



Anja Gysin-Maillart

# ASSIP – Kurztherapie nach Suizidversuch

Attempted Suicide  
Short Intervention Program

2., überarbeitete Auflage

 hogrefe

## **ASSIP – Kurztherapie nach Suizidversuch**

# **ASSIP – Kurztherapie nach Suizidversuch**

Anja Gysin-Maillart

Wissenschaftlicher Beirat Programmbereich Psychologie:

Prof. Dr. Guy Bodenmann, Zürich; Prof. Dr. Lutz Jäncke, Zürich; Prof. Dr. Astrid Schütz,  
Bamberg; Prof. Dr. Markus Wirtz, Freiburg i. Br., Prof. Dr. Martina Zemp, Wien

Anja Gysin-Maillart

# ASSIP – Kurztherapie nach Suizidversuch

Attempted Suicide Short Intervention Program

Therapiemanual

2., überarbeitete Auflage



**Dr. Anja Gysin-Maillart**

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)  
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie  
Murtenstr. 21  
3008 Bern  
Schweiz  
anja.gysin@upd.unibe.ch

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

**Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://www.dnb.de> abrufbar.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Kopien und Vervielfältigungen zu Lehr- und Unterrichtszwecken, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Anregungen und Zuschriften bitte an:

Hogrefe AG  
Lektorat Psychologie  
Länggass-Strasse 76  
3012 Bern  
Schweiz  
Tel. +41 31 300 45 00  
[info@hogrefe.ch](mailto:info@hogrefe.ch)  
[www.hogrefe.ch](http://www.hogrefe.ch)

Lektorat: Dr. Susanne Lauri  
Herstellung: René Tschirren  
Fotos Umschlag und Innenteil: Anja Gysin-Maillart, Bern  
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Riehen  
Satz: punktgenau GmbH, Bühl  
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Finidr s.r.o., Český Těšín  
Printed in Czech Republic

Die erste Auflage erschien 2013 unter dem Titel „Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program“ von Anja Gysin-Maillart und Konrad Michel.

2., überarbeitete Auflage 2021  
© 2013 Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern  
© 2021 Hogrefe Verlag, Bern  
(E-Book-ISBN\_PDF 978-3-456-96149-1)  
(E-Book-ISBN\_EPUB 978-3-456-76149-7)  
ISBN 978-3-456-86149-4  
<https://doi.org/10.1024/86149-000>

**Nutzungsbedingungen:**

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

**Anmerkung:**

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagung</b> .....	7
<b>Vorwort von Anja Gysin-Maillart</b> .....	9
<b>Vorwort von Konrad Michel</b> .....	11
<b>Einleitung</b> .....	13
<hr/>	
<b>1 Suizidales Erleben und Verhalten</b> .....	15
1.1 Definitionen .....	15
1.2 Epidemiologie .....	16
1.3 Risikofaktoren und protektive Faktoren .....	17
1.4 Erklärungsmodelle .....	19
1.4.1 Medizinische Perspektive .....	19
1.4.2 Biologische Perspektive .....	21
1.4.3 Soziokulturelle Perspektive .....	22
1.4.4 Psychologische Perspektive .....	22
1.5 Suizidprävention .....	28
1.6 Klinische Suizidforschung und ihre Bedeutung für ASSIP .....	29
1.6.1 Ausgangssituation – Herausforderung .....	29
1.6.2 Kognitive Verhaltenstherapie .....	31
1.6.3 Therapien zur Emotionsregulation .....	33
1.6.4 Achtsamkeitsbasierte Therapie .....	33
1.6.5 Outreach-Interventionen .....	34
1.6.6 Sonderfall Borderline-Persönlichkeitsstörung .....	35
1.6.7 Psychische Störungen, Pharmakotherapie .....	35
1.6.8 Fazit .....	37
<hr/>	
<b>2 Kurztherapie ASSIP: Therapiemanual</b> .....	39
2.1 Therapeutische Haltung .....	39
2.1.1 Therapeutische Beziehungsgestaltung .....	39

2.1.2	Suizid ist keine Krankheit – Suizid ist eine Handlung	40
2.1.3	Narratives Interview	42
2.1.4	Was berichten suizidale Patienten?	43
2.1.5	Suizidaler Modus	45
2.1.6	Fazit	46
2.2	Grundlagen und Ziele von ASSIP	46
2.2.1	Zielgruppe der Kurztherapie ASSIP	46
2.2.2	Wirkfaktoren von ASSIP	48
2.2.3	Kurztherapie ASSIP im Überblick	49
2.3	Planung der Behandlungssitzungen	50
2.3.1	Rahmenbedingungen	50
2.3.2	Therapeutisches Setting	51
2.4	Erste Sitzung: Narratives Interview	51
2.4.1	Einführung	51
2.4.2	Vorgehen	52
2.4.3	Abschluss	54
2.5	Hausaufgabentext	54
2.5.1	Einführung	54
2.5.2	Vorgehen	55
2.6	Zweite Sitzung: Video-Playback	56
2.6.1	Einführung	56
2.6.2	Vorgehen	56
2.6.3	Abschluss	60
2.7	Dritte Sitzung: Fallkonzeption suizidalen Verhaltens	60
2.7.1	Einführung	60
2.7.2	Vorgehen	62
2.7.3	Abschluss	68
2.8	Vierte Sitzung (optional): Mini-Exposition	69
2.8.1	Einführung	69
2.8.2	Vorgehen	70
2.8.3	Abschluss	71
2.9	Brieflicher Kontakt	71
2.9.1	Einführung	71
2.9.2	Vorgehen	72
2.9.3	Verwaltung der Briefe	72
2.10	Ausblick	73
	<b>Anhang</b>	75
	<b>Literatur</b>	103
	<b>Über die Autorin</b>	115



# Danksagung

Mein besonderer Dank gilt zuallererst allen Patientinnen und Patienten, ohne deren Bereitschaft zur Studienteilnahme die Evaluation der Kurztherapie ASSIP nicht möglich gewesen wäre. Auch bedanke ich mich für ihr Vertrauen und ihre wertvollen Rückmeldungen in all diesen Jahren, die halfen, wichtige Erkenntnisse in diese überarbeitete Auflage einfließen zu lassen. Weiter bedanke ich mich bei Konrad Michel für seine Rolle als Mentor und Mitbegründer von ASSIP.

Des Weiteren danke ich allen Kolleginnen und Kollegen, die halfen, ASSIP zu entwickeln, zu evaluieren, umzusetzen und am Laufen zu halten: Prof. Dr. med. Thomas Reisch, Prof. Dr. phil. Hansjörg Znoj, lic. phil. Millie Megert, lic. phil. Salome Bühler, lic. phil. nat. Pietro Ballinari, PD Dr. phil. Leila Soravia, Dr. phil. Simon Schwab, B. Sc. Rahel Jansen, lic. phil. Martin Rufer. Mein Dank geht auch an Prof. Dr. med. Werner Strik, Prof. Dr. med. Sebastian Walther, Prof. Dr. phil. Franz Moggi und Dr. phil. Christoph Stucki, die durch ihre Unterstützung die Einführung von ASSIP als klinisches Angebot und seine wissenschaftliche Erforschung er-

möglicht haben und diese bis heute fördern. Weiter danke ich allen nationalen und internationalen ASSIP-Therapeutinnen und -Therapeuten wie auch den Forschungskolleginnen und -kollegen, die mein Denken und Handeln beeinflusst haben und das klinische und wissenschaftliche Wachstum von ASSIP unterstützen.

Ein großer Dank geht weiter an Dr. phil. Susanne Lauri vom Hogrefe Verlag, die die Veröffentlichung der überarbeiteten Auflage des ASSIP-Manuals von Anfang an vorbehaltlos unterstützt hat.

Mein herzlicher Dank geht zudem an meinen Mann, Tobias Gysin, für seine unerschöpfliche Geduld und immerwährende Unterstützung meiner beruflichen Tätigkeit und seinen kreativen Beitrag zu den Bildern im Behandlungsteil dieses Buches. Meinen Töchtern Sophie und Mia danke ich für die unzähligen zauberhaften Momente, die sie mir schenken und die immer wieder aufs Neue Quelle meiner Inspiration sind.

*Anja Gysin-Maillart*



# Vorwort von Anja Gysin-Maillart

Die Geschichte dieses Therapiemanuals begann, als vor über 15 Jahren meine Zusammenarbeit mit Konrad Michel ihren Anfang nahm. Mithilfe seiner wertvollen Expertise entwickelte ich eine neue, handlungstheoretische Perspektive in der therapeutischen Arbeit mit dem suizidalen Patienten<sup>1</sup>, die mich bis heute begleitet. Meine Arbeit war dabei stets von der Haltung geprägt, dass Patienten nach einem Suizidversuch spezifische therapeutische Schritte machen müssen, um das Leben wieder als Alternative sehen zu können. Elementar ist dabei die Ansicht, dass der Suizid keine Krankheit, sondern eine Handlung in einem biografischen Kontext ist. Jeder Patient hat dabei seine ganz persönliche Geschichte, die es zu verstehen gilt: Der Suizidversuch ist eine zielgerichtete Handlung mit einer inneren Logik. Konrad Michel und ich stellten uns die Frage: Was braucht der suizidale Patient, und was sind hilfreiche Konzepte, die in eine therapeutische Intervention einfließen müssen? Das gemeinsame Entwickeln, Ausarbeiten und Zusammensetzen der Bausteine für diese Kurztherapie für Menschen, die einen Suizidversuch hinter sich haben, übte eine Faszination auf mich aus. Dabei wurde ich von Konrad Michel als Mentor in das Gebiet der Suizidprävention vertieft eingeführt. Eine wichtige Rolle spielten die von ihm organisierten regelmäßigen „Aeschi

Conferences“, die den professionellen und persönlichen Austausch mit anerkannten nationalen und internationalen Experten ermöglichten. Im Rahmen dieser ganz besonderen Tagungen wurde ich mit Konzepten und Modellen vertraut gemacht, die von der Neurobiologie über die Bindungstheorie bis zu den neuen Entwicklungen in der kognitiven Verhaltenstherapie reichten. Im Zentrum stand dabei immer eine patientenzentrierte therapeutische Haltung.

Die Entwicklung zur Kurztherapie ASSIP, wie sie heute manualisiert vorliegt, fand über mehrere Jahre statt. In einer zweijährigen Pilotphase standen die Rückmeldungen der Patienten im Vordergrund. Es war uns wichtig, unsere Patienten als Experten mit ins „Team“ zu nehmen. Es wurde dabei immer deutlicher, dass Menschen, die einen Suizidversuch überleben, ein Gefäß, einen sicheren Ort und damit eine Fachperson brauchen, die sich zusammen mit ihnen ganz auf das individuelle innere Erleben in der suizidalen Krise – emotional und gedanklich – konzentriert. Unsere Patienten halfen so, ASSIP weiterzuentwickeln und als Behandlungskonzept zu optimieren.

Die Rückmeldungen der Patienten waren faszinierend. Viele fühlten sich „gehört“ und waren dankbar für das neue klinische Angebot. Also entschieden Konrad Michel und ich im Jahr 2009, ASSIP in Zusammenarbeit mit dem Psychologischen Institut der Universität Bern (Schweiz) wissenschaftlich zu untersuchen. Die Wirksamkeitsstudie wurde in einer rando-

<sup>1</sup> Um die Lesbarkeit zu verbessern, verwenden wir das generische Maskulinum; Frauen sind selbstverständlich stets ebenfalls gemeint.

misierten kontrollierten Studie mit 24-monatigem Langzeitverlauf durchgeführt. Dabei konnten wir zeigen, dass die Kurztherapie ASSIP mit drei Sitzungen, gefolgt von einem zweijährigen Briefkontakt, das Risiko weiterer Suizidhandlungen um annähernd 80 % reduziert und kosteneffektiv die Anzahl stationärer Behandlungstage verringert. Noch während der Evaluation von ASSIP entstand das vorliegende Therapiemanual in seiner ursprünglichen Version. Bis heute wurden damit mehr als 800 Patienten in der ASSIP-Sprechstunde erfolgreich behandelt. Viele Patienten gaben wertvolle positive Rückmeldungen, und kritische Hinweise wurden evaluiert. Weitere Forschungsprojekte folgten, in denen gezeigt werden konnte, dass die therapeutische Beziehung in der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant besser beurteilt wird und innerhalb von ASSIP problemfokussierte Bewältigungsstrategien aufgebaut und dysfunktionale Strategien verringert werden.

In den letzten Jahren hat ASSIP an internationaler Bedeutung gewonnen. Die Kurztherapie wurde in verschiedenen Gesundheitssystemen erfolgreich implementiert und erforscht (z. B. Finnland, USA, Schweden, Belgien und Litauen, s. [www.assip.ch](http://www.assip.ch); [www.assip.org](http://www.assip.org)). Im Rahmen nationaler und internationaler Kooperationen finden zurzeit verschiedene Replikationsstudien statt. Zudem wurde 2021 ASSIP im Rahmen des amerikanischen *Surgeon General's Call to Action to Implement the National Strategy for Suicide Prevention* unter die empfohlenen evidenzbasierten Therapieansätze zur Behandlung von Patienten mit Suizidrisiko aufgenommen.

Die Texte der vorliegenden zweiten, überarbeiteten Auflage basieren auf den ursprünglichen Texten und Inhalten der Erstausgabe. Zunächst werden die grundlegenden theoretischen Konzepte der Kurztherapie ASSIP vorgestellt, um danach auf die einzelnen Elemente der patientenorientierten Behandlung einzugehen. Diese wurden mit klinischen Erfahrungswerten sowie durch aktuelle wissenschaftliche Ergebnisse und hilfreiche Techniken ergänzt. Besonderes Augenmerk legt diese zweite, überarbeitete Ausgabe auf die Entwicklung einer internationalen Perspektive und die Komplementierung des Therapiemanuals auf Grundlage der langjährigen klinischen Erfahrung, der Evaluation von Patientenberichten sowie neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Ich hoffe, mit diesem Therapiemanual das Expertenwissen der Patienten angemessen umgesetzt zu haben, und bedanke mich für die kostbare Mitarbeit jedes Einzelnen. Auch wenn Konrad Michel für die Neuauflage nicht mehr als Co-Autor zeichnet, hat er mit seiner umfangreichen Expertise und seinem Enthusiasmus für die Weiterentwicklung von ASSIP und die Arbeit mit suizidalen Patienten einen substanziellen Beitrag geleistet.

*Anja Gysin-Maillart, im Januar 2021*

*Anja Gysin-Maillart, im Januar 2021*

# Vorwort von Konrad Michel

Wie zu jedem Suizid oder Suizidversuch eine individuelle Geschichte gehört, so hat auch dieses Manual seine Geschichte. Diese nimmt ihren Anfang in der Zusammenarbeit und Freundschaft zwischen mir als Psychiater, der eine traditionelle schulmedizinische Ausbildung durchlaufen hatte, und Ladislav Valach, diplomierter Psychologe mit dem Schwerpunkt Sozialpsychologie bzw. einer Spezialisierung daraus, der Handlungstheorie. Erst viel später wurde mir klar, wie sehr sich die beiden Ausbildungsgänge im Menschenbild, das sie vermitteln, unterscheiden, und wie fruchtbar die interdisziplinäre Zusammenarbeit sein kann.

Nun ist es so wie in den Erzählungen suizidaler Menschen: Eigentlich hat die Geschichte schon viel früher begonnen, und zwar in England, als ich noch ein junger und unerfahrener Assistenzarzt war. Eines Morgens, als ich in der Klinik eintraf, wurde mir mitgeteilt, dass sich soeben eine meiner Patientinnen vor der Klinik unter einen Lastwagen geworfen hatte und dabei umgekommen war. Diese 42-jährige Frau hinterließ einen Ehemann und zwei vorschulpflichtige Kinder. Wie bei vielen jungen Assistenzärzten in der Psychiatrie hatte dieses Erlebnis für mich einschneidende Folgen. Eine davon war, dass ich mich für die klinische Suizidprävention zu interessieren begann und dieses Thema, als ich in die Schweiz zurückkehrte, mit einem ersten Forschungsprojekt weiter untersuchte. Klinische Suizidprävention, speziell die Frage, was Ärzte tun können, um die Anzahl der

Suizide zu reduzieren, hat mich seither in meiner beruflichen Tätigkeit begleitet.

Zurück zu meinem Kollegen. Dieser machte in einer Kaffeepause eine Äußerung, die ebenfalls Folgen hatte. Er sagte nämlich: „Suizid und Suizidversuche sind keine Krankheiten, sondern Handlungen. Ihr Mediziner habt gelernt, Krankheitssymptome, also Pathologie, zu erfassen und Diagnosen zu stellen, aber ihr habt nie gelernt, Handlungen zu verstehen.“ Ziemlich provokativ war das, und ich ließ mir nur mit Widerwillen die Grundzüge der Handlungstheorie erklären. Immerhin ließ ich mich darauf ein, gemeinsam den Fall eines Patienten, der zuerst einen Suizidversuch, dann ein Jahr später Suizid begangen hatte, aus der Sicht der Handlungstheorie darzustellen. Wesentlich war dabei, zu zeigen, dass Handlungen, also auch Suizidhandlungen, zielorientiert sind (z. B. dem Zustand von seelischem Schmerz ein Ende bereiten wollen) und dass existenzielle Krisen vor allem dann entstehen, wenn wichtige Lebensziele eines Menschen akut bedroht sind. Die Handlungstheorie sagt im Weiteren, dass Menschen Handlungen in Form von Geschichten („Well, this is a long story ...“) erzählen bzw. verstehen. Zusammen mit Ladislav Valach prüfte ich danach im Rahmen einer Nationalfondsstudie die Hypothese, dass sich Menschen nach einem Suizidversuch besser verstanden fühlen, wenn der Interviewer das Explorationsgespräch nicht gemäß dem traditionellen medizinischen Modell und dem damit verbundenen Verständ-

nis suizidaler Krisen („Suizidhandlungen sind ein Symptom psychischer Krankheit“) führt, sondern einen handlungstheoretischen Ansatz wählt und darauf vertraut, dass suizidale Menschen sehr wohl erklären können, was alles zum Suizidversuch führte. Die Untersuchung zeigte tatsächlich, dass die therapeutische Beziehung von den Patienten signifikant besser beurteilt wurde, wenn der Interviewer ein narratives Interview führte (konkret: bei der Eröffnung des Gesprächs die Worte „Erzählung“ oder „Geschichte“ verwendete). Dies schien eine wichtige Erkenntnis, denn sehr viele Menschen, die einen Suizidversuch unternahmen, sind in sich gekehrt, und mehr als die Hälfte von ihnen nimmt ambulante Termine zur Nachbehandlung erst gar nicht wahr. Dies ist übrigens nicht verwunderlich: Gemäß einer Umfrage in Bern fühlen sich suizidale Menschen meist auch nicht krank. Unsere Hoffnung war, dass mit einem narrativen Interview schon früh eine therapeutische Beziehung etabliert werden kann, die dann auch eine Basis für eine längere Therapie darstellt. Wenn sich jemand als Individuum mit seiner eigenen Geschichte verstanden fühlt, wird die Therapiemotivation größer sein. Dies ist eines der Grundkonzepte des vorliegenden Manuals.

Zur Besprechung der Resultate der Studie beriefen wir im Jahr 2000 eine Konferenz von international anerkannten klinischen Suizidforschern ein. In einem Konferenzhotel im Berner Oberland diskutierte die Gruppe anhand der auf Video aufgenommenen Interviews grundsätzliche Probleme in der klinischen Suizidprävention. Dabei entwickelte sich ein derartiger Enthusiasmus, dass die Gruppe spontan beschloss, diese Art Konferenz weiterzuführen und den Kreis zu öffnen. Es folgten zehn Jahre „Aeschi Conferences“, die die besten klinischen Suizidforscher und Therapeuten aus der ganzen Welt nach Aeschi brachten. Die „Aeschi

Working Group“ publizierte Richtlinien für den Umgang mit Menschen nach einem Suizidversuch, und 2010 erschien im APA Verlag, Washington D. C., das Buch „Building a Therapeutic Alliance with the Suicidal Patient“ (Michel & Jobes, 2010).

In dieser Zeit ergab sich an der Poliklinik für Psychiatrie in Bern eine weitere fruchtbare Zusammenarbeit, nämlich mit Anja Gysin-Maillart, der Mitautorin dieses Buches. Anja Gysin-Maillart ließ sich in die Technik der narrativen Interviews einführen und entwickelte gemeinsam mit mir eine spezifische Kurztherapie für Menschen nach einem Suizidversuch, der wir den Namen ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) gaben. Im Laufe der letzten Jahre haben wir weit über 200 solcher Therapien suizidaler Menschen durchgeführt, dabei das Behandlungskonzept verfeinert, weiterentwickelt und evaluiert. Es ist das Verdienst von Anja Gysin-Maillart, dass das vorliegende Manual zustande kam.

*Konrad Michel, im Dezember 2012*

Neu hinzugekommen ist in der Zwischenzeit die Publikation der randomisierten Studie zur Wirksamkeit von ASSIP, welche auch auf die Initiative von Anja Gysin-Maillart zurückgeht. Diese Studie zeigte sogar für uns Autoren fast unglaublich gute Resultate von ASSIP in der Reduktion von Suizidversuchen in der Studienpopulation von Patienten, die nach einem Suizidversuch in die Studie aufgenommen wurden. Das Interesse an ASSIP ist damit schlagartig gewachsen, womit sich unsere Ausbildungs- und Supervisionstätigkeit bald über verschiedene Kontinente ausbreitete. Für mehr Informationen: [www.assip.ch](http://www.assip.ch). Ich bin zuversichtlich, dass die Erfolgsgeschichte weitergehen wird.

*Konrad Michel, im November 2020*

# Einleitung

Suizid ist eine der häufigsten Todesursachen weltweit. Jedes Jahr sterben mehr als 800 000 Menschen durch Suizid, was einem Toten alle 40 Sekunden entspricht (World Health Organization [WHO], 2019a). Die Zahl der Suizidversuche liegt um ein Vielfaches höher. Ein Suizidversuch erhöht das Risiko eines späteren Suizids um ein Mehrfaches (Hawton et al., 2003; Owens et al., 2002), und es bleibt über Jahre hinweg hoch (Runeson, 2002). Deshalb sollte der Entwicklung von Therapieangeboten für diese Menschen besondere Priorität zukommen. Leider gibt es aber bislang für diese Patientengruppe nur wenige spezifische Behandlungen, die das Risiko eines erneuten Suizidversuchs oder eines Suizids über längere Zeit tatsächlich reduzieren. Allzu häufig wird in einer Nachbehandlung das suizidale Erleben und Verhalten nicht einmal thematisiert.

In der Prävention und Therapie der Suizidalität liegt gemäß dem gängigen medizinischen Modell das Hauptgewicht auf der Behandlung psychischer Störungen, allen voran der Depression. Es ist jedoch umstritten, wieweit dieser Zugang zum suizidalen Patienten die Suizidrate tatsächlich beeinflussen kann (De Leo, 2002), sodass die dem suizidalen Verhalten zugrunde liegenden Mechanismen unabhängig von der psychiatrischen Störung untersucht werden sollten (Aleman & Denys, 2014; Linehan, 2008).

Es lassen sich verschiedene Faktoren identifizieren, die eine wirkungsvolle Therapie des

suizidalen Erlebens und Verhaltens behindern. Einer davon ist, dass viele Patienten nach einem Suizidversuch das Angebot einer Nachbehandlung nicht wahrnehmen oder diese frühzeitig abbrechen. In der klinischen Arbeit hat man den Eindruck, dass viele Menschen nach einer suizidalen Krise so rasch wie möglich wieder zur „Normalität“ zurückkehren und die suizidale Krise möglichst bald vergessen wollen. Bei einer Befragung von Patienten nach einem Suizidversuch von Michel und Kollegen (1994) konnte die Mehrheit keine Person angeben, die sie vom Suizidversuch hätte abhalten können. Der Arzt wurde nur von 10 % als mögliche Ansprechperson angegeben. Offenbar betrachten viele Menschen Suizidgedanken als etwas „Privates“, das sie für sich behalten und nicht selten als möglichen Ausweg bewahren wollen, wenn sie in einer ausweglos erscheinenden Situation sein sollten. Viele Menschen, die einen Suizidversuch unternommen haben, schämen sich und haben das Gefühl, dass niemand sie und ihre Beweggründe verstehen würde. Hinzu kommt die Angst vor Stigmatisierung und die Furcht vor (unfreiwilliger) Hospitalisation (Hom et al., 2015; Lizardi & Stanley, 2010). Viele verstehen sich selbst nicht. All dies weist darauf hin, dass der suizidgefährdete Mensch eine spezielle Art der Kommunikation und spezielle Angebote braucht, um über die Gefühle, Gedanken und Hintergründe seiner suizidalen Krise sprechen zu können. Seine Motivation für eine Therapie hängt dabei in hohem Maß vom

Vertrauen in eine Fachperson ab. Von dieser sollte er sich wertfrei akzeptiert und empathisch verstanden fühlen.

Im Gegensatz zum traditionellen medizinischen Modell, in dem Suizidimpulse als Ausdruck einer psychischen Störung gesehen werden, wird in der Kurztherapie ASSIP Suizid als zielgerichtete Handlung mit einer inneren Logik verstanden. Eine wesentliche Annahme dabei ist, dass ein handlungstheoretisches Modell dem Erleben der Betroffenen am ehesten gerecht wird. Dieses Modell besagt, dass wir unsere Handlungen in Form von Geschichten erklären und demnach der Therapeut bereit sein muss, vollkommen wertfrei zuzuhören, weil nur der suizidale Patient selbst „Experte“ seiner eigenen Geschichte ist. In diesen Geschichten (Narrativen) zeigt sich, dass Suizid zum Ziel werden kann, wenn wichtige Identitäts- und Lebensthemen bedroht sind und keine alternativen Handlungs- oder Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen. Dies sind Momente der Verzweiflung, der Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit, in denen Suizid als Lösung erscheint, um einem unerträglichen Zustand ein Ende zu setzen.

Wesentlich ist, dass suizidales Erleben nicht „wegtherapiert“ werden kann. Hat ein Mensch einmal eine emotionale Krise mit einem Suizidversuch zu lösen versucht, so kann dieses Verhaltensmuster auch in zukünftigen Krisen rasch wieder auftreten, nicht zuletzt, weil Suizidversuche oft eine Entlastung bzw. eine zumindest temporäre „Lösung“ von einem unerträglichen inneren Zustand bewirken. In der Suizidforschung herrscht heute die Meinung vor, dass nach einem Suizidversuch unbedingt zusammen mit den Patienten Strategien erarbeitet werden müssen, um mit zukünftigen suizidalen Krisen umgehen zu können (Stanley & Brown, 2012). Dabei sollte die Behandlung direkt auf das suizi-

dale Erleben und Verhalten abzielen, kurz, zielgerichtet und nachweislich wirksam sein (Chesin & Stanley, 2013; Meerwijk et al., 2016).

Das Therapieangebot mit dem Kürzel ASSIP (Attempted Suicide Short Intervention Program) wurde spezifisch für Patienten entwickelt, die einen Suizidversuch unternommen haben. Es zeichnet sich durch folgende Elemente aus:

- Verstehen der inneren Logik und Klärung der Hintergründe einer suizidalen Krise
- Aktivierung des suizidalen Modus und Bearbeitung der suizidspezifischen Emotionen und Kognitionen
- Formulierung von längerfristigen Maßnahmen und (Therapie-)Zielen, Aufdecken von individuellen Warnzeichen und Erarbeitung von verhaltensorientierten Maßnahmen zur Vorbeugung suizidaler Handlungen; optional: Einübung erarbeiteter Strategien
- Kontakt zu den Patienten über zwei Jahre durch regelmäßige Briefe im Sinne einer längerfristigen therapeutischen Verankerung, um an präventive Strategien zu erinnern und einen schnellen Zugang zum Helfersystem zu ermöglichen
- Notfallkarte und eine kreditkartengroße Liste mit persönlichen Warnsignalen und dem individuellen Krisenplan

Die in der Folge beschriebene Kurztherapie ASSIP vereint Aspekte der Handlungstheorie, der Bindungstheorie und der kognitiven Verhaltenstherapie. Zentral ist dabei die Annahme, dass mit einem handlungstheoretisch-narrativen Zugang zum Patienten die Grundlage für eine gute therapeutische Beziehung im Sinne einer „sicheren Basis“ (Bowlby, 1998; Holmes, 2001) gelegt wird. Das folgende überarbeitete Therapiemanual geht sowohl auf den theoretischen Hintergrund als auch auf die Behandlung von Patienten nach einem Suizidversuch ein.



## 1

# Suizidales Erleben und Verhalten

## 1.1 Definitionen

*Suizid* ist die absichtliche Selbstschädigung mit tödlichem Ausgang (World Health Organization, 2021). Diese kann durch zielgerichtetes Handeln (z. B. Erhängen, Erschießen) oder absichtliches Unterlassen von lebensrettenden Maßnahmen (z. B. Dialysebehandlung bei Nierenversagen) herbeigeführt werden. Die Begriffe Selbsttötung, Selbstmord oder Freitod werden heutzutage in der Fachwelt nicht mehr gebraucht. Insbesondere der Begriff Freitod ist problematisch, da diese Bezeichnung einen freien Willensentscheid impliziert. Dies steht im Gegensatz zur Erkenntnis, dass Menschen nach einem Suizidversuch praktisch durchweg berichten, dass sie sich in der suizidalen Krise in einem Ausnahmezustand befanden, in dem sie nicht mehr in der Lage waren, rational zu denken. Der sogenannte Bilanzsuizid, worunter ein Suizid als rationaler Entscheid eines psychisch gesunden Menschen verstanden wird, gilt, wenn es ihn überhaupt gibt, als seltene Ausnahme (Dörner, 1993).

Der *Suizidversuch* wurde von Erwin Stengel (1964) als eine auf einen kurzen Zeitraum begrenzte absichtliche Selbstschädigung bezeichnet, von der der Betreffende, der diese Handlung begeht, nicht wissen kann, ob er überleben wird oder nicht. Suizidversuche mit nur beschränkter Intention zu sterben nannte er Parasuizid oder parasuizidale Hand-

lung. Die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) definiert Suizidversuch als „jede Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der das Individuum entweder gezielt ein nicht habituelles Verhalten zeigt, das ohne Intervention von dritter Seite eine Selbstschädigung bewirkt, oder absichtlich eine Substanz in einer Dosis einnimmt, die über die verschriebene oder im Allgemeinen als therapeutisch angesehene Dosis hinausgeht und die zum Ziel hat, durch die aktuellen oder erwarteten physischen Auswirkungen Veränderungen zu bewirken“<sup>2</sup> (Platt et al., 1992). Die Arbeitsgruppe der WHO beabsichtigte, mittels dieser Arbeitsdefinition das gesamte Spektrum lebensbedrohlicher Verhaltensweisen zu erfassen, wobei in dieser Formulierung unklar bleibt, was mit „Veränderungen bewirken“ gemeint ist. In unserer Sicht stehen bei Suizidversuchen innerpsychische Motive im Vordergrund (s. dazu den Kasten „Interne und externe Attribution“, S. 16). Mit der WHO-Definition sind lang andauernde Selbstschädigungen, wie z. B. bei Anorexie oder Drogenabusus, ausgeschlossen. Diese

2 „An act with non-fatal outcome, in which an individual deliberately initiates a non-habitual behaviour that, without intervention from others, will cause self-harm, or deliberately ingests a substance in excess of the prescribed or generally recognized therapeutic dosage, and which is aimed at realizing changes which the subject desired via the actual or expected physical consequences.“

einheitliche WHO-Definition wird im Rahmen der sogenannten WHO/MONSUE-Multicenter-Studie (Bille-Brahe et al., 1996) bis heute zur epidemiologischen Erfassung suizidalen Verhaltens von verschiedenen Zentren in Europa angewendet.

Silverman und Kollegen (2007) definierten suizidales Verhalten als „selbst zugefügtes, potenziell schädigendes Verhalten mit nicht tödlichem Ausgang, mit der expliziten oder impliziten Absicht zu sterben“. Der Begriff Suizidversuch wird im deutschsprachigen und amerikanischen Sprachraum verwendet, während im Vereinigten Königreich die Begriffe Selbstverletzung, absichtliche Selbstschädigung oder Parasuizid bevorzugt werden, wobei letzterer alle Formen der nicht tödlichen Selbstverletzung umfasst (Skegg, 2005). Absichtliche Selbstschädigung bzw. Selbstverletzung sind weit gefasste Begriffe, die von der „habituellen Selbstverletzung zur Emotionsregulation ohne Suizidabsicht“ bis zum „ernsthaften Suizidversuch mit hoher Intention“ reichen. Die Unterscheidung zwischen der „Ernsthaftigkeit der Absicht“ und „angenommenen Intentionen“ ist problematisch und im deutschen Sprachraum nicht üblich. Intention wird als Absicht verstanden, etwas verändern zu wollen. Dazu gehören beispielsweise der Wunsch, einem unerträglich gewordenen Leben ein Ende zu setzen; Erlösung aus einer unerträglichen Situation zu finden; einen Zustand der Ruhe zu finden; oder einen überwältigenden psychischen und emotionalen Schmerz zu beenden (Bronisch & Wolfersdorf, 2012; Hjelmeland & Hawton, 2004).

Der Begriff Suizidversuch, wie wir ihn in diesem Buch verwenden, umfasst das gesamte Spektrum an Intentionen, jedoch ohne die habituelle Selbstverletzung, wie wir sie bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen sehen. *Suizidales Verhalten* schließt Suizid und Suizidversuche ein. *Suizidalität* meint Denk- und Verhaltensweisen von Menschen, die den Tod als möglichen Ausgang einer Handlung in Kauf nehmen (Wolfersdorf, 2000).

### Interne und externe Attribution

Wenn Menschen das Verhalten anderer erklären, nehmen sie in der Sprache der Psychologie Attributionen vor (Zuschreibungen von Ursachen und Wirkungen von Handlungen). Als Außenstehende stehen uns meist nur lückenhafte Informationen zur Erklärung des Verhaltens anderer Menschen zur Verfügung. Dies ist besonders beim Suizid der Fall, da wir die verstorbene Person nicht mehr befragen können. Externe Attributionen basieren auf Theorien und Modellen, die wir uns über das Verhalten anderer Menschen machen. Ein Beispiel hierfür ist ein Medienbericht, der den Suizid eines Jugendlichen beispielsweise mit schlechten Schulnoten erklärt („Schlechte Noten in der Schule: Suizid!“). Auch das medizinische Modell hat die Tendenz zu externen Attributionen, indem psychische Störungen als Ursache von Suizid gesehen werden. Allan Buss (1978) argumentierte, dass es einen grundlegenden Unterschied gibt zwischen Erklärungen des Handelnden und denjenigen eines Außenstehenden. Beobachter neigen zu kausalen („Warum?“) Erklärungen, z. B. „Herr B. hat sich das Leben genommen, weil ihm am Arbeitsplatz gekündigt wurde“. Hingegen erklären die Betroffenen (Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, oder Verstorbene in Abschiedsbriefen) ihre Handlung im Allgemeinen mit einer Absicht; im Englischen „reason“ im Gegensatz zu „cause“, z. B.: „Ich sah in diesem Moment Suizid als einzige mögliche Lösung, um meinem unerträglichen Zustand ein Ende zu setzen.“ Während Patienten innerpsychische Prozesse angeben, gehen Behandler oft von einem Ursache-Wirkungs-Prinzip aus. Der Außenstehende denkt dabei kausal, während der Patient innerpsychische Motive angibt.

## 1.2 Epidemiologie

Weltweit sterben jedes Jahr mehr als 800 000 Menschen durch *Suizid* (World Health Organization, WHO, 2019a). Dies entspricht einer

Suizidrate von 10,5 pro 100 000 Einwohner. Der Suizid ist die zweithäufigste Todesursache in der Altersgruppe der 15- bis 29-Jährigen; dabei traten 79 % der weltweiten Suizide im Jahr 2016 in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen auf (World Health Organization, 2019a). Im Jahr 2016 war Suizid die zehnthäufigste Todesursache in den USA und forderte jährlich mehr als 39 000 Todesopfer (World Health Organization, 2019b). In der Europäischen Union sterben jedes Jahr mehr als 48 700 Menschen durch Suizid (Eurostat, 2020). Suizidales Verhalten hat erhebliche direkte und indirekte Folgen für das Gesundheitswesen und das soziale Umfeld eines Menschen (Shneidman, 1985). Die höchsten Raten finden sich in osteuropäischen Ländern wie Litauen, Slovenien, Lettland, Estland und Ungarn (Eurostat, 2020). Die Suizidrate ist bei Männern höher als bei Frauen. Ausnahmen bilden China, Bangladesch, Lesotho, Marokko und Myanmar, wo die Raten bei Frauen höher sind als bei Männern (World Health Organization, 2019b). Es besteht die Tendenz, dass die Suizidraten mit dem Alter steigen, vor allem bei Männern. Betrachtet man den Geschlechtsunterschied, sieht man, dass Männer (68 %) häufiger Methoden wählen, die mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einem letalen Ausgang führen (z. B. Erschießen, Erhängen), als Frauen (32 %) (Reisch et al., 2011).

Die Zahl der *Suizidversuche* liegt um ein Vielfaches höher als die der Suizide. Pro Suizid geht man von mehr als 20 Suizidversuchen aus (Goldsmith et al., 2002). Der internationale Vergleich zeigt, dass es einen Zusammenhang zwischen der Anzahl von Suizidversuchen und Suizid gibt (Hawton et al., 1998a). Auch hier gilt, dass Suizidversuche die Ressourcen des Gesundheitswesens erheblich belasten. Suizidversuche führen in den USA zu mehr als 490 000 Notaufnahmebesuchen pro Jahr (National Center for Injury Prevention and Control, 2007). Umfragen, die dort in den Jahren 2009 und 2010 durchgeführt wurden, ergaben, dass schätzungsweise 8,6 Millionen

Erwachsene in jedem der vergangenen Jahre ernsthafte Suizidgedanken hatten (SAMHSA, 2020). Nock und Kollegen (2008) stellten in einer Umfrage in 17 Ländern fest, dass die Wahrscheinlichkeit eines Suizidversuchs bei Personen mit Suizidgedanken bei 29 % lag und bei 56 %, wenn sie einen Suizidplan aufgestellt hatten. Kessler und Kollegen (1999) berichteten, dass 72 % der Personen mit Suizidgedanken im Laufe ihres Lebens einen Suizidversuch unternommen haben.

In der Schweiz wurde im Rahmen der *WHO/Monsue Multicenter Study on Suicidal Behavior* eine jährliche Inzidenz von 105,0/100 000 Einwohner festgestellt (Reisch et al., 2011). Die Untersuchung ergab weiterhin, dass mehr Frauen (57 %) als Männer (43 %) einen Suizidversuch unternehmen. Das Risiko eines Suizidversuchs war für junge Frauen in der Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren am größten. In 42 % der Fälle fanden sich schon frühere Suizidversuche, die zu einem Kontakt mit einer medizinischen Einrichtung geführt hatten. Die häufigste Methode bei den Suizidversuchen war die Intoxikation, gefolgt von Schnittverletzungen als zweit- und dem Sprung aus der Höhe als dritthäufigster Methode (Reisch et al., 2011). Es konnte kein signifikanter Geschlechtsunterschied bezüglich der Methodenwahl bei den Suizidversuchen nachgewiesen werden.

### 1.3 Risikofaktoren und protektive Faktoren

Neuere Untersuchungen zeigen, dass Suizidgedanken und das individuelle Suizidrisiko (z. B. Hoffnungslosigkeit, Gefühl, eine Last zu sein) innerhalb sehr kurzer Zeiträume stark variieren (Hallensleben et al., 2018; Kleiman et al., 2017). Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Menschen in suizidale Krisen kommen, wenn wichtige individuelle Lebensthemen bedroht sind und gleichzeitig Risikofaktoren vorliegen.

*Risikofaktoren* spiegeln typischerweise ein längerfristiges, aber nicht notwendigerweise unmittelbar bevorstehendes Risiko für eine suizidale Handlung wider. Ein erhöhtes Suizidrisiko kommt meistens durch das Zusammenwirken verschiedenster Faktoren zustande. Den größten Risikofaktor für einen Suizid(versuch) überhaupt stellt ein bereits erfolgter Suizidversuch in der Lebensgeschichte dar (Beautrais, 2004; Harris & Barraclough, 1997; Hawton et al., 1998b ; Bostwick, Pabbati, Geske & McKean, 2016). Dieses Risiko bleibt über Jahrzehnte hinweg unverändert hoch, wobei es im ersten Jahr nach einem Suizidversuch am höchsten ist (Bostwick et al., 2016; Jenkins et al., 2002; Runeson, 2002; Suominen et al., 2004). Dabei wiederholen im Durchschnitt 16 % der Menschen einen Suizidversuch im ersten Jahr (range: 12–25 %), wobei das Risiko in den ersten drei Monaten am größten ist (Owens et al., 2002).

Psychische Störungen stellen einen wichtigen Risikofaktor dar, allen voran die affektiven Störungen, Angststörungen, Psychosen und Persönlichkeitsstörungen (Harris & Barraclough, 1997; Beautrais, 2000; Nock et al., 2008). Affektive Störungen finden sich bei 50–70 % der Suizide (Clayton, 1983). Zwischen 25 und 50 % der Menschen mit einer bipolaren Störung begehen mindestens einen Suizidversuch in ihrem Leben (Goodwin & Jamison, 1990). Ihr Lebenszeitrisiko für Suizid liegt bei 15 % (Bostwick & Pankratz, 2000). Eine große Rolle spielen in diesem Zusammenhang die psychischen und sozialen Auswirkungen psychischer Störungen: Patienten erleben sich und ihre Umwelt während einer depressiven Episode sehr negativ, oft leiden sie unter Scham und Schuldgefühlen sowie negativen Gedanken. Weiter ziehen sie sich sozial zurück und haben große Mühe, sich jemandem anzuvertrauen, was das Suizidrisiko erhöht.

Einige soziodemografische Faktoren wie Alter, Geschlecht und Zivilstand werden mit einem erhöhten Suizidrisiko in Verbindung gebracht. Das relative Risiko für einen Suizid ist bei Menschen über 50 Jahre bis ins hohe Alter

erhöht (Bertolote & Fleischman, 2002). Für den Suizidversuch ist es im Alter zwischen 15 und 34 Jahren am höchsten (Schmidtke et al., 2005). Dabei scheint es diesbezüglich Geschlechtsunterschiede zu geben: Männer haben bei zunehmendem Alter ein erhöhtes Risiko; Frauen hingegen sind in jungen Jahren am meisten gefährdet (Reisch et al., 2011). Bezüglich des Zivilstands fand Bronisch (2008), dass die meisten Suizide und Suizidversuche von Geschiedenen begangen werden (vor allem von Männern), gefolgt von Verwitweten und Ledigen. Ferner gilt suizidales Verhalten in der Familie als Risikofaktor (Hautzinger, 2010).

Darüber hinaus stehen individuelle Faktoren, wie frühe traumatische Erfahrungen, sexueller und/oder physischer Missbrauch, Gewalt in der Familie, Verlust eines Elternteils sowie emotionale Vernachlässigung mit einem erhöhten Suizidrisiko im Jugendalter in Zusammenhang (Bruffaerts et al., 2010). Dabei können emotionale Stressoren (z.B. Trennung und Scheidung, Kündigung, Versagen bei einer Prüfung) vor allem bei Menschen mit vorbestehender Vulnerabilität Auslöser einer suizidalen Krise sein. Weiter gelten chronische Erkrankungen mit geringer Heilungsaussicht, Substanzmissbrauch, Schlafstörungen, Impulsivität und Aggressivität als Risikofaktoren (Hautzinger, 2010). Bei 25–50 % aller Suizidversuche (insbesondere von älteren Menschen) liegt eine schwere körperliche Erkrankung vor, die oft mit chronischen Schmerzen oder physischer Behinderung verbunden ist (Stenager et al., 1994).

Auch umgebungsbedingte Faktoren können das Risiko für einen Suizidversuch erhöhen. So kennt man aus der wissenschaftlichen Literatur den sogenannten Werther-Effekt<sup>3</sup>. Phillips stellte in Übereinstimmung mit anderen Autoren bereits 1974 fest, dass Suizide in der Allgemein-

3 Begriff, der in der Medienforschung verwendet wird und den Effekt der Nachahmung berühmter Suizide in der Bevölkerung beschreibt. Der Begriff geht auf Goethes Roman „Die Leiden des jungen Werthers“ aus dem Jahr 1774 zurück, der eine Welle von Nachahmungssuiziden ausgelöst hat.

bevölkerung statistisch ansteigen, wenn in den Zeitungen über prominente Suizide (wie beispielsweise Kurt Cobain) berichtet wird (siehe u.a. Niederkrotenthaler et al., 2012). Mehrere Studien haben gezeigt, dass gewisse Berichte über Suizide und Suizidversuche in den Medien (Zeitung, TV, Internet, etc.) zu Imitationshandlungen führten (Schmidtke & Schaller, 2000). Speziell konnte gezeigt werden, dass die Berichterstattung über Suizid-Hotspots die Häufigkeit suizidaler Handlungen beeinflussen kann (Reisch & Michel, 2005). In diesem Zusammenhang wird davon ausgegangen, dass Menschen mit suizidalem Erleben und Verhalten vermehrt psychische Repräsentationen ausbilden – man kann in gewissem Sinne von einer „Ansteckung“ (Bandura & Walters, 1963; Welz & Möller, 1984) reden.

*Protektive Faktoren* hingegen können oft über längere Zeit hinweg Menschen davor schützen, suizidal zu handeln. Schützende soziodemografische Faktoren sind beispielsweise der Zivil- und Familienstand, die Religionszugehörigkeit, Alter und Geschlecht. Ein protektiver Faktor kann also die Ehe oder können Kinder sein (Bronisch, 2007; Heikkinen et al., 1995). Die geringste Suizid- und Suizidversuchsrate weisen verheiratete Männer und Frauen auf, wobei dieser Effekt noch stärker für Männer als für Frauen gilt. Auch spezifische Lebensphasen und das Alter wirken schützend. So konnten Reisch et al. (2011) beispielsweise zeigen, dass ältere Frauen weniger gefährdet sind, einen Suizidversuch zu unternehmen.

Des Weiteren können individuelle Faktoren protektiv wirken: Soziale Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit, Selbstvertrauen, die Fähigkeit, Hilfe zu suchen, oder gute Bewältigungsstrategien können das Suizidrisiko verringern. Auch ein intaktes soziales Netz wirkt protektiv, weil Menschen dadurch eher emotionale und soziale Unterstützung erleben. Ferner spielt es eine Rolle, ob ein Mensch in der Krise noch lebensorientierte Perspektiven (persönliche oder berufliche) hat (Bronisch, 2007). Als Resilienz wird die Fähigkeit bezeichnet, Kri-

sen durch den Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass zur Entwicklung zu nutzen (Comer, 1995). Eine hohe Resilienz schützt demzufolge in Krisen vor Suizidalität.

Systematische Übersichtsarbeiten zeigen, dass vorangegangene stationäre psychiatrische Behandlungen, vorherige Suizidversuche, Suizidgedanken, ein niedriger sozio-ökonomischer Status sowie belastende Lebensereignisse wohl als stärkste Prädiktoren für einen vollzogenen Suizid gelten (z.B. Franklin et al., 2017). Allerdings erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines Jahres an Suizid zu versterben, bei Vorliegen eines einzelnen Risikofaktors nur geringfügig. Selbst die Kategorisierung in Hoch- und Niedrigrisikopatienten anhand des Vorliegens multipler Risikofaktoren hat nur eine ungenügende Vorhersagekraft suizidalen Verhaltens zur Folge (Large et al., 2016). Trotz dieser Befunde sollte keinesfalls auf eine eingehende Risikoabschätzung verzichtet werden. Jedoch sollte das Fokus eher darauf liegen, individuelle Ansatzpunkte für eine spezifische Behandlung zu identifizieren, als eine Risikokategorisierung vorzunehmen (Teisman et al., 2019) (s. dazu Anhang 6: Einschätzung des Suizidrisikos).

## 1.4 Erklärungsmodelle

In der heutigen Literatur finden sich verschiedene Modelle suizidalen Verhaltens. Grundsätzlich kann man unterscheiden zwischen *medizinischen, biologischen, soziokulturellen* und *psychologischen Modellen*. Keines kann für sich beanspruchen, umfassend zu sein. Aus diesem Grund wird in der Folge von unterschiedlichen Perspektiven oder Sichtweisen gesprochen.

### 1.4.1 Medizinische Perspektive

In der medizinischen Sichtweise sind Suizid und Suizidversuche Folge von psychischen Erkrankungen. Dies wird mit Ergebnissen von