

WEGE AUS DER SUIZIDALITÄT IM INTRA- UND EXTRAMURALEN BEREICH

Dr. Clemens Fartacek

Uniklinikum Salzburg

Christian-Doppler Klinik

Universitätsinstitut für klinische Psychologie

Bereich für Krisenintervention und Suizidprävention

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

c.fartacek@salk.at

Der suizidale Prozess

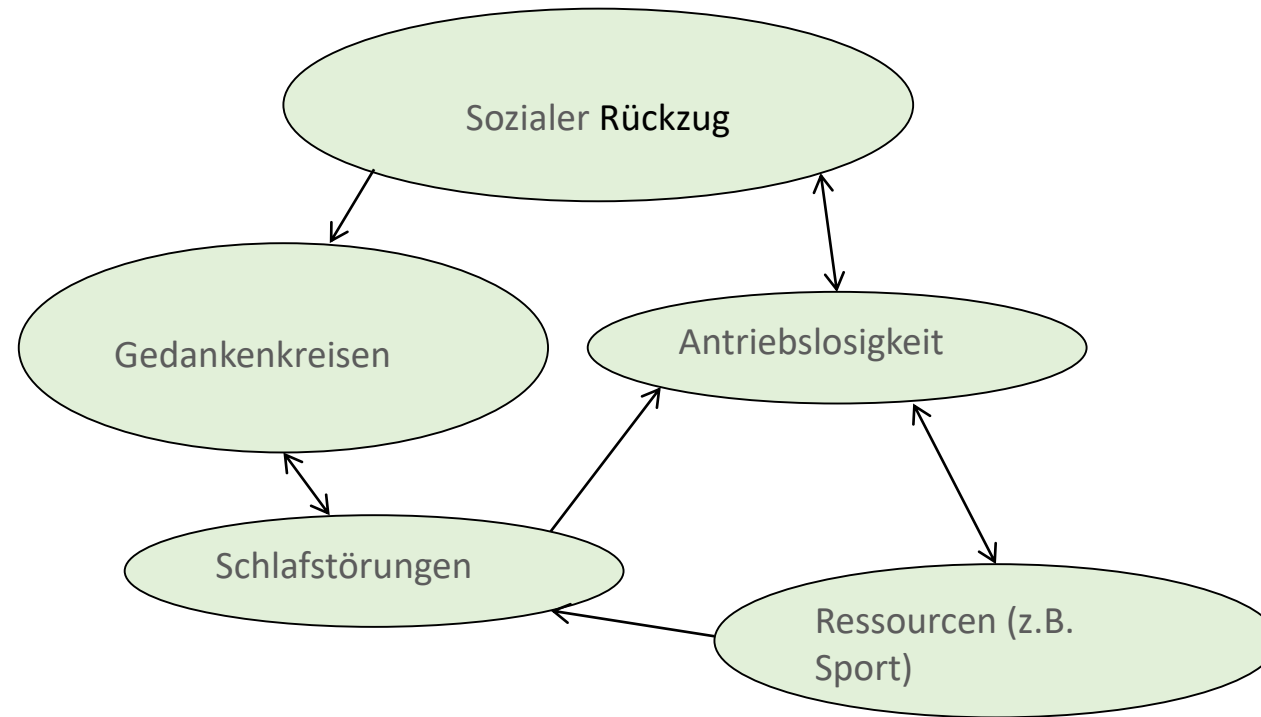
- hoch fluktuierend (z.B. Palmier-Claus et al., 2012; Witte et al., 2006)
- Dauer und Faktoren interindividuell oft unterschiedlich (z.B. Allen et al., 2019)
- komplexes, nichtlinear-dynamisches System (z.B. Bryan & Rudd, 2015; De Beurs et al., 2021; Fartack et al., 2016, 2020; Schiepek et al., 2011)

Psychosoziale Krise

„[...] **Verlust des seelischen Gleichgewichts**, den ein Mensch verspürt, wenn er mit **Ereignissen** und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick **nicht bewältigen kann** [...]“ (Sonneck 2000, S. 16)

z.B. Kritische Lebensereignisse, Einsetzen depressiver Episoden (Mann et al., 1999)

Teufelskreisdynamik



(z.B. De Beurs et al., 2021)

Präsuizidales Syndrom (Ringel, 1953)

- **Einengung** der **persönlichen Möglichkeiten** (z.B. Ausweglosigkeit, sich gefangen fühlen, kein Selbstwirksamkeitserleben, Hilflosigkeit, Ausgeliefertsein, sich ohnmächtig fühlen)
- **Einengung** der **Gefühlswelt** (z.B. Depressivität, Verzweiflung, Angst, Panik, starke innere Unruhe)
- **Einengung** der **zwischenmenschlichen Beziehungen** (z.B. Einsamkeit, Isolation, Verlassenheitsgefühle)
- **Einengung** der **Wertewelt** (z.B. Reduzierte Wertrealisierung)

Potenzielle Motoren suizidaler Dynamiken

- Unerträglicher psychischer Schmerz (z.B. Shneidman, 1993)
- Keinen Ausweg sehen, die Situation selbst oder durch die Hilfe anderer bewältigen zu können (Williams, 1997)
- ... weder in Gegenwart, noch in Zukunft (Hoffnungslosigkeit) (z.B. Wenzel & Beck, 2008)
- Sinnlosigkeit (z.B. Kleiman et al., 2013; Linehan et al., 1983)
- Gefühl zur Last zu Fallen, Einsamkeit, Selbsthass, (z.B. Baumeister, 1990; Joiner, 2005)
- Handlungsdrang etwas zu ändern (z.B. Shneidman, 1993)

Ambivalenz

- Innerer Kampf zwischen dem Wunsch zu leben und dem Wunsch zu sterben (Joiner, 2005; Pöldinger, 1968; Shneidman, 1993)
 - Argumente gegen den Suizid (z.B. nahestehende Personen nicht verletzen)
- vs.
- Argumente für den Suizid (z.B. Befreiung vom Leid) (Pavulans et al., 2012)
- Die Distanzierungsfähigkeit nimmt ab (zunehmende Unsicherheit, wie lange man sich noch schützen kann; teilw. Suizidplanung)

Akut suizidaler Zustand

- spezifischer State of Mind bzw. Schemata („**suizidaler Modus**“) massiver Einengung (Michel, 2011; Rudd, 2000), Fixpunktattraktor (Fartacek et al., 2016)
- Suizid als einziger Ausweg (Tunnelblick), keine Gründe zu leben mehr zugänglich, *out-of-the-ordinary state of mind, acting like in trance*; (Orbach, 1994)
- Distanzierungsfähigkeit aufgehoben (Yaseen et al., 2012)
- zeitlich limitiert (24-48h; Rudd, 2000; Granello, 2010)
- Mit jedem Auftreten akut suizidaler Zustände
 - werden diese künftig leichter ausgelöst (Joiner & Rudd, 2000)
 - intensiver erlebt und halten länger an (Witte et al., 2005)

Real-Time Monitoring of Non-linear Suicidal Dynamics: Methodology and a Demonstrative Case Report

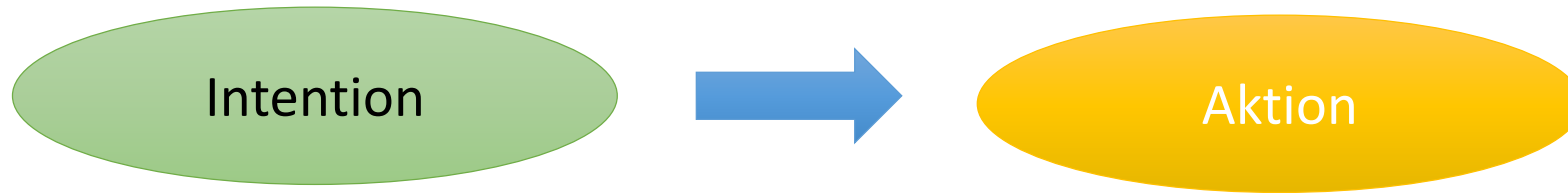
Clemens Fartacek^{1,2,3,4*}, Günter Schiepek⁴, Sabine Kunrath^{1,2}, Reinhold Fartacek^{1,2} and Martin Plöderl^{1,2,3,4}

Interindividuelle Unterschiede im SP

Beispiele



Zeitspanne zw. Beginn SG und SV: 10 Minuten bis zu Wochen und Monaten (Daray et al., 2015, Deisenhammer et al., 2009)



- **Überwindung innerer Hemmungen** (Klonsky & May, 2015)
 - Disposition
 - desinhibierenden Wirkung von Impulsivität (vgl. Mann et al., 1999)
 - red. Schmerzempfindlichkeit
 - Erworben
 - durch provokative Ereignisse (z.B. Selbstverletzungen, Schlägereien) (vgl. Joiner, 2005)
 - Alkohol, Kopfverletzungen in der Anamnese (vgl. Mann et al., 1999)
 - Praktische Aspekte
 - Know-How, Suizidplanung
 - Verfügbarkeit einer Methode (vgl. O'Connor, 2011)

Stationäre Aufnahme

- Menschen nach Suizidversuchen
- Rückfallprophylaktisch vereinbarte Aufnahmen

- Bei erheblichem Suizidrisiko (hohe Ausprägung an Suizidalität und andere Warnzeichen und Risikofaktoren)
- Bei einem Missverhältnis zwischen notwendiger Betreuung und der aktuellen Belastbarkeit des Umfeldes
- Kontraktfähigkeit
- Antizipation Risikoentwicklung

Warnzeichen

- **Suizidgedanken** (Häufigkeit/Verlauf, Intensität/Penetranz)
- **Suizidpläne**
- **Kontrolle über Suizidgedanken** (Selbstschutzzfähigkeit, Distanzierungsfähigkeit)



explizit

- kritische Lebensereignisse/Konflikte
- Unerträglicher Affekt (*psychache*)
- Ausweglosigkeit, Gedankenkreisen
- Hoffnungslosigkeit
- innere Unruhe, Handlungsdruck (Agitation)
- Gründe zu leben, Sinn
- Schlafstörungen
- Impulsdurchbrüche
- schlecht im Kontakt, ausweichend
- eingeeengt, dissoziativ, psychotisch
- parathym, überspielend



implizit

Vgl. **Columbia Beurteilungsskala zur Suizidalität** (C-SSRS; Oquendo et al., 2003; Posner et al., 2009)

Langzeit- bzw. statisches Risikofaktoren

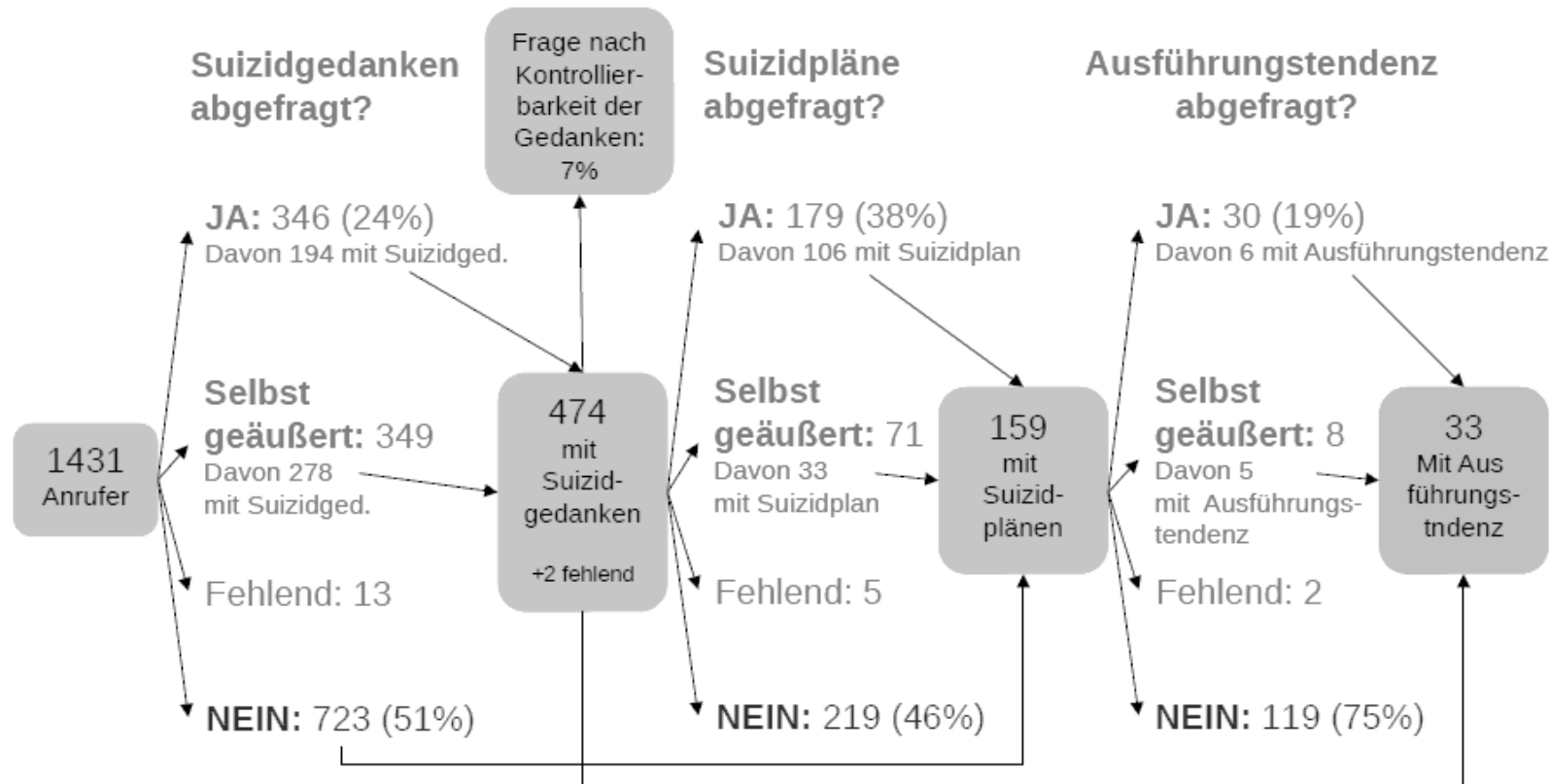
- Wichtig für breite Präventionsstrategien, aber nur tlw. für Klinische Risikoeinschätzung
- Suizidversuch(e) in der Anamnese (Beghi et al., 2013)
- Intensität & Verlauf früherer suizidaler Krisen (Joiner et al., 2003; Shea, 2003)
- Impulsivität/impulsiv-aggressives Vht.

Table 2

Broad Risk and Protective Factor Categories and Examples

1. Biology
Examples: CSF metabolites; dexamethasone suppression test; genes; hormones; peripheral physiology
 2. Screeners
Examples: specific STB screening instruments; clinician prediction; patient prediction
 3. Cognitive problems (and cognitive abilities)
Examples: cognitive difficulties; intelligence; mental state; problem-solving ability; school performance
 4. Demographics
Examples: age; education; employment; ethnicity; gender; marital status; religion; socioeconomic status
 5. Externalizing psychopathology
Examples: aggressive behaviors; impulsivity; incarceration history; antisocial behaviors; substance abuse
 6. Family history of psychopathology or self-injurious behaviors
Examples: maternal depression; paternal alcoholism; first-degree relative suicide attempt
 7. General psychopathology
Examples: presence or number of psychiatric symptoms; presence or number of psychiatric diagnoses
 8. Implicit/explicit processes
Examples: implicit/explicit attentional bias; implicit/explicit identification
 9. Internalizing Psychopathology
Examples: anxiety disorders; mood disorders; hopelessness; emotion dysregulation; sleep disturbances
 10. Normative personality traits
Examples: type A personality; extraversion; openness; assertiveness; masculinity; agreeableness
 11. Physical illness (and physical health/characteristics)
Examples: height; weight; asthma; heart disease; cancer; allergies; migraines; physical disability
 12. Psychosis
Examples: schizophrenia; positive, negative, or disorganized psychotic symptoms
 13. Prior self-injurious thoughts or behaviors
Examples: prior deliberate self-harm, nonsuicidal self-injury, suicide attempt, suicide ideation
 14. Exposure to self-injurious thoughts and behavior
Examples: suicide attempt or completion by a friend, schoolmate, or acquaintance
 15. Social factors
Examples: abuse history; family problems; isolation; peer problems; stressful life events
 16. Treatment history
Examples: prior psychiatric assessment, hospitalization, or treatment
-

Voraussetzung für SRE: Suizidalität aktiv anfragen!



Gesprächsführungsstrategien (Shea, 2007)

- **Normalisierung** („Wenn es Menschen so schlecht geht, haben sie oft Suizidgedanken. Wie ist das bei Ihnen?“)
- **Schamreduktion** („So viel wie Sie ertragen haben, würde es mich wundern, wenn Sie in der Zeit nicht auch mal an Suizid gedacht haben“)
- **Vorsichtiges Unterstellen** („Wie oft hatten Sie Suizidgedanken?“ statt „Hatten Sie Suizidgedanken“)
- **Symptomamplifikation** (Tendenz zu übertreiben -> höher ansetzen; „Wie oft haben Sie früher schon an Suizid gedacht?“ Die meiste Zeit im Leben, oder erst ab der Pubertät? statt „Haben Sie früher auch einmal an Suizid gedacht?“)
- **Konkrete Verhaltensweisen fokussieren** („Hatten Sie schon eine Strick gekauft? statt „Hatten Sie konkrete Pläne?“)
- **Verhaltensketten** („Was haben Sie dann gemacht,...“)

Voraussetzung Risikoeinschätzung & Behandlung

- *„Klinische Beurteilungen sollten kooperativ sein und sich auf ein sinnvolles Handeln, das Verstehen der Ursachen und des Kontexts der Notlage sowie die Erkennung und Behebung der aktuellen psychosozialen Bedürfnisse aller Patienten konzentrieren“* (p.1909, Knipe et al., 2022; Lancet)

Therapeutische Beziehung

- Metaanalyse (ca. 200 Studien; Horvath et al., 2011), in PT $r=.27$
- *Zhg. WAI mit Outcome bei suizidalen Klienten* (Dunster-Page et al., 2017; Huggett et al., 2022)
- $r=.30$; unabh. von Stärke der Suizidgedanken, vorangegangene Suizidversuche oder Borderline-Persönlichkeitsstörung (Fartacek et al., 2023)

Therapeutische Haltung

- Motive ernstnehmen und Situation aus der Perspektive verstehen (z.B. Joiner et al., 2009; Orbach, 2011, S. 123)
- kollaborative Haltung (Jobes, 2006)
- narrativer Zugang (Michel, 2011)
 - „Erzählen Sie in eigenen Worten wie es dazu kam, dass Sie einen Suizidversuch machten“
 - Die ganze Geschichte?
 - Ja, die ganze Geschichte?
- Umgang mit Gegenübertagungsreaktionen kann herausfordernd sein
- nicht relativieren, bagatellisieren oder übergehen/agieren
- Containment
- korrigierende Erfahrung
- ≠ zustimmen, dass ein Suizid die einzige Möglichkeit ist

Ziele der stationären Behandlung

- Stabilisierung, damit eine ambulante oder extramurale Versorgung wieder möglich ist
- Reduktion Suizidrisiko für künftige Krisen

Spezifische Behandlung suizidaler Klienten

- Krisenintervention mit suizidspezifischen Elementen (z.B. Granello, 2010)
- Viel der Evidenz aus RCTs der CBT-SP (Wenzel et al., 2008; Witt et al., 2021)
- Dauer 6 – 12 Sitzungen

Behandlungsfokus

- **Voraussetzungen für Behandlung schaffen**
 - Therapeutische Beziehung/Haltung
 - Risikomonitoring
 - Fallformulierung/Behandlungsplanung
- **Stabilisierung des Klienten durch Desynchronisation des suizidalen Modus**
 - Interdisziplinärer Interventionsfokus auf die Komponenten der Teufelskreisdynamik und Kernthemen
 - Förderung der Ambivalenz
- **Reduktion Rückfallrisiko**
 - Methodenrestriktion
 - Notfallpläne, Relapse Prevention Task
 - Hope Box
 - Nachsorge Kontakte / Übergänge
- **Org. Weiterbehandlung zur Reduktion Vulnerabilitäten**

Regelmäßige Risikoeinschätzungen im Rahmen der Behandlung

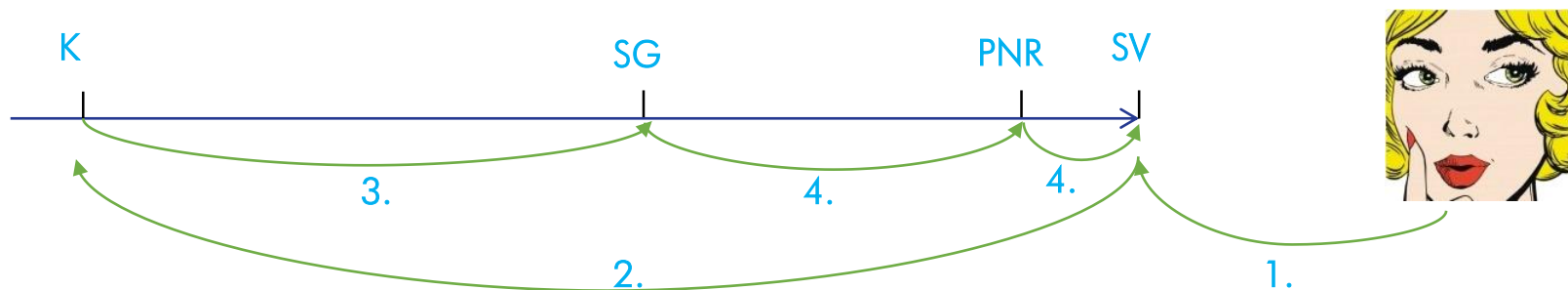
- Suizidrisiko fluktuierend
- Engmaschiges Monitoring
 - Digital
 - Prozessfeedback
- manche Patienten tun sich leichter, ihr Suizidrisiko schriftlich zu kommunizieren (z.B. Gould et al., 2005)
- Z.B.
 - Beck Suizidgedanken Skala (Beck et al., 1988; dt. Kliem & Brähler, 2015)
 - Depressive Symptomatology Index - Suicidality Subscale (Joiner et al., 2002; dt. Glischinski et al., 2016)

Fallformulierung

- *„Eine Fallformulierung ist eine Hypothese über die Gründe, Auslöser und aufrechterhaltende Einflüsse von psychologischen, interpersonellen und verhaltensmäßigen Problemen im Einzelfall.“* (S. 4, Eells, 2006)
 - Sie hilft die Informationen über eine Person zu organisieren (Eells, 2006) und ermöglicht eine individualisierte Behandlungsplanung (Mumma, 2011)
- Im suizidologischen Kontext, z.B.
 - time line (Wenzel et al., 2008)
 - kognitive Fallkonzeptualisierung (Wenzel et al., 2008)
 - Idiographische Systemmodellierung (Schiepek, 2003)

Rekonstruktion des suizidalen Prozesses

- Wann war der Suizidversuch?
- Wann hat die Krise begonnen und wie hat sie sich symptomatisch geäußert?
- Wann traten die ersten Suizidgedanken auf und wie sind diese verlaufen?
- Wann kam es zum Verlust der Distanzierungsfähigkeit, zum *Point of no return*?
- Welche Ereignisse und Belastungen/Symptome sind in dieser Zeit aufgetreten?



Ambivalenz fördern

- Ziel: Klienten in die Ambivalenz bringen
- nicht zu drängend, proaktiv
 - Kl. fühlt sich nicht verstanden/erstgenommen
 - Kann Distanz zw. Th. und KlientIn schaffen
 - Rechtfertigung -> Gründe zu sterben
- Ambivalenzfreundliche Sprache
 - „Einerseits..... . Andererseits.....“
 - „Ein Teil möchte, ein anderer Teil möchte,“
 - „Sie möchten A und B.....“

Ambivalenz fördern

- (1) Gründe gegen das Leben / für das Sterben sammeln ...
 - *Welcher Gründe führt der Teil in Ihnen an, der für das Sterben ist? Was erhofft er sich von der Selbsttötung?*
- (2) Für das Leben / gegen die Beendigung des Lebens
 - *Gibt es einen Teil in Ihnen, der nicht für das Sterben eintritt?*
- Lebensbejahende Ausführungen werden genauer vertieft
- Verschriftlichung schafft analoge Distanz & Erinnerungshilfe, um Ambivalenz aufrecht zu halten

Ambivalenz fördern

- **Eigentliche Motive hinter Suizidalität bergen** (z.B. Ruhewunsch, nicht zur Last fallen wollen, Beendigung des Schmerzes)
- **Zweifel bergen, ob das Gewünschte** (z.B. keine Last mehr sein) **durch den Suizid erreichbar ist**
- Kann größere Distanz zum suizidalen Teil herstellen

Bearbeitung labilisierender Faktoren & Symptommanagement

- **Psychoedukation**
- **Schlafstörungen** (Bernert et al., 2014)
 - z.B. Schlafhygiene, unterstützende Medikation
- **Grübeln**
- **Tagesstruktur, basale Bedürfnisse, körperliche Aktivierung**
- **Hoffnungslosigkeit**
 - z.B. Stellvertretende Hoffnung, Hier & Jetzt, Bewältigungserfahrungen vergegenwärtigen, Vorsichtige Konfrontation
- **Gefühl anderen zur Last zu fallen**
 - z.B. Vorsichtig infrage stellen, Familiengespräche

- **Emotionale Entlastung**

- z.B. Bedrohlichen Gefühlen Raum geben, benennen/ordnen und annehmen, *Containment*, Trauern, Skills

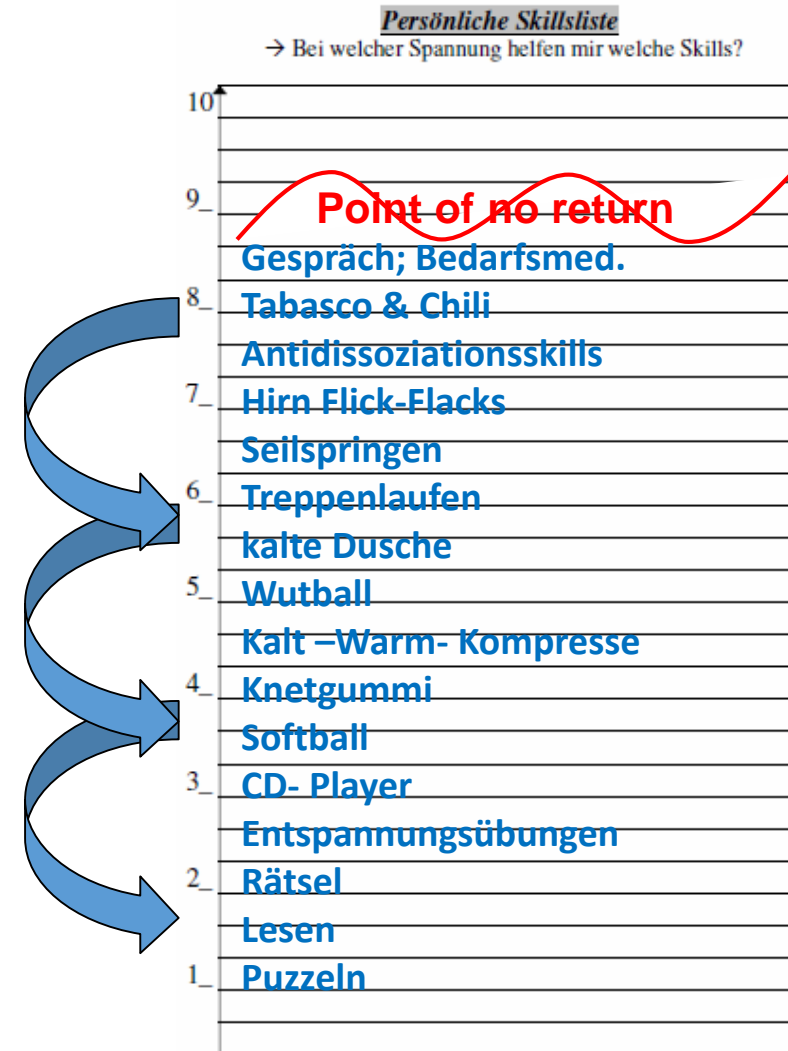
- **Übererregung, Dissoziation, Angst**

- z.B. Entspannungs-/Atemübungen, Grounding, Skillsketten

- **Aktivierung sozialer Ressourcen**

- **Problembearbeitung**

- z.B. definieren, proportionieren, hierarchisieren, Ziele formulieren und strukturieren/tlw.delegieren



Rückfallrisiko für suizidalen Verhalten

- Mit jedem Auftreten akut suizidaler Zustände
 - werden diese künftig leichter ausgelöst
 - intensiver erlebt und halten länger an
- Suizidversucher -> 10% Suizide und 30% neuerliche Suizidversuche innerhalb von 5 Jahren (Haukka et al., 2008)

Methoden Restriktion

- Zugang zu letalen Methoden begrenzen
- Das Erschweren des Zugangs zu letalen Methoden soll dazu beitragen, dass Suizidimpulse spontan/unmittelbar in die Tat umgesetzt
 - Z.B. Medikamentenvorrat reduzieren, Schusswaffen/Munition aufbewahren lassen
- Evidenz:
 - Verfügbarkeit einer letalen Methode ist ein Risikofaktor (Brent et al., 1999)
 - Sicherung von Brücken, Hausgasentgiftung, Verschärfung von Waffengesetzen, Reduktion der Medikamentenpackungsgröße reduzieren nachweislich die Suizidraten (Zalsman et al., 2016)

Notfallplan (Stanley & Brown, 2012; dt. Fartacek et al., 2010))

- Identifikation der Warnzeichen
 - *Welche Gedanken, Bilder, kognitive Prozesse, Gefühle, Verhaltensweisen deuten darauf hin, dass sich eine suizidale Krise entwickeln könnte?*
- Identifikation internaler Copingstrategien
 - *Wie kann ich mich alleine ablenken?*
- Identifikation sozialer Distraktoren
 - *Wer oder welcher Ort hilft mir dabei mich abzulenken?*
- Identifikation von Helferpersonen
 - *Mit wem kann ich über meine Probleme sprechen? Mit wem würde mich ein Gespräch entlasten?*
- Festlegung professioneller Anlaufstellen
 - *Mit wem sollte ich mich im Notfall in Verbindung setzen, wenn das alles nicht hilft?*
- Gründe zu leben *Wofür das alles?*



Suicide Safety Plan

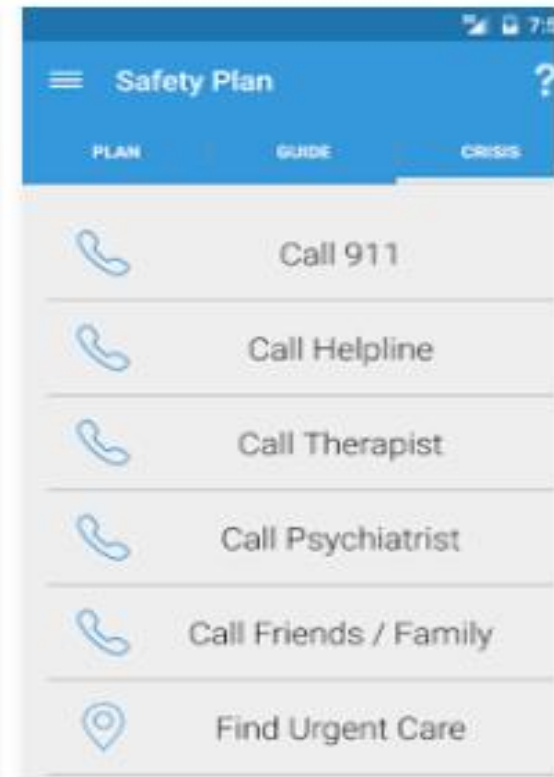
MoodTools Medizin

★★★★★ 150

3 PEGI 3

Zur Wunschliste hinzufügen

Installieren



<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtools.crisis.app>

Relapse Prevention Task

- (1) Imagination des letzten Suizidversuches / der letzten suizidalen Krise
- (2) Imagination des letzten Suizidversuches / der letzten suizidalen Krise mit imaginiertes Anwendung des Notfallplans
- (3) Antizipation künftiger suizidaler Krisen mit imaginiertes Anwendung des Notfallplans
- (4) Nachbesprechung & Modifikation

(Virtual) Hope Box (Busch et al., 2014)

- Schachtel, Koffer, Tasche usw. die mit Dingen gefüllt ist, die an Gründe für das Weiterleben erinnern sollen (z.B. Fotos, Stofftiere, Geschenke, Zeugnisse)
- ...alles was daran erinnert, dass das Leben auch lebenswert sein kann und Kraft gibt, um dafür zu kämpfen
- Zu jedem einzelnen Gegenstand soll die entsprechende Geschichte erzählt werden

Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries

Alexandra Fleischmann,^a José M Bertolote,^a Danuta Wasserman,^b Diego De Leo,^c Jafar Bolhari,^d Neury J Botega,^e Damani De Silva,^f Michael Phillips,^g Lakshmi Vijayakumar,^h Airi Värnik,ⁱ Lourens Schlebusch^j & Huong Tran Thi Thanh^k

Nachsorgetermine

- WHO-SUPRE-MISS Studie (Fleischmann et al., 2008)
- PatientInnen nach einem Suizidversuch
- Nachsorge-Intervention
 - 1 Std. Psychoedukation vor Entlassung
 - plus 9 Nachsorgetermine (telefonisch oder persönlich) nach 1, 2, 4, 7, 11 Wochen und 4, 6, 12 und 18 Monaten
- Sign. weniger Suizide in Interventionsgruppe als in TAU
 - 0.2 vs. 2.2 % Suizide (2/872 vs. 18/827), $p < :001$
 - 1.3 vs. 2.7 % Todesfälle (11 vs. 22), $p < :05$

Org. Weiterbehandlung zur Reduktion Vulnerabilitäten

- ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Betreuung
- Paar- & Familientherapie
- extramurale Institutionen
- Gruppenangebote (z.B. Skillsgruppen, Achtsamkeitsgruppen, Selbsthilfegruppe)
- stationäre/tagesklinische Weiterbehandlung, z.B.
 - Dialektisch-behaviorale Therapie (DBT; Linehan et al., 2005)
 - Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT; Fonagy & Bateman, 2006)
 - Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2000; Brakemeier & Normann, 2012)