

Teismann • Friedrich

THERAPIE-TOOLS



Suizidalität und Krisenintervention

2. Auflage



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

PD Dr. Tobias Teismann
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Massenbergstr. 9–13
44787 Bochum

Sören Friedrich, M. A.
Ruhr-Universität Bochum
Fakultät für Psychologie
Massenbergstr. 9–13
44787 Bochum

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29190-3 Print
ISBN 978-3-621-29191-0 (PDF)

2. Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Andrea Glomb
Umschlagbild: Lina Marie Oberdorfer

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen	11
2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung	19
3 Krisenintervention	54
4 Psychotherapie suizidaler Patient*innen	110
5 Therapeutisches Vorgehen nach einem Suizid	154
Literatur	164

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen	11
AB 1 Persönliche Haltung	12
INFO 1 Klassifikation suizidaler Handlungen	18
2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung	19
INFO 2 Heuristisches Phasenmodell im Umgang mit suizidalen Patient*innen	24
INFO 3 Beziehungsgestaltung	25
INFO 4 FAQs zur Beziehungsgestaltung	27
INFO 5 Risiko- und Schutzfaktoren	29
INFO 6 Indikation für eine Risikoabschätzung	30
AB 2 Leitfaden: Risikoabschätzung	31
AB 3 Leitfaden: Exploration nach Suizidversuch	34
AB 4 Leitfaden: Exploration einer erweiterten Suizidintention	35
AB 5 Ressourcen	36
INFO 7 Diagnostikinstrumente zur Erfassung suizidrelevanter Konstrukte	37
AB 6 Skala Suizidales Erleben und Verhalten (SSEV©)	39
AB 7 Dokumentation: Suizide und Suizidversuche von Familienangehörigen	40
AB 8 Dokumentation: Suizide und Suizidversuche von weiteren Familienangehörigen, Freunden und Bekannten	41
INFO 8 Risikokategorien	42
AB 9 Dokumentation: Risikoabschätzung (Erstabklärung)	43
AB 10 Dokumentation: Risikoabschätzung (Folgesitzungen)	46
AB 11 Diary Card	48
AB 12 Ressourcenpriming	49
INFO 9 Information: Behandlung einer suizidalen Krise	50
INFO 10 Medikamentöse Behandlung von Suizidalität	52
3 Krisenintervention	54
INFO 11 Ambivalenzklärung	58
AB 13 Gründe für und gegen das Sterben	60
AB 14 Gründe zu leben	62
AB 15 Notfallplan erstellen	63
AB 16 Notfallplan: Vorlage	66
INFO 12 Zugang zu letalen Mitteln begrenzen	67
AB 17 Checkliste: letale Mittel sichern	68
AB 18 Unterstützungsplan	69
AB 19 Antisuizidvertrag: Formulierungsvorschlag	70
INFO 13 Anspannung/Agitiertheit	71
INFO 14 Dissoziation	75
INFO 15 Hyperventilation	78
INFO 16 Antriebslosigkeit und Rückzug	79

INFO 17	Grübeln	80
INFO 18	Schlafstörungen	86
INFO 19	Alpträume	88
AB 20	Achtsamkeitsübung	89
INFO 20	Hinweise zur ambulanten Weiterbehandlung	91
AB 21	Schweigepflichtentbindung	92
INFO 21	Indikation stationäre Unterbringung	93
INFO 22	Ablauf: Freiwillige stationäre Unterbringung	95
INFO 23	Ablauf: Unfreiwillige stationäre Einweisung	96
INFO 24	Zwangsmaßnahmen: rechtliche Situation	98
INFO 25	Ausfüllhilfe: Akutbehandlung	99
INFO 26	Ausfüllhilfe: Verordnung von Krankenhausbehandlung	100
INFO 27	Ausfüllhilfe: Verordnung einer Krankenförderung	101
INFO 28	Ausfüllhilfe: Verordnung häuslicher Krankenpflege I	102
INFO 29	Ausfüllhilfe: Verordnung häuslicher Krankenpflege II (Behandlungsplan)	103
INFO 30	Umgang mit hochakuter Suizidalität (Person droht zu springen)	104
INFO 31	Umgang mit einem Suizidversuch in der laufenden Behandlung	105
INFO 32	Informationen für Angehörige und Freunde I	106
INFO 33	Informationen für Angehörige und Freunde II: Mythen	108
4 Psychotherapie suizidaler Patient*innen		110
AB 22	Phasenmodell der Psychotherapie mit suizidalen Patient*innen	115
AB 23	Narratives Interview	116
AB 24	Kettenanalyse	117
INFO 34	Suizidale Kognitionen	118
AB 25	Suizidaler Modus	119
AB 26	Verbindliche Behandlungszusage	120
INFO 35	Distanz zu belastenden Gedanken aufbauen	121
INFO 36	Infragestellung von belastenden Gedanken/Vorstellungen	122
AB 27	Kritische Prüfung belastender Gedanken/Vorstellungen	123
INFO 37	Eindruck, eine Last für andere zu sein	125
INFO 38	Fehlendes Zugehörigkeitserleben, Einsamkeit und Alleinsein	127
AB 28	Soziales Netzwerk	129
AB 29	Stern-Personen	130
INFO 39	Kontaktmöglichkeiten	132
AB 30	Dankbarkeitstagebuch	133
AB 31	Dankbarkeitsbrief	134
INFO 40	Hoffnungslosigkeit	135
AB 32	Problemkuchen	137
AB 33	Hope Box	138
INFO 41	Entrapment	139
AB 34	Problemlöseschema	140
INFO 42	Wertlosigkeit	143
INFO 43	Unaushaltbarkeit	145
AB 35	Bewältigungskarten	147
AB 36	Rückfallpräventionsübung	148
AB 37	Flagging the Minefield	150

AB 38	Brief an das suizidale Selbst	151
AB 39	Kontaktintervention: Briefvorlage I	152
AB 40	Kontaktintervention: Briefvorlage II	153
5 Therapeutisches Vorgehen nach einem Suizid		154
INFO 44	Suizid im stationären Setting I: Organisatorischer Ablaufplan nach einem Suizid	156
INFO 45	Suizid im stationären Setting II: Informieren von Mitpatient*innen	157
INFO 46	Informationen für Suizidhinterbliebene	158
INFO 47	Suizide im ambulanten Setting	161
INFO 48	Notfalladressen	162
INFO 49	Apps, Internetseiten und Selbsthilfebücher	163

Vorwort

Im Jahr 2019 starben in der Bundesrepublik Deutschland 9.041 Menschen durch einen Suizid, und zwar 7.274 Männer und 2.464 Frauen (Statistisches Bundesamt, 2021); die Lebenszeitprävalenz von Suizidversuchen liegt hierzulande bei 1,7 Prozent (Nock et al., 2012) und ernsthafte Suizidgedanken während der vergangenen zwei Wochen berichteten 8 Prozent der deutschen Erwachsenen (Forkmann et al., 2012). Ein großer Teil der deutschen Bevölkerung ist somit unmittelbar selbst von suizidalem Erleben und Verhalten betroffen oder steht in Kontakt zu Personen, die hierunter leiden (s. a. Cerel et al., 2019). Die stark divergierenden Prävalenzangaben von Suizidgedanken, Suizidversuchen und vollendeten Suiziden machen jedoch deutlich, dass die wenigsten Personen, die einen Suizid erwägen, tatsächlich einen solchen versuchen bzw. vollziehen. Dies gilt auch für klinische Stichproben, in denen sich deutlich höhere Prävalenzraten von Suizidgedanken und Suizidhandlungen finden (Bernal et al., 2007). Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen und psychiatrische Pflegekräfte treten entsprechend am häufigsten in Kontakt mit suizidalen Personen. Studien zufolge erleben 20 bis 30 Prozent der Psycholog*innen und ca. 50 Prozent der Psychiater*innen den Suizid mindestens eine*r ihrer Patient*innen (Chemtob et al., 1988a, b).

Das empathische Verstehen der Innenwelt einer suizidalen Person, die Beurteilung des aktuellen Suizidrisikos und die Behandlung suizidalen Erlebens und Verhaltens gehören sicher zu den schwersten und gleichzeitig verantwortungsvollsten Aufgaben und Herausforderungen für professionelle Helfer*innen. Mit dem Ziel, diese Arbeit zu erleichtern und zu unterstützen, stellt das vorliegende Buch Materialien zur diagnostischen und therapeutischen Arbeit im Umgang mit Selbsttötungsabsichten bereit. Alle Materialien sind auf die Arbeit mit erwachsenen Patient*innen ausgerichtet. In einem gesonderten Therapie-Tools-Buch wurden Materialien für die Arbeit mit suizidalen Kindern und Jugendlichen zusammengestellt (Friedrich & Teismann, 2022). Grundsätzlich setzt die Nutzung der hier zusammengestellten Therapiematerialien sowohl kognitiv-verhaltenstherapeutische Grundkenntnisse als auch eine vorangegangene Schulung im Umgang mit suizidalen Patient*innen voraus. Neben der Lektüre einschlägiger Bücher bzw. Lehrfilme (Bryan & Rudd, 2018; Dorrman, 2018; Freedenthal, 2017; Teismann & Dorrman, 2015, 2021; Teismann & Gysin-Maillart, 2019; Teismann et al., 2016c; 2021a) sollten unbedingt auch Praxisseminare zum Thema besucht worden sein.

Sie finden auf den folgenden Seiten Arbeitsmaterialien zu den Themen Beziehungsgestaltung, Risikoabschätzung, Krisenintervention und Psychotherapie suizidaler Patient*innen. Zu jedem Thema wird zunächst eine kurze Einführung gegeben, die den Umgang mit den dann folgenden Tools erläutern soll. Es folgen Informationsblätter (INFO), die entweder Sie oder Ihre Patient*innen dabei unterstützen sollen, in aller Kürze und verdichtet, wichtige Informationen zu den jeweiligen Themen aufzunehmen. Arbeitsblätter (AB) können entweder in der Therapie genutzt oder den Patient*innen mitgegeben werden. Verschiedene Arbeitsblätter sind für Ihre Vor- und Nachbereitung einer Sitzung gedacht.

Teilen Sie bitte nie Informations- oder Arbeitsblätter an die Patient*innen aus, die Sie nicht vorher selbst gelesen haben, und besprechen Sie alle ausgegebenen Materialien im Anschluss mit Ihren Patient*innen. Nutzen Sie sämtliche Materialien stets unter aufmerksamer Betrachtung der Aufnahmebereitschaft Ihrer Patient*innen. Manche Patient*innen finden »vorgefertigte« Arbeitsblätter ihrer Krisensituation nicht angemessen (orientieren Sie sich in solchen Fällen an den Vordrucken, aber fertigen Sie individuelle Materialien an), andere profitieren hingegen gerade in der Krisensituation von viel Struktur.

Der Umgang mit suizidalen Patient*innen gründet auf einer individuellen Fallkonzeption und folgt keinem strikten Manual. In diesem Sinne können die Arbeitsblätter nicht sukzessive durchgearbeitet werden, vielmehr müssen Sie eine Auswahl solcher Arbeits- und Infoblätter treffen, die im individuellen Fall passend sind. Dies gilt umso mehr, da die hier getroffene Untergliederung in Risikoabschätzung,


Krisenintervention und Psychotherapie nur heuristisch zu verstehen und keineswegs trennscharf ist: Die Risikoabschätzung ist integraler Teil der Krisenintervention und die Krisenintervention ist Teil der Psychotherapie. In diesem Sinne lassen sich diverse Materialien, die im Abschnitt zur Psychotherapie platziert sind, auch im Rahmen der Krisenintervention nutzen und andersherum.


Damit Sie die Arbeits- und Informationsblätter gut zuordnen können, sind alle mit verschiedenen Icons ausgestattet. Daran ist ersichtlich, für wen das Blatt bestimmt ist und wie die Handhabung erfolgen sollte. Folgende Icons werden Ihnen begegnen:

T **Therapeut*in:** Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- und Informationsblätter, die nur für die Therapeut*innen selbst gedacht sind.


P **Patient*in:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Arbeits- und Informationsblätter werden den Patient*innen zur Bearbeitung ausgehändigt.

T P **Therapeut*in und Patient*in:** Mit diesem Icon gekennzeichnete Arbeitsblätter werden von Therapeut*innen und Patient*innen gemeinsam in einer Sitzung bearbeitet.

 **Ran an den Stift:** Dieses Icon fordert dazu auf, einen Stift zur Hand zu nehmen und Antworten und Überlegungen direkt auf dem Arbeitsblatt oder auch separat zu notieren.

 **Input für den Kopf:** Auf diese Weise markierte Abschnitte beinhalten Hintergrundinformationen für eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Inhalten der Therapie.

 **Hier passiert etwas:** An dieser Stelle werden Handlungsanweisungen für Therapeut*innen oder Patient*innen gegeben.

 **Wie sag ich's?** Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut*innen.

Wir hoffen, dass Ihnen die bereitgestellten Materialien bei der Arbeit mit suizidalen Patient*innen helfen.

Bochum und Dortmund, im Mai 2021

*Tobias Teismann
Sören Friedrich*

1 Einstellungen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen

■ Zusammenfassung

In diesem Kapitel geht es darum, die eigene Haltung zu Suiziden sowie den persönlichen Umgang mit Krisen und Ängsten zu reflektieren. Ergänzend werden Definitionen suizidaler Verhaltensweisen aufgeführt.

Typische Ängste im Umgang mit suizidalen Patient*innen beziehen sich auf die Angst vor Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen, Angst vor Fehleinschätzungen, Angst vor juristischen Konsequenzen sowie Angst vor Vorwürfen durch andere (Angehörige der Patient*innen/Kolleg*innen; Conrad et al., 2021). Nun müssen entsprechende Ängste nicht zwangsläufig ungünstig sein; problematisch wird es dann, wenn uneingestandene Befürchtungen dazu beitragen, dass das Thema Suizidalität im Patientenkontakt vermieden wird bzw. eine unvollständige Risikoabschätzung und/oder unzureichende Implementierung von Therapiemethoden und Schutzmaßnahmen durch entsprechende Befürchtungen begünstigt werden. Vor diesem Hintergrund sollten sich Therapeut*innen ihrer Einstellung zu suizidalen Patient*innen, negativer Gegenübertragungsreaktionen und ihrer Ängste bewusst sein. So kann einem unkritischen Reagieren auf suizidale Patient*innen zugekommen und Schwierigkeiten durch Infragestellung und Problemlösen – im Rahmen von Supervision/Intervision – vorab begegnet werden. Grundsätzlich geht ein häufigerer Umgang mit suizidalen Patient*innen mit reduzierten Ängsten einher (Conrad et al., 2021; Dormann, 2018).

Vor dem Hintergrund, dass bei der Klassifikation suizidaler Erlebens- und Verhaltensweisen eine erhebliche Uneinigkeit sowohl zwischen Klinikern (Cwik & Teismann, 2017) als auch verschiedenen Arten der Erfassung von Suizidhandlungen (Hom et al., 2019) besteht, werden ergänzend Definitionen verschiedener Arten suizidaler Handlungen gegeben (**INFO 1**).

Arbeitsmaterial

AB 1 Persönliche Haltung

Das Arbeitsblatt dient dazu, eigene Haltungen zum Thema Suizid zu explorieren. Es ist nicht möglich, einem Suizid neutral gegenüberzustehen. Umso wichtiger ist es, die eigenen Haltungen, eigene Reaktionen und Ängste in Bezug auf suizidale Patient*innen zu reflektieren und einen Umgang zu finden, der es erlaubt, suizidale Patient*innen auf professionelle Art und Weise zu unterstützen.

INFO 1 Klassifikation suizidaler Handlungen

Im Rahmen des Klassifikationssystems von Posner et al. (2007) werden unter dem Oberbegriff »Selbstverletzendes Verhalten« drei Klassen von Verhaltensmustern differenziert: (1) nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten, (2) unbestimmtes selbstverletzendes Verhalten und (3) suizidales Verhalten. Die Differenzierung der drei Verhaltensklassen erfolgt auf Basis der dem Verhalten zugrunde liegenden Intention: Um von einer suizidalen Handlung sprechen zu können, muss ein gewisses Ausmaß an Absicht, durch die Handlung zu sterben, eruierbar sein; andernfalls handelt es sich um nicht-suizidales oder unbestimmtes selbstverletzendes Verhalten. Unter dem Oberbegriff des suizidalen Verhaltens wird des Weiteren differenziert zwischen einem Suizid, Suizidversuch, abgebrochenem Suizidversuch, unterbrochenem Suizidversuch und vorbereitenden Handlungen.

Persönliche Haltung

Beantworten Sie die folgenden Fragen nur für sich (und lassen Sie sich Zeit dabei).

(1) Einstellungen zu Suizid



Was denken Sie über Leute, die einen Suizidversuch unternehmen oder durch einen Suizid sterben?

.....

.....

.....

.....

.....

Denken Sie, dass ein Suizid immer verhindert werden sollte? Wenn ja, warum? Und wenn nein, unter welchen Bedingungen halten Sie einen Suizid für »statthaft«?

.....

.....

.....

.....

.....

Denken Sie, dass ein Suizid immer verhindert werden kann? Und wenn nein, warum nicht?

.....

.....

.....

.....

.....

Persönliche Haltung

Welche Informationen brauchen Sie oder müssen Sie wieder mehr in den Blick nehmen, um negative Reaktionen zu überwinden?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Klassifikation suizidaler Handlungen

→ **Suizid.** Tod aufgrund eines intentionalen, selbstschädigenden Verhaltens, das mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war. Drei Bestimmungsmerkmale gelten als zentral:

- (1) Die Person ist tot.
- (2) Das Verhalten der Person selbst führte zum Tod. (Die Person muss die tödliche Handlung allerdings nicht selbst ausgeführt haben – sie muss sie lediglich selbst initiiert haben.)
- (3) Die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen. Eine entsprechende Intention wird entweder erschlossen oder wurde explizit zum Ausdruck gebracht.

Suizidversuch. Auf die eigene Person gerichtetes, potenziell selbstverletzendes Verhalten, das nicht zum Tod führte, aber mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert war. Wiederum gelten drei Bestimmungsstücke als zentral:

- (1) Die Person hatte (in gewissem Ausmaß) die Absicht, ihren eigenen Tod herbeizuführen. Diese Absicht wird entweder erschlossen oder wurde explizit zum Ausdruck gebracht.
- (2) Es wurde ein Verhalten gezeigt, das Potenzial zur Selbstschädigung hatte bzw. von dem die Person dachte, dass es dieses Potenzial hat.
- (3) Eine Verletzung oder Schädigung kann, aber muss nicht eingetreten sein.

Unterbrochener Suizidversuch. Die Ausführung eines auf die eigene Person gerichteten, potenziell selbstverletzenden Verhaltens, das mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert ist, wird durch eine andere Person unterbrochen/verhindert, bevor es zu einer Schädigung oder einer potenziellen Schädigung gekommen ist. Zwei Merkmale sind entscheidend, um von einem unterbrochenen Suizidversuch zu sprechen:

- (1) Ohne die Unterbrechung wäre es zum Suizid(versuch) gekommen.
- (2) Es ist zu keiner Verletzung gekommen. (In dem Moment, in dem eine erste Tablette eingenommen / ein erster Schnitt gesetzt wurde, handelt es sich um einen Suizidversuch.)

Abgebrochener Suizidversuch. Die Ausführung eines auf die eigene Person gerichteten, potenziell selbstverletzenden Verhaltens, das mit einem gewissen Maß an Absicht zu sterben assoziiert ist, wird vorbereitet. Die Person selbst stoppt ihr Verhalten jedoch unmittelbar, bevor es zu einer Schädigung oder einer potenziellen Schädigung gekommen ist. Wie beim unterbrochenen Suizidversuch gilt auch hier:

- (1) Ohne die Unterbrechung wäre es zum Suizid(versuch) gekommen.
- (2) Es ist zu keiner Verletzung gekommen. (In dem Moment, in dem eine erste Tablette eingenommen / ein erster Schnitt gesetzt wurde, handelt es sich um einen Suizidversuch.)

Vorbereitende Handlungen bzw. vorbereitendes Verhalten. Vorbereitungen zur Durchführung eines Suizid(versuchs). Hierzu zählt beispielsweise das Schreiben eines Abschiedsbriefs, das Verfassen eines Testaments, der Erwerb einer Waffe bzw. das Sammeln von Medikamenten. Suizidgedanken oder Verbalisierungen derselben gelten nicht als vorbereitendes Verhalten.

nach Posner et al., 2007, 2014

2 Beziehungsgestaltung und Risikoabschätzung

■ Zusammenfassung

In diesem Kapitel werden konkrete Hinweise zur Beziehungsgestaltung und zur Risikoabschätzung bei suizidalen Patient*innen gegeben. Es folgen Materialien zur Dokumentation der Risikoabschätzung und zur Fokussierung von Patientenressourcen.

Das wichtigste Ziel im Kontakt mit einer/einem suizidalen Patient*in ist es, eine therapeutische Beziehung herzustellen. Gleichzeitig wird unmittelbar mit der Risikoabschätzung des aktuellen Gefährdungsgrades begonnen. Die Vermutung, ein*e Patient*in könne sich in einer suizidalen Krise befinden, sollte ihr gegenüber direkt, offen und mit konkreten Worten angesprochen werden. Es ist ein empirisch gut widerlegter Mythos, anzunehmen, dass man Patient*innen auf die Idee bringt, sich umzubringen, wenn man sie auf Suizidgedanken und -pläne anspricht (DeCou & Schuhmann, 2018). Es scheint auch keinen Unterschied zu machen, ob man früher oder später im therapeutischen Gespräch nach Suizidgedanken fragt (Chu et al., 2017a). Wichtig ist es allerdings, dass auf negativ formulierte Fragen (»Sie denken nicht an Suizid, oder?«) verzichtet wird (McCabe et al., 2017) und Suizidgedanken proaktiv von Therapeut*innen angesprochen werden, da nicht wenige Patient*innen es vermeiden, im Gespräch selbst auf suizidales Erleben hinzuweisen (Vannoy & Robins, 2011).

Die Einschätzung des aktuellen Suizidrisikos ergibt sich schließlich aus der Gewichtung der vorliegenden Risiko- und Schutzfaktoren. Grundsätzlich muss man sich darüber im Klaren sein, dass eine sichere Risikoabschätzung nicht möglich ist: Weder ist es möglich, suizidales Verhalten vorherzusagen, noch ist es möglich – in ausreichendem Maße –, zwischen Hochrisikopatient*innen und Niedrigrisikopatient*innen zu differenzieren (u. a. Large et al., 2016; Woodford et al., 2019). Dies bedeutet aber mitnichten, dass auf ein abklärendes Gespräch verzichtet werden könnte – insbesondere auch, da Patient*innen sich dies oft wünschen (Hom et al., 2020).

■ Wichtig

Der Fokus sollte jedoch weniger auf der Idee liegen, am Ende des Gesprächs eine Kategorisierung vornehmen zu können, als eher auf dem Ziel herauszufinden, was der/die Patient*in in der Krisensituation benötigt (Teismann et al., 2019):

- ▶ Was wünscht sich der/die Patient*in von der Behandlung?
- ▶ Was gibt es für modifizierbare Risikofaktoren?
- ▶ Was braucht der/die Patient*in, um sich sicherer zu fühlen?
- ▶ Wie gefährdet schätzt sich der/die Patient*in selbst ein?

Komplementär zur Problembetrachtung sollten zudem durchgängig die Ressourcen der Patient*innen in den Blick genommen werden. Grundpostulat eines ressourcenorientierten Vorgehens ist die Vorstellung, dass jede – auch eine psychisch beeinträchtigte und lebensmüde – Person Ressourcen hat und damit Möglichkeiten, sich unter widrigsten Umständen für das Weiterleben zu entscheiden und dieses zu gestalten. Die besondere Bedeutung der Ressourcenaktivierung ergibt sich überdies aus der Feststellung, dass ein grundlegender Neuaufbau von Fertigkeiten innerhalb einer Krise weder möglich noch ökonomisch wäre (Teismann & Willutzki, 2020).

Schlussendlich sei hervorgehoben, dass der informierte Konsens auch im Umgang mit suizidalen Patient*innen gilt, d. h., dass Patient*innen über die Ergebnisse der Risikoabschätzung, Diagnosen, den Fortgang der Krisenintervention informiert und behandlungsrelevante Aspekte nicht »geheim gehalten« werden (Rudd et al., 2009).

Arbeitsmaterial

INFO 2 Heuristisches Phasenmodell im Umgang mit suizidalen Patient*innen

Das Krisengespräch lässt sich prototypisch in verschiedene Arbeitsschritte unterteilen: Zu Beginn des Kontaktes geht es um die Bildung einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und die Risikoabschätzung. In Abhängigkeit von der aktuellen Gefährdungslage ist es dann relevant, die Patient*innen zum Reflektieren anzuregen, bei ihnen Neugier zu wecken und sie dafür zu gewinnen, ihren Entschluss, sich das Leben zu nehmen, aufzuschieben. Hierzu lassen sich motivationale Strategien (s. Kap. 3) nutzen. Hat der/die Patient*in die Entscheidung getroffen, (erst einmal) am Leben bleiben zu wollen, lassen sich verschiedene Strategien zur Förderung von Selbstkontrolle einsetzen, um den/die Patient*in in der Verfolgung dieses Ziels zu unterstützen. In Abhängigkeit von der Ansprache des/der Patient*in auf die verschiedenen Methoden und Strategien muss schließlich über das weitere Behandlungssetting entschieden werden.

INFO 3 Beziehungsgestaltung

INFO 4 FAQs zur Beziehungsgestaltung

Zu Beginn jeden Kontaktes mit einer suizidalen Person geht es um die Bildung einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung. Unter der Perspektive, dass suizidale Wünsche oftmals Resultat von Einsamkeit und fehlendem Zugehörigkeitserleben sind (Joiner, 2005), ist eine gute therapeutische Beziehung bereits für sich genommen suizidpräventiv (Dunster-Page et al., 2017). Mit Blick auf die Gestaltung der Beziehung betonen verschiedene Autor*innen die Bedeutung von Selbstbestimmung auf der einen und weitreichender Unterstützung und Fürsorge auf der anderen Seite (Joiner et al., 2009). Spezifische Facetten der Beziehungsgestaltung mit suizidalen Patient*innen werden in diesen Informationsblättern für Therapeut*innen zusammengefasst.

INFO 5 Risiko- und Schutzfaktoren

Das Informationsblatt gibt eine Übersicht über empirisch bestätigte Risikofaktoren im Allgemeinen und in spezifischen Populationen (Cassidy et al., 2018; Conwell et al., 2002; Fazel et al., 2008; Franklin et al., 2017; Galynker, 2017; Johnson et al., 2011; O'Connor & Kirtley 2018; Rogers et al., 2019; Van Orden et al., 2010; WHO, 2014). Zudem werden Warnzeichen einer suizidalen Krise benannt und Faktoren, die den Übergang von Suizidgedanken zu Suizidhandlungen erleichtern. Schlussendlich werden Schutzfaktoren aufgelistet. Grundsätzlich muss man sich darüber im Klaren sein, dass einzelne Risikofaktoren keine nennenswerte Vorhersage von Suiziden erlauben (Franklin et al., 2017), und dass es keine Risikofaktoren gibt, die in jedem Fall vorhanden sein müssen, um ein erhöhtes Suizidrisiko anzunehmen (Huang et al., 2020), d. h. es gibt nicht die eine Konstellation an Risikofaktoren, die zu suizidalem Erleben und Verhalten führt. Das Vorliegen einzelner Risikofaktoren sollte jedoch immer als Anlass für eine Risikoabschätzung (s. **AB 2** »Leitfaden: Risikoabschätzung«) genommen werden. Schutzfaktoren spielen bei der Prädiktion suizidalen Verhaltens oftmals eine untergeordnete Rolle, es gibt aber Hinweise darauf, dass sie für die Überwindung suizidaler Krisen von besonderer Bedeutung sind (Lukat et al., 2017; Teismann et al., 2016b).

INFO 6 Indikation für eine Risikoabschätzung

Das Informationsblatt erläutert die Situationen, in denen in jedem Fall eine Risikoabschätzung vorgenommen werden sollte. Vor dem Hintergrund einer deutlich erhöhten Suizidrate nach Entlassung aus einer stationär-psychiatrischen Behandlung (Qin & Nordentorft, 2005) sei die Notwendigkeit einer Risikoabschätzung im Abschlussgespräch besonders hervorgehoben.

AB 2 Leitfaden: Risikoabschätzung

Der Aufbau der Exploration orientiert sich am Ansatz der »Chronologischen Erfassung suizidaler Ereignisse« von Shea (2011), innerhalb dessen die Risikoabschätzung dadurch strukturiert wird, dass die Art und das Ausmaß suizidaler Ideen und Handlungen in Bezug auf verschiedene Zeiträume erfragt werden. Das Gespräch untergliedert sich somit in eine Exploration (1) aktueller Suizidalität, (2) suizidalen Verhaltens in den vergangenen zwei Monaten, (3) vergangener Suizidhandlungen und (4) unmittelbar bevorstehendem suizidalem Erleben und Verhalten. Innerhalb jedes Zeitfensters richtet sich der Fokus der Fragen auf Art und Ausmaß von Suizidgedanken und suizidalen Verhaltensweisen, wie auch auf das Vorliegen von Faktoren, die einen Übergang von Suizidgedanken zu Suizidhandlungen begünstigen (O'Connor & Kirtley, 2018). Die Abklärung suizidalen Verhaltens in der jüngeren und früheren Vergangenheit verfolgt dabei das Ziel, eine Einschätzung der Stabilität bzw. Fluktuation, Intensität und Dauer suizidaler Gedanken zu erhalten. Bei der Exploration länger zurückliegender Suizidversuche sollten sich die Behandler aus Zeitgründen gleichwohl auf die Exploration des schwersten und des letzten Suizidversuchs beschränken. Es ist darauf zu achten, dass die Exploration im Rahmen eines »natürlichen Gesprächsverlaufs« umgesetzt wird.

AB 3 Leitfaden: Exploration nach Suizidversuch

Im Fall, dass ein*e Patient*in unmittelbar nach einem Suizidversuch in Behandlung kommt (beispielsweise im Kontext einer stationären Aufnahme), nimmt das Gespräch zur Risikoabschätzung natürlich hier seinen Ausgangspunkt. Bei fortbestehender Suizidalität schließt sich die allgemeine Risikoabschätzung (s. **AB 2** »Leitfaden: Risikoabschätzung«) an.

AB 4 Leitfaden: Exploration einer erweiterten Suizidintention

Ergeben sich in der Risikoabschätzung Hinweise darauf, dass ein erweiterter Suizid erwogen werden könnte, oder ist der Anlass der Krise das (Fehl-)Verhalten einer oder mehrerer anderer Personen (z. B. Trennungen, Konflikte), sollten fremdgefährdende Vorstellungen genau exploriert werden. Die Gefahreneinschätzung orientiert sich dabei an einer Typologie von Joiner (2014), die vier verschiedene Motive für einen erweiterten Suizid postuliert: (1) Barmherzigkeit (»Es gibt nichts, was man in dieser Situation noch tun kann. Allein zurückgelassen, wird es meiner Frau / meinen Kindern noch schlechter ergehen. Es ist daher besser, ihnen zukünftiges Leid zu ersparen / sie nicht allein in dieser Welt zu lassen«); (2) Gerechtigkeit (»Es ist nicht gerecht, dass ich nicht weiterleben kann und die, die mich gequält haben, am Leben bleiben«); (3) Verpflichtung (»Ich kann es anderen nicht zumuten, sich nach meinem Tod um meine Frau / die Kinder kümmern zu müssen, und daher muss ich sie mit in den Tod nehmen«) und (4) Ruhm/Rache (»Es wird eine Tat sein, an die man sich immer erinnern wird«).

AB 5 Ressourcen

Ressourcenorientierte Diagnostik ist als Ergänzung einer problembezogenen Analyse zu verstehen. Sie verfolgt – komplementär zur Erfassung von Risikofaktoren und -befindlichkeiten – das Ziel, die externen, intra- und interpersonellen Ressourcen einer suizidalen Person zu erschließen. Aufgrund der ausgeprägten Demoralisierung suizidaler Patient*innen ist nicht zu erwarten, dass sie ohne Weiteres Zugang zu ihren Ressourcen haben oder global Auskunft über sie geben können. Vielmehr benötigen Patient*innen gezielte Anregungen, um etwaige Ressourcen benennen zu können. Als Einstieg kann dieses Arbeitsblatt genutzt werden (Willutzki & Teismann, 2013).

INFO 7 Diagnostikinstrumente zur Erfassung suizidrelevanter Konstrukte

Suizidalität muss immer in einem individuellen diagnostischen Gespräch abgeklärt werden. Gleichwohl können Fragebögen und Interviews zur Erfassung des Schweregrads suizidaler Krisen, zur Dokumentation des Verlaufs bzw. der Veränderungen suizidalen Erlebens und Verhaltens und zur Diagnostik von relevanten Risikofaktoren genutzt werden (Forkmann et al., 2015). Dies gilt vor allem, da es manchen Betroffenen bei einer Fragebogenerhebung leichter zu fallen scheint, suizidale Erlebensweisen zu offenbaren, als im diagnostischen Gespräch (Vannoy & Robins, 2011). Bei allen Vorteilen eines routinemäßigen Einsatzes von Fragebögen in Forschung und Praxis muss man sich darüber im Klaren sein, dass Fragebögen keine sichere Risikoabschätzung ermöglichen (Carter et al., 2017). Fragebögen sollten – neben ihrer Nutzung in der Forschung – vor allem dazu verwendet werden, das therapeutische Gespräch zu ergänzen. In der Tabelle werden nur solche Instrumente dargestellt, die für den deutschsprachigen Raum validiert wurden.

AB 6 Skala Suizidales Erleben und Verhalten

Bei der *Skala Suizidalen Erlebens und Verhaltens* (SSEV) handelt es sich um einen eindimensionalen Fragebogen zur Erfassung von Suizidgedanken, Suizidabsichten, Suizidplänen und Suizidhandlungen während der vergangenen vier Wochen. Zusätzlich werden lebenszeitliche Suizidversuche erfasst. Es kann ein Summenscore über die ersten sechs Items gebildet werden; wichtiger ist aber die inhaltliche Betrachtung und Auswertung der Patientenantworten. Die Bearbeitungszeit der SSEV liegt bei etwa zwei Minuten, sodass die Skala gut zur Verlaufsbeobachtung eingesetzt werden kann. Der Fragebogen ist für den deutschsprachigen Raum validiert worden (Teismann et al., 2021b).

AB 7 Dokumentation: Suizide und Suizidversuche von Familienangehörigen

AB 8 Dokumentation: Suizide und Suizidversuche von weiteren Familienangehörigen, Freunden und Bekannten

Suizide und Suizidversuche unter nahestehenden Personen gelten als Risikofaktoren für den Übergang von Suizidgedanken und Suizidhandlungen (O'Connor & Kirtley, 2018). In den allermeisten Fällen wird es reichen, im Rahmen der Risikoabschätzung (s. AB 2 »Leitfaden: Risikoabschätzung«) kurz nach entsprechenden Erfahrungen zu fragen. Nur dann, wenn Suizidhandlungen im sozialen Netzwerk einer Person sehr prävalent sind (oder in einem Forschungskontext), sollten die hier zur Verfügung gestellten umfangreichen Dokumentationsbögen genutzt werden.

INFO 8 Risikokategorien

Die Abschätzung des aktuellen Suizidrisikos ergibt sich aus der Gewichtung der vorliegenden Risiko- und Protektivfaktoren. Einen allgemeinen Orientierungsrahmen für die Risikoabschätzung bietet das im Informationsblatt dargestellte Schweregradkontinuum von Rudd et al. (2001; Chu et al., 2015). Auch wenn die Übersicht den Eindruck vermittelt, eine zuverlässige Risikokategorisierung und -einschätzung wäre möglich, ist es eine bekannte Tatsache, dass vergleichsweise seltene Verhaltensweisen nicht sicher vorhergesagt werden können und dass eine valide und reliable Risikokategorisierung nicht möglich ist (Teismann & Friedrich, 2021). Der Fokus der Risikoabschätzung sollte daher weniger auf der Vorstellung liegen, am Ende des Gesprächs eine verlässliche Zuordnung vornehmen zu können, als vielmehr auf dem Ziel, herauszufinden, was die suizidale Person in der Krisensituation benötigt.

AB 9 Dokumentation: Risikoabschätzung (Erstabklärung)

AB 10 Dokumentation: Risikoabschätzung (Folgesitzungen)

Sämtliche Kontakte mit einer/einem suizidalen Patient*in müssen sorgfältig dokumentiert werden: *Was nicht dokumentiert wurde, hat im Zweifelsfall nicht stattgefunden*. Dokumentiert werden sollten für jede einzelne Sitzung die Ergebnisse der Risikoeinschätzung, therapeutische Indikationsentscheidungen, angewendete Interventionen sowie Kontakte zu behandelnden Ärzt*innen, Familienmitgliedern und Supervisor*innen.

AB 11 Diary Card

Suizidale Krisen weisen einen stark fluktuierenden Verlauf auf (Hallensleben et al., 2018). Mit dem Ziel, die Dynamik einer suizidalen Krise im Blick zu behalten, lassen sich so genannte Diary Cards, wie sie in der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) genutzt werden (Bohus & Wolf, 2018), einsetzen. Bestenfalls werden diese Tagebuchkarten über den gesamten Verlauf der Krisenintervention genutzt und jeweils zu Beginn der Sitzung ausgewertet.

AB 12 Ressourcenpriming

Vor allem im Umgang mit chronisch suizidalen Patient*innen, pervasiv-hoffnungslosen Patient*innen und interaktionell herausfordernden Patient*innen ist es hilfreich, die Technik des Ressourcenprimings (Flückiger & Wüsten, 2012) zu nutzen. Die Technik hilft dabei, systematisch auf Ressourcen achtzugeben und diese in der Therapie zu nutzen. Bestenfalls verschafft man sich kurz vor Sitzungsbeginn immer wieder einen Überblick (d. h. ein Priming).

INFO 9 Behandlung einer suizidalen Krise

In dem Informationsblatt wird kurz beschrieben, was in einer ambulanten Behandlung suizidaler Patient*innen gemacht wird und unter welchen Bedingungen eine stationäre Behandlung erfolgen sollte. In Ergänzung zum therapeutischen Gespräch soll hiermit ein informierter Konsens ermöglicht werden (Rudd et al., 2009).

INFO 10 Medikamentöse Behandlung von Suizidalität

Es gibt (bislang) kein Medikament, dessen Effektivität für die Behandlung akuter Suizidalität nachgewiesen werden konnte (Lorenzen & Bschor, 2021). Das einzige Medikament mit einer nachgewiesenen antisuizidalen Wirkung – im Rahmen affektiver Störungen – ist Lithium. Clozapin hat sich im Kontext schizophrener Erkrankungen als antisuizidal erwiesen. Beide Medikamente eignen sich jedoch nicht für die Akutbehandlung suizidaler Krisen. In diesem Informationsblatt werden die Möglichkeiten und Grenzen einer medikamentösen Behandlung zusammengefasst.