

ASSIP – ein Kurztherapieprogramm für Menschen nach einem Suizidversuch

Veronica Defièvre

Suizidalität, Suizidversuche und vollzogener Suizid sind und bleiben schwierige Themen für Psychotherapeuten/-innen und Psychiater/-innen sowohl im ambulanten wie auch im stationären Setting. Immer noch ist die Forschungslage im Vergleich zu anderen Themen eher mager und die Auseinandersetzung damit wird eher gemieden. So zeigt eine Studie zu 571 Suiziden, dass bei den professionellen Helfern/-innen, die vor dem Suizid von den Betroffenen kontaktiert wurden, nur 22 Prozent bei der letzten Konsultation das Thema Suizidalität angesprochen haben, obwohl diese Menschen, die später Suizid begangen haben, ihre Ärzte/-innen, Psychiater/-innen oder Psychotherapeuten/-innen am Tag ihres Suizides aufgesucht hatten (Isometsa et al., 1995). Aber auch die professionellen Helfer/-innen sprechen Suizidalität nach wie vor viel zu wenig an, obwohl in zwischen bekannt sein sollte, wie wichtig das wäre. So zeigte eine Untersuchung in Bern, dass 48 Prozent der Hausärzte/-innen von dem Suizid ihrer Patienten/-innen überrascht waren und sogar 67 Prozent gar nichts über frühere Suizidversuche wussten (Michel, 1986). Sicher ist die Zahl bei uns Psychotherapeuten/-innen niedriger, gehört die Frage nach Suizidalität doch bei uns zum Repertoire, wenn wir ein Erstgespräch mit einem/-r Patienten/-in haben. Aber wie oft fragen wir zu einem späteren Zeitpunkt wieder nach?

Die Entstehung von ASSIP

Ein Forscherteam um Anja Gysin-Maillart und Konrad Michel der Universität Bern hat sich deswegen mit Suizidalität beschäftigt und versucht eine wirkungsvolle, möglichst niederschwellige, kurzfristige Therapiemethode zu entwickeln. Ihnen war dabei bewusst, dass auch mit dieser Methode nur Patienten/-innen erreicht werden können, die aufgrund eines vorangegangenen Suizidversuches in eine Klinik eingeliefert werden bzw. freiwillig eintreten.

Eine wichtige Überlegung von ihnen war, dass Suizid die gleichen Elemente enthält, die sonst eine Handlung ausmachen, nämlich, sich ein Ziel zu setzen, Pläne zu machen, die eigenen

Handlungen, Gedanken und Gefühle bei der Verfolgung dieser Ziele zu überwachen und zu beeinflussen. Massgebend ist hier auch die eigene Biografie mit den eigenen Erfahrungen. Suizid wird hierbei als Alternative zu lebensorientierten Zielen gesehen, um schwere Lebenskrisen zu bewältigen. In solchen Krisen spielen psychischer Schmerz, Hoffnungslosigkeit, Scham, das Gefühl, persönlich versagt zu haben und nur eine Belastung für andere zu sein, sowie Selbsthass eine grosse Rolle. Vielfach ist es für die Betroffenen nicht vorstellbar, ihre Situation könnte sich jemals wieder verbessern und es gäbe eine andere Lösung als den eigenen Tod dafür. Entsprechend verwandeln sich die langfristigen Ziele in sehr kurzfristige. Die Lösungsansätze werden extrem eingeengt, bis der Suizid als einzige Möglichkeit übrigbleibt. Entsprechend wichtig erschien dem Forscherteam, dass Betroffene ihre eigene ganz individuelle Geschichte von ihrem Suizidversuch erzählen können sollten, um ihre Beweggründe und ihre Vorgehensweise besser verstehen und in Zukunft verändern zu können. So entstand der narrative Ansatz, der ein wichtiges Element des Programms bildet, und so wurde ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program; dt.: Kurzinterventionsprogramm nach Suizidversuchen) geboren.

Das Programm besteht aus mindestens drei 60-bis 90-minütigen Therapiesitzungen, die idealerweise innerhalb von drei Wochen stattfinden sollen. Eine vierte Sitzung kann noch ergänzt werden, falls dies als notwendig erachtet wird.

1. Therapiesitzung

In der ersten Therapiesitzung findet das sogenannte narrative Interview statt. Dabei wird die/der Patient/-in aufgefordert, ihre/seine persönliche Geschichte zu dem Suizidversuch zu erzählen, eine patientenzentrierte Intervention, bei der die/der Patient/-in als Experte/-in ihres/seines eigenen Lebens gesehen wird und der/die Therapeut/-in als Begleiter/-in und Helfer/-in. Mit dem schriftlichen Einverständnis des/der Patienten/-in wird dieses Interview, das mit sehr offenen Fragen geführt wird, auf Video aufgezeichnet.



2. Therapiesitzung

In der zweiten Therapiesitzung schauen sich Patient/-in und Therapeut/-in nebeneinandersitzend das Video gemeinsam an, wobei der/die Therapeut/-in immer wieder kurze Pausen einlegt, um dem/-r Patienten/-in Gelegenheit zu geben, spontane Gedanken, Gefühle und physische Veränderungen zu äussern und zu reflektieren. Gemeinsam versuchen Therapeut/-in und Patient/-in eine detaillierte Rekonstruktion zu erstellen, wie psychischer Schmerz und Stress zu der Suizidhandlung geführt haben.

Am Ende dieser Sitzung wird dem/-r Patienten/-in ein psychoedukatives Handout mit dem Titel «Suizid ist keine rationale Entscheidung» mitgegeben. In diesem Handout steht, wie psychischer Schmerz das Ergebnis einer fundamentalen Bedrohung des Selbstgefühls ist. Dies führt zu dem sogenannten suizidalen Modus, in dem sich bei den Betroffenen dissoziative Symptome zeigen, die zu einem tranceartigen Zustand führen, in dem sie die Verbindung zu ihrem Körper verlieren und keinen Schmerz mehr empfinden. Die Selbstwahrnehmung ist dann gestört und sie können nicht mehr rational denken oder handeln. Dies wurde durch neurophysiologische Untersuchungen bestätigt, die zeigten, dass in einer akuten suizidalen Krise der präfrontale Cortex, der für Problemlösungen zuständig ist, nicht aktiviert ist. Dieser suizidale Modus während einer Krise wird in den neuronalen Bahnen gespeichert, was



die Wahrscheinlichkeit einer erneuten derartigen Reaktion in einer Krisensituation wahrscheinlicher macht und erklärt, weshalb bei Menschen, die schon einen Suizidversuch begangen haben, sich das Suizidrisiko über Jahre erhöht. Diese Forschungsergebnisse sollen den Betroffenen einerseits helfen, das Phänomen Suizidalität besser zu verstehen, aber auch, es zu entstigmatisieren, denn viele hält Scham über das, was sie getan haben, davon ab, sich professionelle Hilfe zu suchen. Zugleich zeigt dies aber auch, dass Sicherheitsstrategien vorher entwickelt und sich angeeignet werden müssen, damit sie zum Zeitpunkt einer Krise gut genug verinnerlicht sind.

Als Hausaufgabe soll der/die Patient/-in ein schriftliches Feedback zu diesem Handout anfertigen, das er/sie zur dritten und letzten Sitzung mitbringt.

3. Therapiesitzung

In der dritten Sitzung wird dieses schriftliche Feedback besprochen und diskutiert. Ausserdem wird der Entwurf, den der/die Therapeut/-in als Konzeptualisierung des aktuellen Falles nach der zweiten Sitzung entworfen hat, gemeinsam mit der/-m Patientin/-en Satz für Satz durchgegangen. Darin sollen die wunden Punkte und Suizidtrigger der/-s Patientin/-en herausgearbeitet sowie Warnsignale und Sicherheitsstrategien für zukünftige Suizidkrisen davon abgeleitet werden. Dieses Konzept wird ausgedruckt der/-m Patientin/-en mitgegeben sowie an andere involvierte Personen, wie ambulante/-r Psychotherapeut/-in, Psychiater/-in und Hausarzt bzw. Hausärztin abgegeben. Ausserdem werden langfristige Ziele, Warnsignale und Sicherheitsstrategien auf einen auf Kreditkartenformat zusammengefalteten Handzettel kopiert und der/-m Patientin/-en mitgegeben mit der Anweisung, dieses Falblatt immer bei sich zu tragen und es im Fall einer emotionalen Krise zu lesen.

Briefe als Kontaktanbindung

Teilnehmer/-innen dieses Programms erhalten nach Abschluss im ersten Jahr alle drei Monate und im zweiten Jahr halbjährlich halbstandardisierte Briefe, in denen sie an ihre langfristigen Risikofaktoren in zukünftigen suizidalen Krisen und an die Wichtigkeit ihrer Sicherheitsstrategien erinnert werden. Diese Briefe werden von

der/-m Therapeutin/-en, die/der in dem Programm mit der/-m Patientin/-en gearbeitet hat persönlich unterschrieben. Die Patienten/-innen werden darauf hingewiesen, dass sie nicht auf die Briefe antworten müssen, aber Feedback, wie es ihnen inzwischen geht, sehr willkommen wäre. Sollten Patienten/-innen zurückschreiben, was meist per E-Mail geschieht, wird sich auf dieses Feedback in dem nächsten Brief bezogen. Die klinische Studie mit dem oben beschriebenen Setting wurde mit Patienten/-innen, die in die Notfallabteilung des Universitätsspitals Bern nach einem Suizidversuch eingeliefert wurden, durchgeführt. Dabei wurden die Patienten/-innen zufällig entweder dem bislang üblichen Therapiesetting oder dem ASSIP-Programm zugeführt. Es waren 60 Patienten/-innen pro Gruppe. Die Teilnehmer/-innen der Studie wurden nach Abschluss über 24 Monate regelmässig mit personalisierten Briefen kontaktiert. Ausgeschlossen waren Patienten/-innen mit regelmässiger Selbstverletzungstendenz, kognitiven Einschränkungen und psychotischen Störungen. Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen der ASSIP-Gruppe und der Kontrollgruppe. Während der 24 Monate der Follow-up-Phase kam es in der ASSIP-Gruppe nur zu fünf erneuten Suizidversuchen, während es in der anderen Gruppe 41 waren. Somit wurde eine Reduktion des Suizidrisikos um ca. 80 Prozent in der ASSIP-Gruppe festgestellt. Ausserdem war die Zeit, die ihre Teilnehmer/-innen in Kliniken waren, deutlich geringer als in der Kontrollgruppe, und das therapeutische Bündnis in der ASSIP-Gruppe wurde höher eingestuft als in der Kontrollgruppe.

Das ASSIP wird weiterhin von den Universitären Psychiatrischen Diensten Bern angeboten. Kooperationen gibt es mit Universitäten in Zürich, Finnland, Litauen, Schweden, England und den USA, aber auch mit den Universitätskliniken in Leipzig und Bochum.

Das Sanatorium Kilchberg bei Zürich bietet das Programm ebenfalls an.

Wie die Entwickler dieses Programm selbst feststellen, enthält es einige neue Elemente, die wichtige Faktoren bei dem Erfolg sein könnten. Speziell in den Kliniken wird heute häufig auf standardisierte Fragebögen zurückgegriffen, die den Patienten/-innen wenig Spielraum lassen, ihre eigene Geschichte zu erzählen. Sie werden dadurch auf klinische Symptome und Störungsbilder reduziert, was ihr Gefühl, krank und ge-

stört zu sein, verstärkt und ihnen den Suizidversuch, den sie rückblickend häufig selbst nicht mehr wirklich nachvollziehen können, noch stärker als krankhaftes Geschehen erscheinen lässt. Von den Teilnehmern/-innen des ASSIP-Programms wurde es als sehr entlastend empfunden, über ihren Suizidversuch so offen zu reden, ihre eigenen Rückschlüsse ziehen zu können und ihn als Handlung in einer heftigen Krise zu verstehen. Ausserdem könnte es hilfreich sein, den suizidalen Modus als Phänomen zu verstehen, das jeder/-m in einer extremen Krise passieren kann und nicht allein Konsequenz einer psychischen Erkrankung sein muss. Damit können Schamgefühle deutlich reduziert und den Betroffenen Mut gemacht werden, einen eigenen Weg zu finden, mit zukünftigen Krisen umzugehen.

Ich denke, dass sich Elemente davon auch sehr gut in unsere ambulante psychotherapeutische Praxis übernehmen lassen. Ausserdem zeigt es mir einmal mehr, dass in einer Welt, in der alles mit standardisierten Manualen und Fragebögen angegangen wird, freier Raum zum Erzählen der eigenen Geschichte um so wichtiger wird, was wir unseren Patienten/-innen in unseren Praxen sehr gut bieten können.

Literatur

Isometsä, E.T., Heikkinen, M.D., Marttunen, M.J., Henriksson, M.M., Aro, H.M. & Lönnqvist, J.K. (1995). The last appointment before suicide. Is suicide intent communicated? *Am. J. Psychiatry*, 152(6), 919–922.

Michel, K. (1986). Suicide and suicide prevention. Could the physician do more? Results of a questionnaire of relatives of suicide attempters and suicide victims, *Schweiz. Med. Wochenschr.*, 116, 770–774.

Michel, K., Valach, L. & Gysin-Maillart, A. (2017). A Novel Therapy for People Who Attempt Suicide and Why We Need New Models of Suicide. *Intern. J. Environ. Res. Public Health*, 14, 243.

Veronica Defièbre, ehemals Baud. Mitglied des ASP-Vorstandes, Leiterin der Charta-Konferenz. Die Autorin beschäftigt sich schon seit vielen Jahren mit dem Thema Suizidalität und hat dazu 2009 ein Buch veröffentlicht: *Suizidalität in psychotherapeutischer Theorie und Praxis – Theoretische Konzepte und ihre Implikationen aus einer Auswahl von Psychotherapieverfahren*, Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.