der Suizidprävention verabschiedet. In dem fraktionsübergreifenden Antrag von CDU/CSU, SPD und Bündnis 90/Die Grünen mit dem Titel „Suizidprävention weiter stärken – Menschen in Lebenskrisen helfen“ (BT-Drs. 18/12782) werden insgesamt 18 Forderungen, u. a. die Aufklärung über zielgruppenspezifische Beratungsangebote und die Sicherstellung eines kurzfristigen Zugangs zu psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung für Gefährdete, formuliert. Im April 2017 hat das Bundesgesundheitsministerium überdies die Bereitstellung finanzieller Förderungen für Forschungsprojekte zur Suizidprävention ausgeschrieben – und auf diese Weise den Stellenwert suizidpräventiven Handelns zum Ausdruck gebracht.

Suizidprävention in der psychotherapeutischen Praxis umfasst insbesondere krisentherapeutische Interventionen bei akutem suizidalem Erleben. Darüber hinaus stellt die Nachsorge bei Patienten nach einem Suizidversuch einen bedeutsamen Bereich der psychotherapeutischen Suizidprävention dar (WHO, 2014). Suizidversuche gelten – neben psychischen Erkrankungen – als der zentrale Risikofaktor für Suizide (Chan et al., 2016; Franklin et al., 2017).² In einer Metaanalyse kommen Carroll, Metcalfe und Gunnell (2014) zu dem Ergebnis, dass im ersten Jahr nach einem Suizidversuch 1,6 % der Betroffenen und im Zeitraum von 10 Jahren nach einem Suizidversuch in etwa 4 % der Betroffenen an einem Suizid versterben. Das Suizidrisiko von Personen, die sich absichtlich selbstverletzt haben, ist im ersten Jahr in etwa 37-mal so hoch wie in einer Vergleichsgruppe der Allgemeinbevölkerung (Olfson et

al., 2017). Hinsichtlich wiederholter Suizidversuche schätzen Carroll et al. (2014) das Risiko eines erneuten Suizidversuches im ersten Jahr auf 16 % und innerhalb der ersten fünf Folgejahre auf 17 %. Diese Zahlen werfen zwangsläufig die Frage auf, mit welchen psychotherapeutischen Maßnahmen dem erheblichen Wiederholungs- und Mortalitätsrisiko begegnet werden kann. Einzelne psychotherapeutische Behandlungsangebote, die sich gut in der ambulanten Praxis verwirklichen lassen, werden im Folgenden dargestellt. Der Schwerpunkt liegt dabei auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen.

Psychotherapie nach einem Suizidversuch

Im Rahmen eines aktuellen Cochrane-Reviews kommen *Hawton et al. (2016)* zu dem Ergebnis, dass insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze (KVT) und die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) erneuten Suizidversuchen vorbeugen können. Insgesamt bezogen die Autoren 55 randomisiert-kontrollierte Studien in ihre Untersuchung ein. Neben psychotherapeutischen Verfahren (v. a. KVT, DBT, psychodynamische Therapie) wurde auch die Effektivität von so genannten Kontaktinterventionen und Case-Management-Ansätzen berücksichtigt. Primäres Outcomemaß war die Wiederholung intentionaler Selbstverletzung im Nachuntersuchungszeitraum von 6 bis 24 Monaten. Es zeigte sich, dass nach einer KVT- oder einer DBT-Behandlung weniger Betroffene einen erneuten Suizidversuch unternommen haben, als

1 Zu der mit der Ausgabe 4/2017 neu eingeführten geschlechtersensiblen Schreibweise im Psychotherapeutenjournal lesen Sie bitte den Hinweis auf der vorderen inneren Umschlagseite. Bei dieser Ausgabe handelt es sich um ein Heft in der männlichen Sprachform.

2 Die kursiv ausgezeichneten Quellen finden Sie abgedruckt am Ende des Artikels, das vollständige Literaturverzeichnis auf der Homepage der Zeitschrift unter www.psychotherapeutenjournal.de.

nach einer Treatment-as-usual-Behandlung (TAU) (Zalsman et al., 2016).

Die Effektivität einer ambulanten kognitiven Therapie konnten beispielsweise *Brown et al. (2005)* belegen. In dieser Studie verglichen die Autoren eine suizidfokussierte kognitive Therapie mit einer TAU-Bedingung bei 120 Patienten, die kurz zuvor einen Suizidversuch unternommen hatten. Im Rahmen beider Studienbedingungen durften die Patienten (zusätzliche) Psychotherapie, Pharmakotherapie und/oder eine Suchtbehandlung in Anspruch nehmen. In dem 18 Monate währenden Untersuchungszeitraum fand sich eine um nahezu 50 % geringere Rate an Suizidversuchen in der Behandlungsgruppe im Vergleich zur TAU-Bedingung (24 % KVT vs. 42 % TAU). Bei der untersuchten kognitiven Therapie suizidaler Handlungen (*Wenzel, Brown & Beck, 2009*) handelt es sich um eine Kurzzeittherapie, die zehn bis zwölf Sitzungen umfasst, in Ergänzung zu anderen Therapien eingesetzt werden kann und in drei Therapiephasen untergliedert wird: In der *Eingangsphase* stehen Aspekte der Risikoabschätzung, Krisenintervention und Therapieplanung im Vordergrund. In der *mittleren Therapiephase* werden kognitiv-verhaltenstherapeutische Standardmethoden angewendet, um Patienten zu einem alternativen Umgang mit suizidalem Erleben zu verhelfen. Im Zentrum steht hierbei die Identifikation und Modifikation von automatischen Gedanken, Annahmen und Überzeugungen, die im Vorfeld eines Suizidversuchs aktiviert waren oder einen dispositionellen Risikofaktor darstellen. Darüber hinaus werden aber auch behaviorale Strategien, Problemlösestrategien und Techniken zur Affektregulation genutzt. In der *Abschlussphase* werden die erworbenen Fertigkeiten im Hinblick auf die Prävention zukünftiger suizidaler Handlungen zusammengefasst und im Rahmen der so genannten Relapse Prevention Task imaginativ erprobt. Der Nutzen eines entsprechenden Vorgehens wird auch durch eine aktuelle Untersuchung von *Rudd et al. (2015)* belegt: In dieser Studie wurden 152 Soldaten mit akuter Suizidalität entweder auf die oben skizzierte Weise mit der sogenannten Brief Cognitive Behavioral Therapy (BCBT) behandelt oder erhielten eine TAU-Behandlung. Im 24 Monate währenden Untersuchungszeitraum unternahmen acht Patienten (14 %) der Behandlungsgruppe mindestens einen erneuten Suizidversuch im Vergleich zu 18 Teilnehmern (40 %) der TAU-Bedingung. Das Risiko für einen erneuten Suizidversuch konnte somit durch die BCBT um 60 % reduziert werden. Diese Befunde sprechen dafür, dass durch eine strukturierte und suizidfokussierte Kurzzeitbehandlung suizidales Verhalten wirksam reduziert werden kann. Hervorzuheben ist überdies, dass sich diese Behandlungsform von Therapeuten, die mit dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methodenrepertoire vertraut sind, ohne ein umfängliches Einarbeiten in neue Behandlungsstrategien umsetzen lässt.

Die Effektivität der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT) wurde u. a. in einer Untersuchung von *Linehan et al. (2006)*

nachgewiesen. In dieser Studie wurde eine DBT-Behandlung mit einer psychotherapeutischen Versorgung durch erfahrene, vornehmlich psychodynamisch arbeitende Psychotherapeuten verglichen. Insgesamt wurden 101 Frauen behandelt, die an einer Borderline-Störung litten und alle mindestens zwei Suizidversuche und/oder Episoden selbstverletzenden Verhaltens in den vergangenen fünf Jahren erlebt hatten. Im Anschluss an die intensive, kombinierte einzel- und gruppen-therapeutische DBT-Behandlung zeigte sich im zweijährigen Untersuchungszeitraum eine um 50 % geringere Suizidversuchsrate in der DBT-Bedingung als in der Vergleichsgruppe (23 % vs. 46 %). In einer weiteren Studie untersuchten *Linehan et al. (2015)*, welche Komponenten der DBT besonders relevant für die Reduktion suizidalen Verhaltens waren. Hierzu wurde eine Standard-DBT-Behandlung verglichen mit (1.) einem Behandlungsarm, in dem die Patientinnen an einer Skillsgruppe teilnahmen und durch einen Case-Manager begleitet wurden, und (2.) einer DBT-Einzeltherapie, die in

— Suizidversuche gelten – neben psychischen Erkrankungen – als der zentrale Risikofaktor für Suizide. —

Kombination mit einer Aktivitätsgruppe durchgeführt wurde, in der aber keinerlei Fertigkeiten (Skills) vermittelt und eingeübt wurden. Insgesamt nahmen 99 Patientinnen teil, die wiederum mindestens zwei Suizidversuche und/oder Episoden selbstverletzenden Verhaltens in den vergangenen fünf Jahren erlebt hatten. Unter allen drei Bedingungen kam es zu einer signifikanten Reduktion aller Zielgrößen. Gruppenunterschiede hinsichtlich des Anteils an Suizidversuchen, der Anzahl von Suizidversuchen, des medizinischen Letalitätsrisikos vollzogener Suizidversuche und Suizidgedanken fanden sich hingegen keine. Allerdings war die Abbruchquote in der DBT-Standardbehandlung deutlich niedriger als in den anderen beiden Behandlungsarmen. Zudem zeigte sich, dass die Behandlungsbedingungen, die das Skillstraining beinhalteten, etwas effektiver in der Reduktion nicht-suizidalen selbstverletzenden Verhaltens und hinsichtlich der Verbesserung von Depression und Angst waren als die DBT-Einzeltherapie ohne Skillstraining.

In weiteren randomisiert-kontrollierten Studien erwies sich die DBT-Behandlung zwar nicht als effektiver hinsichtlich der Reduktion suizidalen Verhaltens als psychodynamische Ansätze (*Clarkin, Levy, Lenzenweger & Kernberg, 2007; McMain et al., 2012*), gleichwohl fand sich aber auch hier eine signifikante Abnahme suizidalen Verhaltens unter dialektisch-behavioraler Therapie. Die DBT ist bisher die einzige spezifische Therapieform, bei der suizidales Verhalten in Studien wiederholt nachweislich reduziert werden konnte (*Hawton et al., 2016*) – und dies bei einer Patientenklientel, welche in aller Regel unter wiederkehrendem bzw. chronischem suizidalen Erleben und Verhalten leidet. Unter einer suizidpräventiven

Perspektive kommt der DBT somit enorme Bedeutung zu. Allerdings richtet sich die DBT-Behandlung hauptsächlich an Patienten mit einer Borderlinesymptomatik – es ist entsprechend unklar, ob und inwieweit suizidale Patienten mit anderen Symptommanifestationen gleichermaßen von einer DBT profitieren. Zudem stellt die Umsetzung einer dialektisch-behavioralen Therapie besondere Anforderungen an einen Therapeuten. So sind die Therapien auf einen längeren Zeitraum angelegt (≥ 1 Jahr), umfassen sowohl Einzel- als auch Gruppentherapiesitzungen, beinhalten zusätzliche Telefonkontakte und bedürfen der spezifischen Supervision (Bohus, 2002). Die Durchführung einer vollumfänglichen DBT-Behandlung eignet sich daher weniger zur kurzfristigen und fokussierten Aufarbeitung eines Suizidversuchs (siehe hierzu auch Andreasson et al., 2016).

Von grundsätzlicher Bedeutung ist es, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Fokus der Behandlung darstellen. So haben Interventionen, die auf die Reduktion assoziierter

— Von grundsätzlicher Bedeutung ist es, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Fokus der Behandlung darstellen. —

Psychopathologie (z. B. Depression, Hoffnungslosigkeit) abzielen, zumeist keinen nennenswerten Einfluss auf suizidales Erleben und Verhalten (Cuijpers et al., 2013; Meerwijk et al., 2016). Es scheint also nicht auszureichen, eine Depressions- oder eine Angstbehandlung vorzunehmen, um suizidalem Verhalten vorzubeugen; vielmehr bedarf es der spezifischen Behandlung des suizidalen Erlebens und Verhaltens selbst.

Optimierung der Behandlungsnachfrage

Ein wesentliches Hindernis für die wirksame Behandlung von Suizidversuchen ist – neben der unzureichenden Implementierung spezifischer Angebote in der Regelversorgung – die geringe Behandlungsnachfrage von Patienten nach einem Suizidversuch (Lizardi & Stanley, 2010). Im Rahmen des WHO World Mental Health Survey, einer multinationalen epidemiologischen Untersuchung in zehn Industrienationen (inklusive Deutschland) und elf Schwellen- bzw. Entwicklungsländern, zeigte sich beispielsweise, dass gerade einmal 49 bis 55 % derjenigen, die einen Suizidversuch unternommen haben, professionelle medizinisch-psychologische Hilfe wahrgenommen bzw. erhalten haben (Bruffaerts et al., 2011). Als Gründe für die geringe Behandlungsnachfrage gaben in den Industrienationen 56 % der Personen, die einen Suizidversuch unternommen hatten, einstellungsbezogene Hinderungsgründe an, wie z. B. den Wunsch, das Problem allein lösen zu wollen (48 %), befürchtete Stigmatisierung (17 %) oder die Einschätzung, dass Behandlungen ineffektiv seien (3 %). Vierzig Pro-

zent der Befragten sahen keine Notwendigkeit einer Behandlung und 20 % führten strukturelle Barrieren (u. a. finanzielle Gründe, Erreichbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten) als Grund an. In anderen Untersuchungen fand sich die Angst vor einer (unfreiwilligen) Hospitalisierung als weiterer Hinderungsgrund für eine Behandlungsaufnahme (Hom, Stanley & Joiner, 2015).

Und selbst diejenigen, die sich zunächst in Behandlung begeben, nehmen oft nur wenige Sitzungen in Anspruch. So ist es in der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch nicht unüblich, dass gerade einmal 50 % der Patienten an allen vom Programm vorgesehenen Therapiesitzungen teilnehmen (Hawton et al., 2016). Ein möglicher Grund hierfür ist, dass suizidale Patienten sich von ihren Behandlern nicht ausreichend verstanden fühlen und ihnen der Fokus der Behandlung nicht relevant erscheint (Michel, Valach & Waeber, 1994). Darüber hinaus scheinen aber auch strukturelle Barrieren von Bedeutung zu sein (Berk, Henriques, Warman, Brown & Beck, 2004): So werden im chaotischen Alltag etwa Therapietermine vergessen, es fehlt an Geld, um die Fahrt zur Therapie zu bezahlen, oder es gibt niemanden, der in dieser Zeit die Kinderbetreuung übernehmen kann.

Die genannten Befunde verweisen einerseits auf die Notwendigkeit gezielter und umfänglicher Aufklärungskampagnen, wie sie im Antrag des Deutschen Bundestags (siehe oben) gefordert werden – und sich in Deutschland bereits als effektiv erwiesen haben (Althaus, Niklewski, Schmidtke & Hegerl, 2007). Andererseits braucht die Veränderung negativer Einstellungen gegenüber der Inanspruchnahme medizinisch-psychosozialer Behandlungsangebote vielfach sicher mehr als Psychoedukation und Wissensvermittlung. Hier sind psychotherapeutische bzw. beraterische Fertigkeiten gefordert, um den Übergang von einer medizinischen Erstversorgung zu einer umfassenden Nachbehandlung anzubahnen.

Insbesondere das Motivational Interviewing (MI) (Miller & Rollnick, 1991) stellt einen Ansatz dar, welchen Behandler nutzen können, um Patienten nach einem Suizidversuch zu einer weiterführenden Behandlung zu motivieren (Britton, Patrick, Wenzel & Williams, 2011). Beim Motivational Interviewing handelt es sich um einen klientenzentrierten Beratungsansatz, der sich vor allem an Personen mit geringer oder ambivalenter Änderungsbereitschaft richtet. Durch ein direktives, aber nicht-konfrontatives Vorgehen wird dem Patienten geholfen, sich ambivalenter Haltungen bewusst zu werden und sich bestenfalls eigenständig für eine Verhaltensänderung zu entscheiden (Demmel, 2012; Teismann, Koban, Illes & Oermann, 2016). King und Kollegen (2015) konnten im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie zeigen, dass College-Studierende, die ein erhöhtes Suizidrisiko aufwiesen, in Folge einer MI-orientierten Online-

Elemente des Notfallplans

(1) Identifikation von Warnzeichen einer suizidalen Krise

Woran werden Sie merken, dass Sie den Notfallplan einsetzen sollten? Was sind Anzeichen dafür, dass es gefährlich für Sie wird?

Hier geht es um die Identifikation von Gedanken/Vorstellungsbildern, Denkprozessen, Stimmungen und Verhaltensweisen. Relevante Warnzeichen sollten in den Worten der Patienten notiert werden, z. B. vermehrtes Grübeln, anhaltende Gedanken, dass „ich ein Versager bin“, Übererregung, Aggressivität.

(2) Bewältigungsstrategien, die unabhängig von anderen Personen genutzt werden können

Was können Sie für sich alleine tun, um die Gedanken nicht in die Tat umzusetzen? Was hilft Ihnen dabei, sich zu beruhigen – und sei es auch nur für eine kurze Zeit? Was hat Ihnen in der Vergangenheit geholfen?

Die unterschiedlichsten Strategien können hier notiert werden, z. B. kalt duschen, Schokolade essen, Lieblingsmusik hören, Youtube-Videos gucken, ins Bett legen, putzen, kochen usw. Der Psychotherapeut kann dem Patienten auch Strategien zur Regulation starker Emotionen vorschlagen. Zurückgreifen lässt sich hierzu auf Stresstoleranz-Skills, wie sie in der DBT beschrieben und genutzt werden: Intensive körperliche Stimulation (z. B. Eiswürfel in den Mund nehmen, Ammoniak zufächeln, Chilischote kauen etc.), Konzentration auf gegenwärtige Sinneseindrücke, Entspannungstechniken, beruhigende Aktivitäten (ein warmes Bad nehmen, etwas Leckeres essen). Voraussetzung für eine Integration in den Notfallplan ist, dass die Strategien ohne vorausgehendes Training unmittelbar umgesetzt werden können.

(3) Personen und soziale Situationen aufsuchen, die einen ablenken

Gibt es Personen, die Ihnen dabei helfen können, auf andere Gedanken zu kommen? Sie müssen diesen nichts von Ihren Suizidgedanken erzählen. Gibt es Orte, die Sie aufsuchen können; Orte, die Ihnen ein Gefühl der Sicherheit vermitteln und an denen Sie unter Menschen sind?

Aufgelistet werden können Freunde und Familienangehörige, die eine stabilisierende Wirkung auf den Patienten haben. Die entsprechenden Personen sollten mit Telefonnummer im Notfallplan eingetragen werden. Zusätzlich sollten Orte notiert werden, die von dem Patienten selbstän-

dig aufgesucht werden können und an denen er sich sicher fühlt, z. B. Cafés, Restaurants, Kirchen, Fitnessstudio, Einkaufszentren, Buchläden, Kino.

(4) Personen, die gezielt um Hilfe gebeten werden können

Wen von Ihren Freunden, Bekannten und Familienmitgliedern können Sie in einer Krisensituation um Hilfe bitten? Wer kann Sie unterstützen und mit wem können Sie über Ihre Schwierigkeiten sprechen?

Sollten die bisherigen Strategien noch keine ausreichende Wirkung gezeigt haben, dann sollten sich die Betroffenen einer nahestehenden Person offenbaren und um Hilfe bitten. Natürlich können an dieser Stelle die gleichen Personen kontaktiert werden wie im Schritt zuvor – es geht nun aber darum, suizidales Erleben offen anzusprechen. Personen, die an dieser Stelle des Notfallplans notiert werden, sollten hierüber vorab informiert werden, d. h. es sollte gefragt werden, ob sie hierfür zur Verfügung stehen.

(5) Kontakte zu professionellen Hilfsstellen

An welche Stellen können Sie sich wenden, wenn private Kontakte nicht mehr ausreichen?

In der letzten Eskalationsstufe des Notfallplans müssen immer Kontaktanschriften des professionellen Hilfesystems aufgelistet werden. Einzutragen sind beispielsweise die Nummer des behandelnden Haus- und Facharztes, die Telefonnummer der Telefonseelsorge oder anderer telefonischer Hilfsdienste, die Anschrift und Telefonnummer der notfallaufnehmenden Klinik, die Nummer lokaler Krisenzentren, die Nummer des Notarztes und ggf. auch die des Psychotherapeuten.

(6) Den Zugang zu letalen Mitteln begrenzen

Wie können Sie sich davor schützen, dass Sie suizidale Impulse spontan in die Tat umsetzen?

Hier geht es darum, dass potentiell letale Mittel verschlossen oder unzugänglich aufbewahrt bzw. gänzlich beseitigt werden. Im Einzelnen kann es also beispielsweise darum gehen, dass ein Medikamentenvorrat weggeworfen oder einer vertrauten Person zur Verwahrung gegeben wird, dass das Auto eine Zeit lang nicht verwendet wird, dass keine Rasierklingen im Haus sind usw.

Intervention nicht nur eine erhöhte Veränderungsbereitschaft berichteten, sondern auch tatsächlich häufiger psychologische/psychiatrische Hilfe in Anspruch nahmen als Teilnehmer einer Kontrollintervention.

Alternativ bzw. in Ergänzung zu solchen motivationsfokussierten Interventionen empfiehlt sich der Einsatz von niederschweligen, ultrakurzen Psychotherapieinterventionen, um sowohl das Inanspruchnahmeverhalten als auch die Behandlungcompliance von Patienten nach einem Suizidversuch zu verbessern. Die mit der neuen Psychotherapie-Richtlinie geschaffene Möglichkeit einer „Akutbehandlung“ stellt für solche Interventionen einen sehr guten (Abrechnungs-)Rahmen dar.

Psychotherapeutische Ultrakurzinterventionen

Im Rahmen der ultrakurzen Interventionen erfährt derzeit das Safety Planning, d. h. die Erarbeitung von Notfall- bzw. Sicherheitsplänen, besondere Aufmerksamkeit (siehe hierzu www.zerosuicide.sprc.org). Notfallpläne sind in der Regel Teil umfassenderer Behandlungsprogramme; für den Einsatz in zeitlimitierten Settings (z. B. Notaufnahme) wurde das Safety Planning von *Stanley und Brown (2012)* jedoch als Stand-Alone-Treatment in manualisierter Form ausgearbeitet. Im Rahmen dieser Intervention wird mit den Patienten zunächst eine Risikoabschätzung vorgenommen und es wird versucht, ein genaues Verständnis eines zurückliegenden Suizidversuchs oder einer zurückliegenden suizidalen Krise zu gewinnen. Im nächsten Schritt wird mit den Patienten ein

ASSIP Sitzungsinhalte

- (1) In der **ersten Sitzung**, dem narrativen Interview, werden die Patienten gebeten, ihre Geschichte in ihren eigenen Worten zu erzählen, die zum Suizidversuch geführt hat (*Erzählen Sie doch bitte, wie es zu dem Suizidversuch kam ...?*). Der Therapeut lässt dem Patienten Raum, die Geschichte so zu erzählen, wie er sie erlebt hat. Er ist angehalten, Pausen zuzulassen und die Erzählung nicht durch Fragen zu unterbrechen. Erst wenn der Patient mit seiner Geschichte nach 20 bis 40 Minuten abgeschlossen hat, darf der Therapeut offene Verständnisfragen klären (*Können Sie mir das nochmal genauer erklären?*). Das Ziel des narrativen Interviews ist es, in einem biographischen Kontext ein gemeinsames, patientenorientiertes Verständnis der suizidalen Geschichte zu entwickeln. Im Mittelpunkt stehen individuelle Muster, die zu suizidalen Verhalten führten, wie auch persönliche Vulnerabilitäten und Trigger-Ereignisse. Die Sitzung wird auf Video aufgezeichnet.
- (2) In der **zweiten Sitzung**, dem Video-Playback, sitzen Patient und Psychotherapeut Seite an Seite und schauen ausgewählte Sequenzen des aufgezeichneten Narrativs an. Der Patient wird aufgefordert, das Video immer dann zu stoppen, wenn er etwas ergänzen möchte oder wenn ihm etwas als besonders bedeutsam erscheint. Ziel des Video-Playbacks ist es, den mentalen Zustand (den sogenannten suizidalen Modus) des Patienten in einem sicheren Setting zu reaktivieren und gleichzeitig den Übergang des erlebten psychischen Schmerzes/Stresses hin zu suizidalem Verhalten zu rekonstruieren. Automatische Gedanken, Gefühle, physiologische Veränderungen und daraus resultierende Verhaltensmuster werden identifiziert. Eine kognitive Umstrukturierung und emotionale Neuintegration wird ermöglicht. Psychoedukative Unterlagen („Suizid ist keine überlegte Handlung“) werden dem Patienten mit nach Hause gegeben.

Für die dritte Sitzung bereitet der Psychotherapeut eine schriftliche Zusammenfassung der Muster und Abläufe der suizidalen Krise vor. Die Zusammenfassung sollte in der Ich-Form erstellt werden und Handlungsvorschläge im Sinne weiter zu bearbeitender Themen sowie Warnsignale und Sicherungsstrategien beinhalten.
- (3) In der **dritten Sitzung** wird der Hausaufgabentext besprochen und wichtige Aspekte in ein gemeinsames Erklärungsmodell aufgenommen.

men. Der schriftliche Entwurf der individuellen und suizidspezifischen Fallkonzeption wird gemeinsam überarbeitet. Längerfristige Therapieziele, die im Zusammenhang stehen mit zukünftigen suizidalen Krisen, persönlichen Warnzeichen und suizidspezifischen Strategien werden erarbeitet und anschließend auf ein kreditkartengroßes Lepad (Zick-Zack-Faltheft) kopiert, mit dem Ziel, dies immer bei sich zu tragen. Zusätzlich erhalten die Patienten eine Notfallkarte mit den wichtigsten Notfallnummern, um einen einfachen Zugang zum Helfersystem zu garantieren.

- (4) In der **vierten Sitzung**, die optional angeboten wird, werden die erarbeiteten Strategien im Rahmen einer Video-Exposition anhand des Videos eingeübt. Der Patient betrachtet die Videoaufnahme aus der ersten Sitzung und wird aufgefordert, seine eigene Geschichte der Suizidalität mit den erarbeiteten Strategien zu unterbrechen, um suizidales Erleben (den suizidalen Modus) und Verhalten in zukünftigen suizidalen Krisen frühzeitig beeinflussen bzw. unterbrechen zu können.

Im Anschluss an die drei bis vier Sitzungen der Kurztherapie ASSIP bekommen die Patienten über zwei Jahre hinweg regelmäßig halbständiger Briefe zugeschickt (im ersten Jahr alle drei Monate, im zweiten Jahr alle sechs Monate). Hierbei werden die Patienten daran erinnert, dass auch zukünftig suizidale Krisen auftreten können und wie ihre eigenen erarbeiteten Strategien hierfür aussehen. Ziel ist es, eine lose, aber anhaltende therapeutische Verankerung zu halten und einen einfachen Zugang zum Helfersystem zu gewährleisten.

Mit der zuletzt genannten Intervention greifen *Gysin-Maillart und Michel (2013)* eine Methode auf, die sich in verschiedenen vorangegangenen Studien als erstaunlich wirksam in der Prävention von Suizidversuchen und Suiziden erwiesen hat (Hassan-Moghaddam, Sarjami, Kolahi & Carter, 2011; *Motto & Bostrom, 2001*). Auch wenn die Befundlage zur Effektivität entsprechender Postkarten- bzw. Briefinterventionen nicht vollständig konsistent ist (Milner, Carter, Pirkis, Robinson & Spittal, 2015), ist die Intervention so unaufwendig und kostengünstig, dass eine Anwendung empfohlen werden kann.

Notfallplan für den Fall einer erneuten suizidalen Krise ausgearbeitet. Bei dem Notfallplan handelt es sich um eine Liste von hierarchisch organisierten Strategien und Personen/Institutionen, die ein Patient im Fall einer erneuten suizidalen Zuspitzung anwenden bzw. kontaktieren kann (siehe Kasten „Elemente des Notfallplans“).

Aktuell wird die Effektivität des Safety Planning in mehreren amerikanischen Studien untersucht (Currier et al., 2015; Ghahramanlou-Holloway et al., 2014). In einer ersten abgeschlossenen Untersuchung konnten *Bryan et al. (2017)* zeigen, dass das Safety Planning einem „Antisuizidversprechen“ hinsichtlich der Reduktion von Suizidversuchen deutlich überlegen ist. In dieser Studie erhielten 97 Soldaten, die unter Suizidgedanken litten und/oder im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternommen hatten, entweder eine Safety Planning Intervention wie oben beschrieben oder durch-

liefen eine TAU-Behandlung, bei welcher nach einer Risikoabschätzung ausschließlich ein Antisuizidversprechen eingeholt wurde. Im Nachuntersuchungszeitraum von sechs Monaten kam es – bei unterschiedlichen Gruppengrößen – zu drei Suizidversuchen in der Safety Planning Bedingung (4,9 %) und fünf Suizidversuchen in der TAU-Bedingung (19 %). Patienten in der Safety Planning Bedingung hatten damit ein 76 % geringeres Wiederholungsrisiko als Patienten in der TAU-Bedingung. Dieser vorläufige Befund verweist auf den Nutzen dieser sehr fokussierten Intervention, die sich mit einem Zeitaufwand von ca. 60 bis 90 Minuten umsetzen lässt und sich keiner Therapieschule verpflichtet fühlt. Als Stand-Alone-Behandlung hat die Intervention vor allem Relevanz in Kontexten, die ein umfassenderes psychotherapeutisches Handeln nicht erlauben (z. B. im Kontext von Konsiliaruntersuchungen, in der Notaufnahme, bei Patienten, die nach einem Suizidversuch auf eine rasche Entlassung drängen).

Eine etwas umfassendere Behandlungsalternative stellt das Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP) von Gysin-Maillart und Michel (2013) dar, welches sich in einer ersten Studie als sehr effektiv erwiesen hat. Das Kurzprogramm umfasst insgesamt drei bis vier Sitzungen und zielt darauf ab, die Hintergründe einer suizidalen Krise zu klären und präventive Maßnahmen zu erarbeiten. ASSIP wird dabei immer flankierend zu einem regulär laufenden Behandlungsangebot (ambulant, teilstationär oder stationär) durchgeführt (siehe Kasten „ASSIP Sitzungsinhalte“).

Die Effektivität von ASSIP wurde bislang in einer randomisiert-kontrollierten Studie untersucht (Gysin-Maillart, Schwab, Soravia, Megert & Michel, 2016). In dieser Studie erhielten 120 Patienten, die zuvor mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten, entweder ein klinisches Interview oder eine ASSIP-Behandlung, beide zusätzlich zu TAU. Im zweijährigen Gesamtuntersuchungszeitraum kam es zu fünf Suizidversuchen in der ASSIP-Bedingung und zu 41 Suizidversuchen in der Kontrollbedingung. Der Anteil an Patienten, die einen oder mehrere Suizidversuche unternahmen, lag bei 8,3 % (n = 5) in der ASSIP-Bedingung im Vergleich zu 26,7 % (n = 16) in der Kontrollbedingung. Patienten der ASSIP-Gruppe hatten damit ein um annähernd 80 % geringeres Risiko, einen späteren Suizidversuch zu unternehmen, als die Kontrollgruppe.

Die Ergebnisse liefern deutliche Hinweise auf die Effektivität von ASSIP. Das Verfahren bietet sich als niederschwellige Brückenintervention im Übergang von einer stationär-psychiatrischen Behandlung hin zu einer ambulant-psychotherapeutischen Therapie an. Allerdings bleiben auch in Bezug auf ASSIP weitere Effektivitätsstudien abzuwarten.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass spezifische psychotherapeutische Angebote für Patienten nach einem Suizidversuch einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention leisten können. Insbesondere kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze und die dialektisch-behaviorale Therapie haben sich in Studien bisher bewährt. Von grundsätzlicher Bedeutung scheint es zu sein, dass suizidales Erleben und Verhalten den zentralen Ansatzpunkt der Behandlung darstellen sollten (Meerwijk et al., 2016). Kritisch muss jedoch angemerkt werden, dass die empirische Fundierung suizidpräventiver Psychotherapieinterventionen noch sehr lückenhaft ist: Im Vergleich mit anderen Problemfeldern gibt es nur wenige randomisiert-kontrollierte Studien, es fehlt nahezu vollständig an Replikationsstudien (bestenfalls durch unabhängige Untersuchergruppen) und es wurden nur in Ausnahmefällen verschiedene aktive Behandlungsformen gegeneinander getestet. Zur Über- oder Unterlegenheit verschiedener Psychotherapiever-

fahren lässt sich bislang somit keine sichere Aussage treffen. Darüber hinaus werden entsprechende Angebote von Betroffenen nur selten genutzt. Hier braucht es weitere Aufklärung

— Ultrakurze Psychotherapieverfahren könnten das Potential haben, einen sehr niederschweligen Zugang mit hoher Effektivität zu verknüpfen. —

wie aber auch gezielte Motivierung. Ultrakurze Psychotherapieverfahren, wie das Safety Planning oder ASSIP, könnten das Potential haben, einen sehr niederschweligen Zugang mit hoher Effektivität zu verknüpfen. Weitere Studienergebnisse bleiben diesbezüglich abzuwarten.

Gleichwohl ermöglicht der Einsatz empirisch-validierter Therapieverfahren bereits jetzt einen wichtigen Beitrag zur Suizidprävention. Die meisten der hier vorgestellten Verfahren lassen sich dabei gut mit dem Kontingenz einer psychotherapeutischen Akutbehandlung oder einer Kurzzeittherapie (KZT 1) in der ambulanten Praxis umsetzen und abrechnen.

Literatur

- Britton, P., Patrick, H., Wenzel, A. & Williams, G. (2011). Integrating motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 16-27.
- Brown, G. K., TenHave, T., Henriques, G., Xie, S., Hollander, J. & Beck, A. T. (2005). Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts. A randomized controlled trial. *JAMA*, 294, 563-570.
- Bryan, C. J., Mintz, J., Clemans, T. A., Leeson, B., Burch, T. S., Williams, S. R. et al. (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.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X. et al. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors. *Psychology Bulletin*, 143, 187-232.
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Bern: Huber.
- Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M. & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for attempted suicide: Two-year follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine*, 13, e1001968.
- Hawton, K., Witt, K. G., Taylor Salisbury, T. L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P. et al. (2016). Psychosocial interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, No.: CD012189.
- Linehan, M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H. 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.
- Linehan, M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsu, A. D. et al. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with Borderline Personality Disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA*, 72, 475-482.
- 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.
- Motto, J. & Bostrom, A. (2001). A randomized controlled trial of postcrisis suicide prevention. *Psychiatric Services*, 52, 828-833.
- Rudd, M. D., Bryan, C. J., Wertenberg, E. G., Peterson, A. L., Young-McCaughan, S., Mintz, J. 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, 441-449.

Stanley, B. & Brown, G. K. (2012). Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 256-264.

Teismann, T., Koban, C., Illes, F. & Oermann, A. (2016). *Psychotherapie suicidal Patienten*. Göttingen: Hogrefe.

Wenzel, A., Brown, G. & Beck, A. T. (2009). *Cognitive therapy for suicidal patients: scientific and clinical applications*. Washington, D. C.: American Psychological Association.



Dr. Tobias Teismann

Korrespondenzadresse:
Ruhr-Universität Bochum
Abteilung für Klinische Psychologie und
Psychotherapie
Massenbergstraße 11
44788 Bochum
tobias.teismann@rub.de

Dr. Tobias Teismann ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Er leitet das Zentrum für Psychotherapie, die Hochschul- und Ausbildungsambulanz der Ruhr-Universität Bochum. Seine Forschungsschwerpunkte sind Depression und depressives Grübeln, Suizidalität und Suizidprävention.



PD Dr. Thomas Forkmann

PD Dr. Thomas Forkmann ist Diplom-Psychologe und Psychologischer Psychotherapeut (Verhaltenstherapie). Er lehrt und forscht als wissenschaftlicher Mitarbeiter und stellvertretender Direktor des Instituts für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie an der Uniklinik der RWTH Aachen zum Thema Suizidalität und ist als Dozent in der Psychotherapieausbildung tätig.



Dr. phil. Anja Gysin-Maillart

Dr. phil. Anja Gysin-Maillart ist Fachpsychologin für Psychotherapie FSP mit kognitiv-behavioralem Schwerpunkt und leitet die Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) in der Poliklinik der Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD) AG, Schweiz. Als wissenschaftliche Mitarbeiterin im Zentrum für Translationale Forschung (ZTF) der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie liegt ihr Forschungsschwerpunkt in der klinischen Suizidprävention.



PD Dr. Heide Glaesmer

PD Dr. Heide Glaesmer ist Diplompsychologin und Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie). Sie ist wissenschaftliche Mitarbeiterin und stellvertretende Leiterin der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Universität Leipzig. Sie leitet dort die Arbeitsgruppe „Suizidalitätsforschung“.