

Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik

# Kurztherapie nach Suizidversuch

ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program

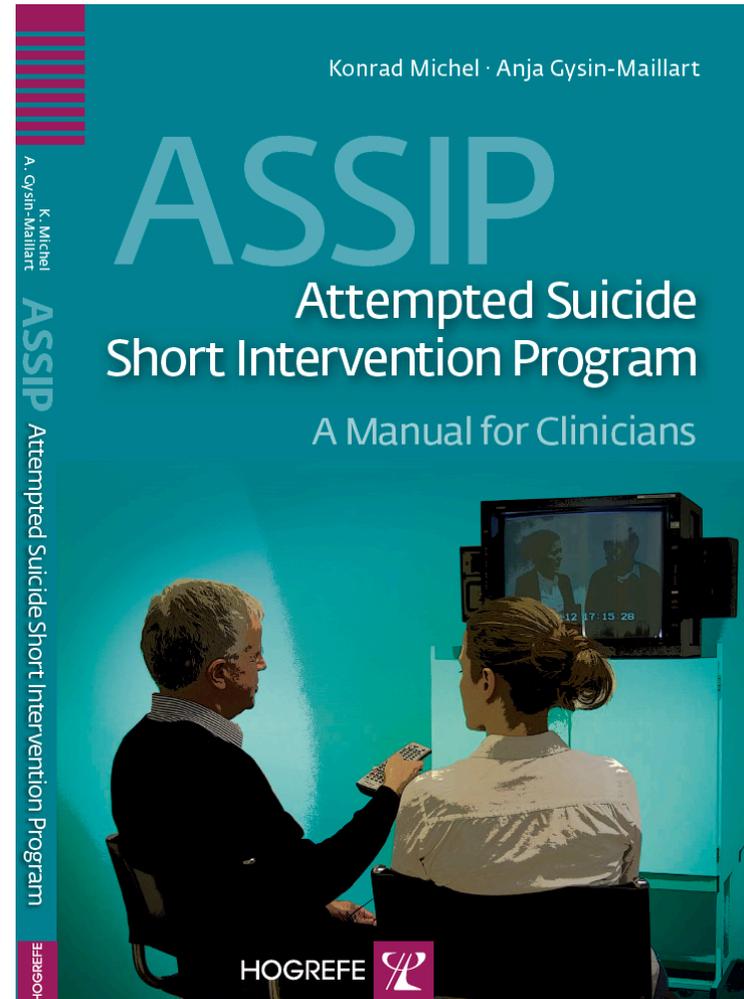
Sandra Passardi, Psychologin

16.03.2018

**Zürcher Präventionstag Suizidprävention**



UniversitätsSpital  
Zürich



UniversitätsSpital  
Zürich

# Vertrauen

*„Was mich im Spital am meisten geärgert hat, war immer wieder diese Frage, ob ich es nochmals tun würde. Sie waren überhaupt nicht an mir und meinen Gefühlen interessiert. Das Leben ist nicht eine derart sachliche Angelegenheit, und wenn ich ehrlich bin, konnte ich nicht sagen, dass ich es nicht nochmals versuchen würde. Was mir klar wurde, war, dass ich keinem dieser Ärzte genügend vertraute um offen über mich zu sprechen.“*



# Herstellen einer sicheren therapeutischen Beziehung

The therapeutic relationship is vital to effective treatment of suicidality. The best techniques applied without error at precisely the right time are of limited, if any, value when an adequate therapeutic relationship and treatment alliance does not exist.

- Rudd, Joiner, and Rajab (2001, p. 13)



# Therapeutische Beziehung

Personen nach Suizidversuchen:

- **Viele Therapieabbrüche**
- **Schwierig, eine gute Beziehung herzustellen**
- **Tiefer Selbstwert, Gefahr für Abbrüche ist hoch**

→ Ziel ist die Herstellung einer SICHEREN Beziehung: sichere Basis, zu der man Zuflucht sucht in einer nächsten Krise



# Grundannahme

Es ist nicht die Depression, die den Suizidversuch begeht, sondern der Mensch, der auf Grund seiner Impulse handelt

Suizid ist eine Handlung – und hat eine innere Logik

L. Valach, K. Michel



## Handlungstheorie

- Handlungstheorie umfasst Aspekte der Kognition, der Emotionen und des Verhaltens
- Handlungen sind zielorientiert (-> Selbstregulation)
- Handlungen sind Ausdruck von übergeordneten Zielen

3 Lebens- /Identitätsziele

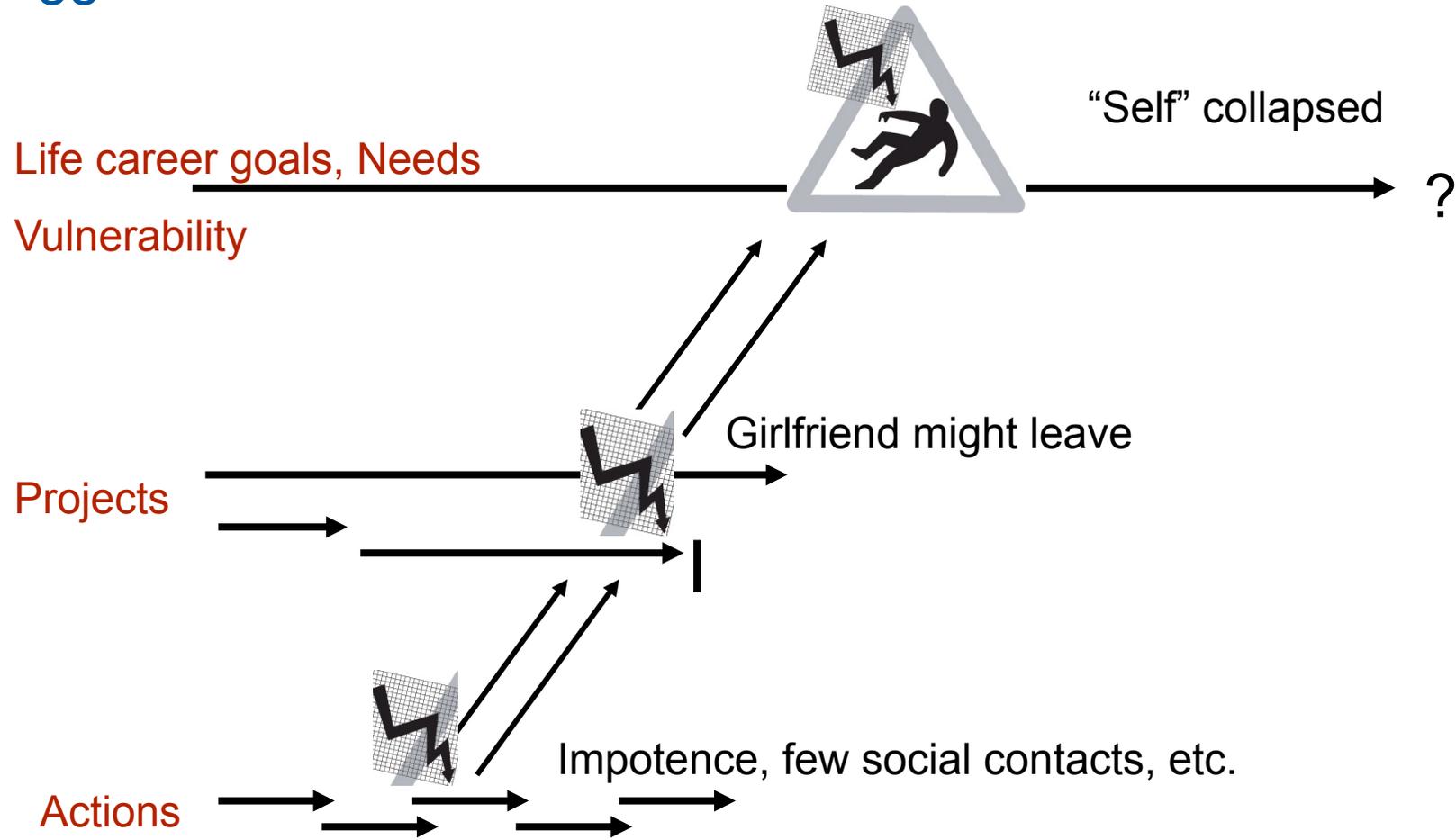
2 Projekte (Arbeit, Beziehungen)

1 Handlungen

Carver and Scheier, 1998  
On the Self-Regulation of Behavior



# Trigger -> Mental Pain



## Handlungstheorie



- Wir erklären und verstehen Handlungen durch Geschichten
- **Narrativ:** Eine Geschichte, die man einem aktiven Zuhörer erzählt und in der wir den Ereignissen in unserem Leben Bedeutung zuschreiben



# Handlungstheorie

Wir erklären Handlungen in Form von Geschichten

Der Patient ist der Experte seiner Geschichte

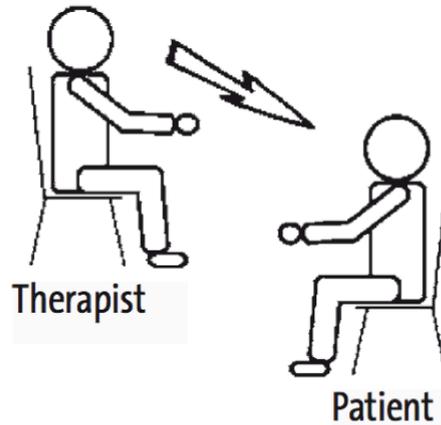
**Das „Teilen“ einer Geschichte führt zu Vertrauen und einer therapeutischen Allianz**

*„Können Sie mir bitte erzählen, wie es dazu gekommen ist?“*



## Collaborating to Prevent Suicide

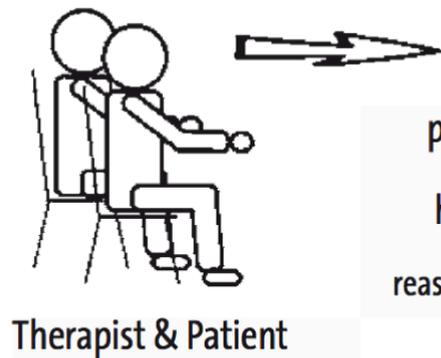
### Traditional "Medical" Model



#### Depression

- lack of sleep
- poor appetite
- anhedonia
- ?suicidality?

### Collaborating Approach



#### Suicidality

pain stress agitation  
hopelessness self-hate  
reasons for living vs. reasons for dying



Figure 3. The collaborative approach. Adapted from Jobes (2000, p. 14).

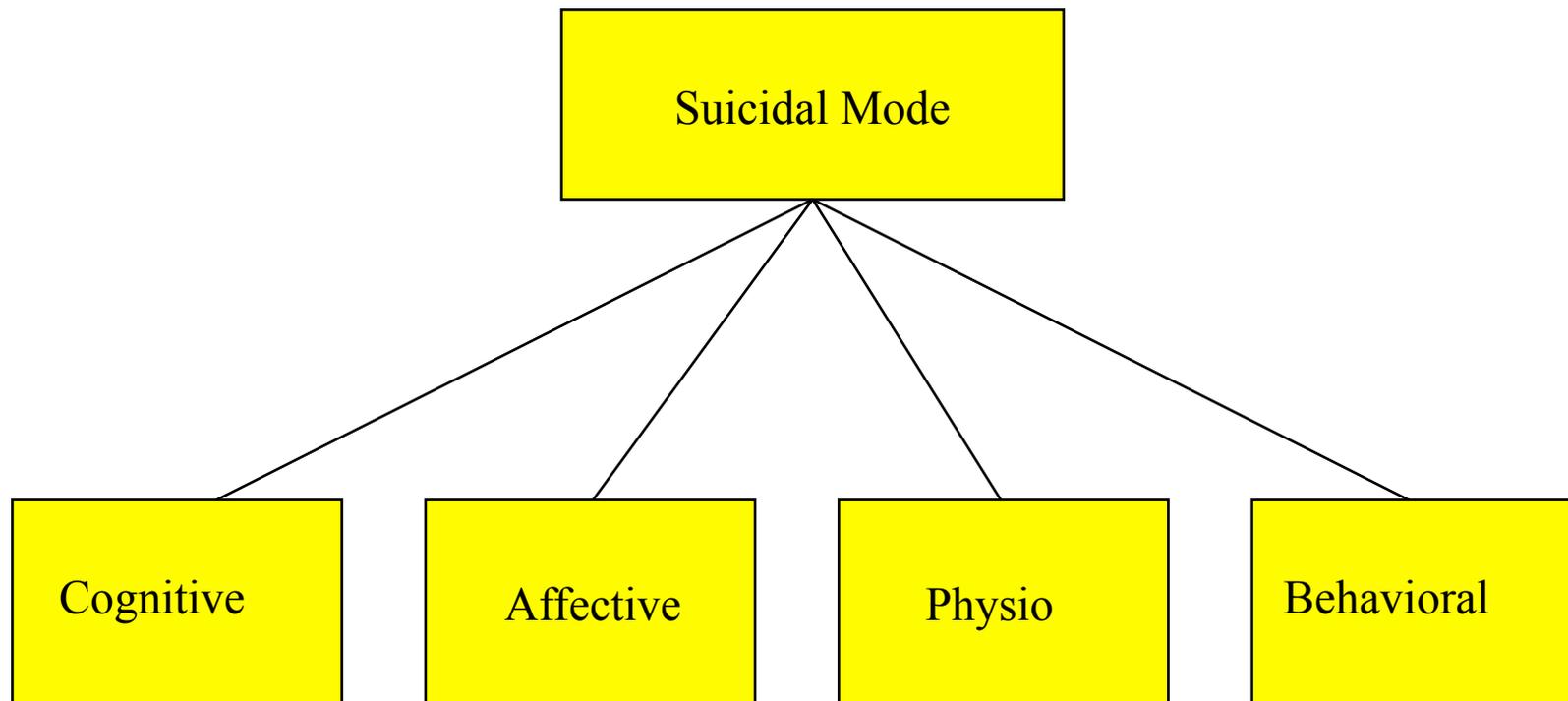
# Narratives Interview

- Der Patient ist der Experte seiner Geschichte
- Ereignisse bekommen eine Bedeutung im Kontext der Geschichte
- Die Bedeutungen werden interaktionell geklärt, zwischen Erzähler und Zuhörer
- Das „Teilen“ einer Geschichte ist die Grundlage einer therapeutischen Beziehung



# Der suizidale Modus

A. Beck, D. Rudd

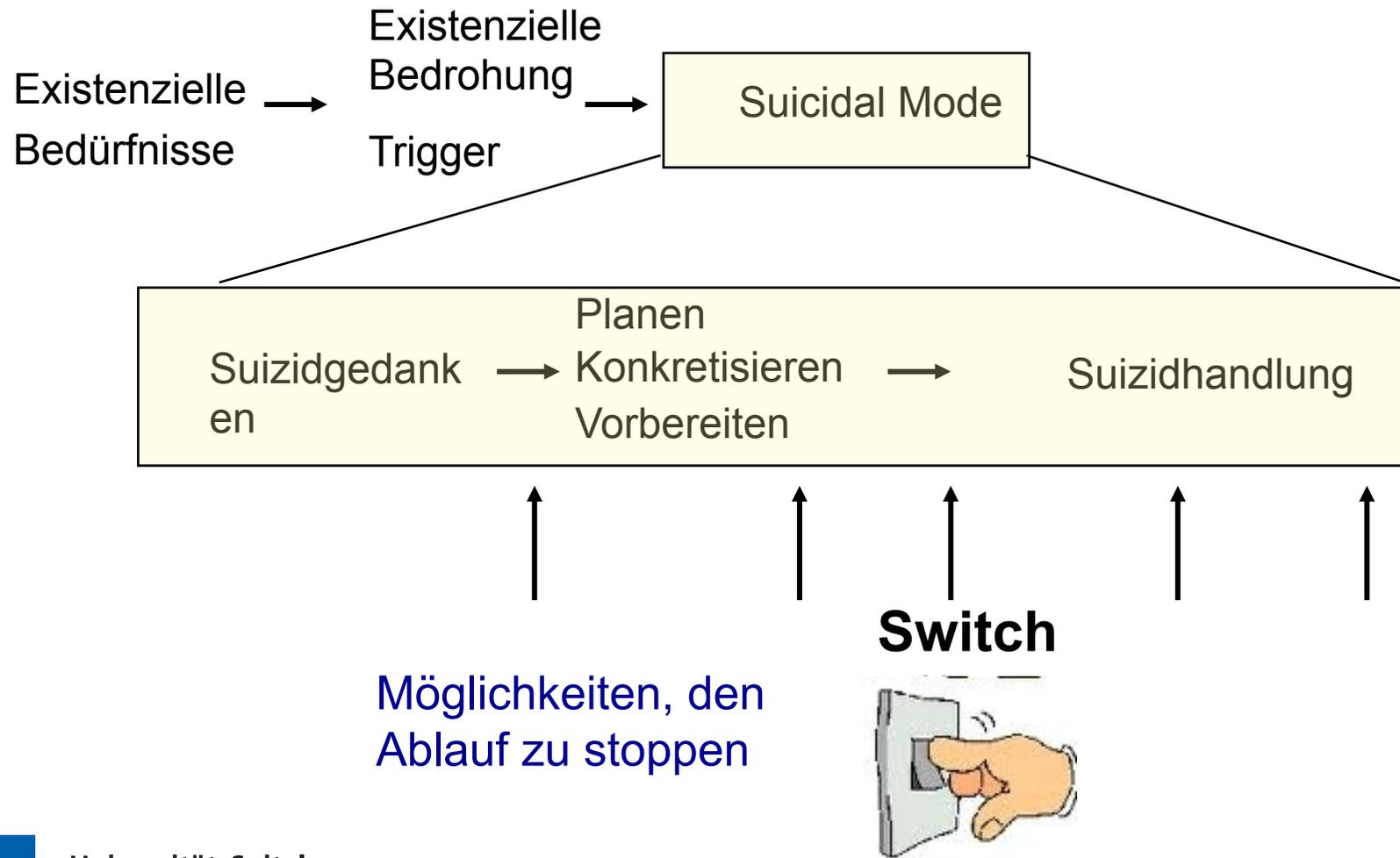


## Suizidaler Modus

- on-off Phänomen
- Aktiviert durch Trigger
- Kann nicht „wegtherapiert“ werden
- Realistisches Ziel: Wirksame Bewältigungsstrategien für zukünftige suizidale Krisen
- Warnzeichen erkennen lernen, Sicherheitsstrategien anwenden



# ASSIP Treatment Model



# Setting

- Add-on Therapie
- 3-4 Sitzungen à 60-90min
- Ideal: innerhalb 14 Tage nach SV
- Austausch mit Behandlern / Zuweisern



# 1. Sitzung: NARRATIVES INTERVIEW



## 2. Sitzung VIDEO-PLAYBACK



# Handout/Homework

## Suizid ist keine überlegte Handlung

Viele von uns kennen Momente in unserem Leben, in denen wir an die Möglichkeit denken, dem Leben, in das wir gewollt haben, ein selbstgewähltes Ende zu setzen. Das ist eine Idee, die viele Menschen ja – zumindest theoretisch – ablehnen. Wenn ein Mensch akut suizidal ist, ist er in einer Situation, in der er sich nicht helfen kann.

- **Die nächste suizidale Krise kann jederzeit wieder auftreten**
- Suizid ist keine überlegte Handlung
- Seelischer Schmerz
- Das emotionale Hirn und das Vernunftthirn
- Emotionale Krisen können unser Gehirn überfordern
- Gewisse Faktoren erhöhen das Suizidrisiko
- Depressionen erhöhen die Gefahr

## Seelischer Schmerz

Der akute suizidale Zustand entsteht in Lebenssituationen, die uns in unseren Grundfesten erschüttern, die eine Bedrohung unseres gewohnten Selbsterlebens darstellen. Es sind Situationen, in denen wir etwas erleben, was die meisten Menschen als „seelischen Schmerz“ (engl. *mental pain*) beschreiben. **Seelischer Schmerz** ist ähnlich einem schlimmen körperlichen Schmerz und kann Folge sein von seelischen Verletzungen, Enttäuschungen, Trennungen von wichtigen Personen, aber auch von ... Etc.



### 3. Sitzung: GEMEINSAME ZUSAMMENFASSUNG



# Gemeinsam erarbeitete Zusammenfassung

1. Welches sind die Lebens-/Identitätsziele bzw. Bedürfnisse, die im Zusammenhang mit der Suizidalität stehen?
2. Welches Ereignis löste die suizidale Krise aus?
3. Was könnte in der Zukunft wieder eine suizidale Krise auslösen.



# Safety Planning

1. Warnzeichen?
2. Strategien zum Eingreifen in die suizidale Entwicklung

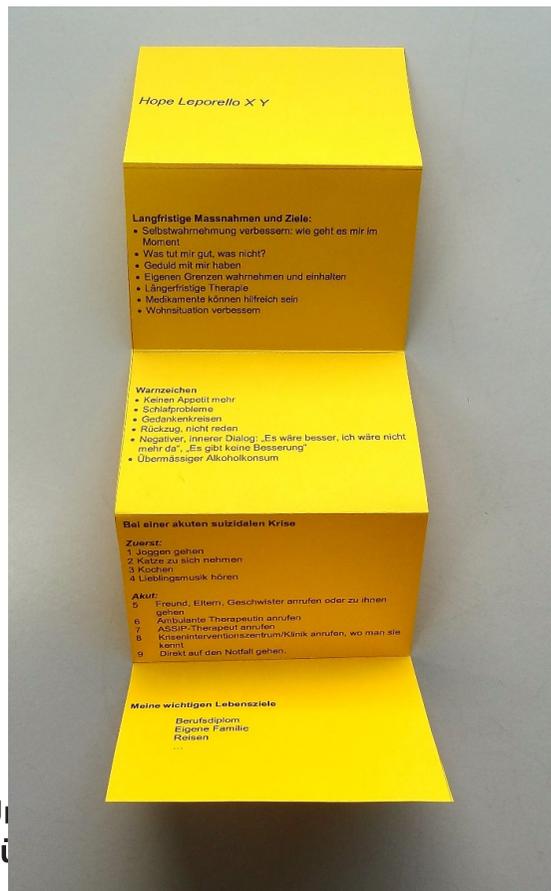
Brown et al, 2005

Stanley and Brown, 2012



# Leporello

## Gemeinsame Entwicklung der Warnzeichen und Strategien



U  
Z

## 4. Sitzung: MINI-EXPOSURE (optional)



# Aktive Kontaktaufnahme über 24 Monate

## Regular Postcards/ Letters

- Fortsetzung des therapeutischen Kontaktes
- Erinnerungsfunktion: Suizidrisiko / Sicherheitsstrategien



UniversitätsSpital  
Zürich

Frau/Herr

....  
...  
...

Bern, 5. September 2012

Lieber Herr «Name»  
Liebe Frau «Name»

Es ist nun 3 Monate her seit dem letzten Termin bei uns, und wir hoffen, dass es Ihnen soweit gut geht.

Denken Sie daran, dass Sie jederzeit bei uns an der Murtenstrasse 21 anrufen können; falls der/die Unterzeichnende nicht erreichbar ist, lassen Sie sich mit unserem Notfallteam oder unserem Notfallarzt verbinden (Tel. 031 632 88 11), selbstverständlich auch ausserhalb der Bürozeiten.

Da wir glauben, dass das Wissen um eine Anlaufstelle manchmal lebensrettend sein kann, werden Sie für eine gewisse Dauer auch zukünftig von Zeit zu Zeit ein Zeichen von uns erhalten. Sie dürfen es auch in schwierigen Situationen nicht mehr soweit kommen lassen, dass Sie nur noch den einen Ausweg sehen. Das Leben ist zu wertvoll.

Es würde uns freuen, von Ihnen zu hören, falls Sie uns einige Zeilen schreiben wollen, nötig ist es aber nicht.

Sie erhalten in ca. drei Monaten wiederum einen Brief von uns. Falls Sie diese Briefe nicht mehr möchten, können Sie uns dies telefonisch oder via E-Mail mitteilen.

Alles Gute und freundliche Grüsse,

lic. phil. A. Gysin-Maillart, Psychologin  
Prof. Dr. med. K. Michel, Oberarzt

e-Mail: [anja.maillart@gef.be.ch](mailto:anja.maillart@gef.be.ch) [chkonrad.michel@gef.be.ch](mailto:chkonrad.michel@gef.be.ch)

## Therapeutische Elemente von ASSIP

1. Therapeutische Beziehung -> **Narratives Interview**
2. Emotionale Aktivierung und Restrukturierung -> **Video-Playback**
3. Gemeinsames Verständnis -> **in allen Sitzungen, plus Handout, Hausaufgabe**
4. Modell -> **Schriftl. Zusammenfassung, Lebensthemen, Auslöser**
5. Sicherheitsstrategien -> **Individuelle Warnzeichen, Verhaltensstrategien -> Leporello**
6. (Mini-)Exposition -> **Video replay**
7. Langfristige therapeutische Verankerung -> **Briefe, Notfallkarte**



RESEARCH ARTICLE

# A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide

N=120 (60/60)  
3 ASSIP Kons + Briefe/TAU  
24 Monate Follow-up  
80% reduziertes Risiko

Anja Gysin-Maillart<sup>1</sup>, Simon Schwab<sup>2</sup>, Leila Soravia<sup>2</sup>, Millie Megert<sup>3</sup>, Konrad Michel<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup> Outpatient Department, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland,

<sup>2</sup> Translational Research Center, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland,

<sup>3</sup> Psychiatric Department, Ge...

\* [konrad.michel@spk.unibe.ch](mailto:konrad.michel@spk.unibe.ch)

Suizidversuche: 41 vs 5  
Personen: 26.7% vs 8.3%  
Tage Hospitalisiert: 105 vs

29



CrossMark  
click for updates

 OPEN ACCESS

**Citation:** Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L, Megert M, Michel K (2016) A Novel Brief Therapy for

Abstract

Background



UniversitätsSpital  
Zürich

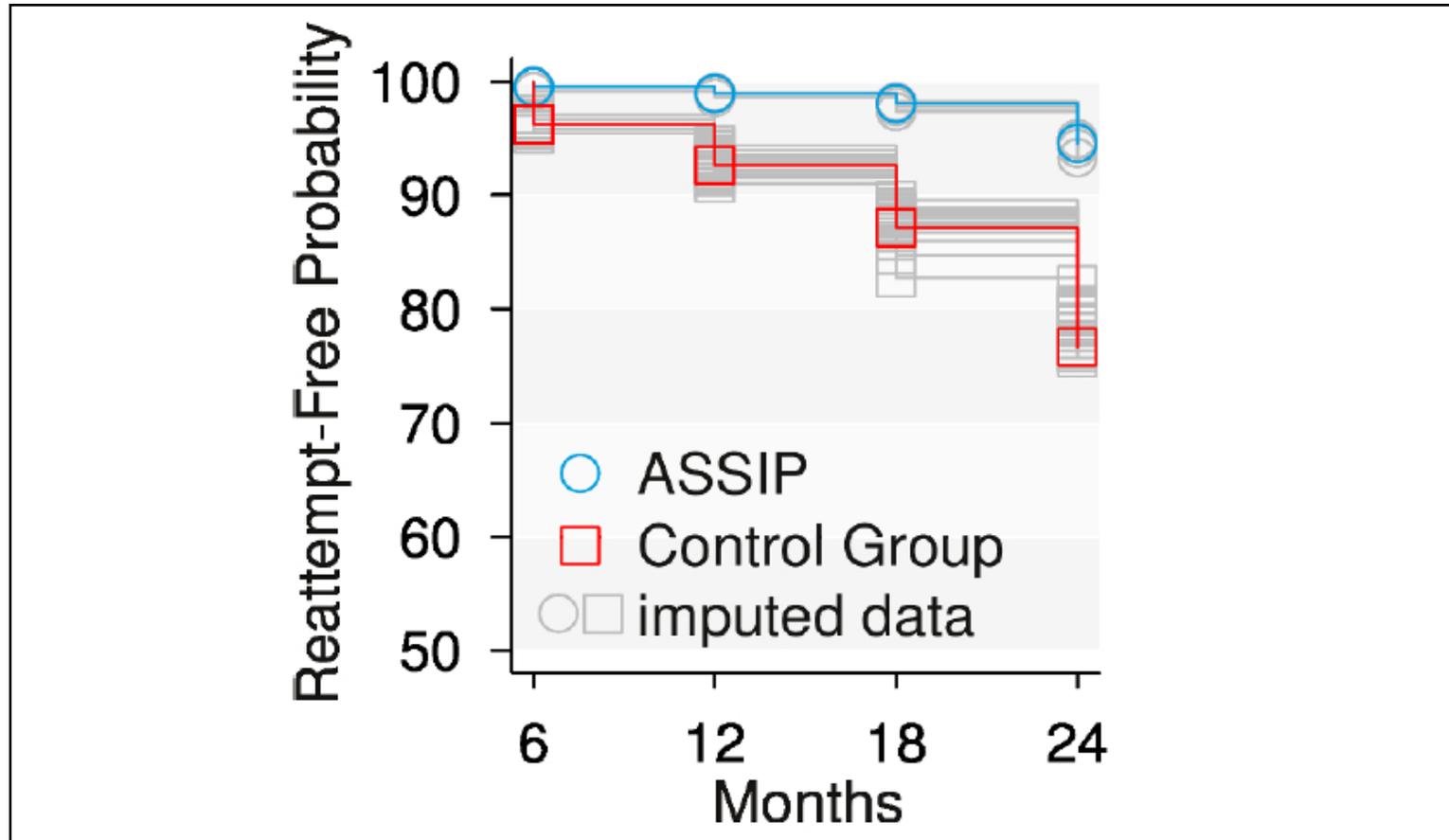
## Results ( $n=120$ ) Reattempts

Follow-up	Group	N	Att'ps	Persons	est. %
24 months	ASSIP	55	5	5	8.3
	CG	43	41	16	26.7

ASSIP group: ASSIP plus TAU ( $n=60$ ); CG: control group; clinical assessment plus TAU; Person sums include individuals with more than one suicide attempt.



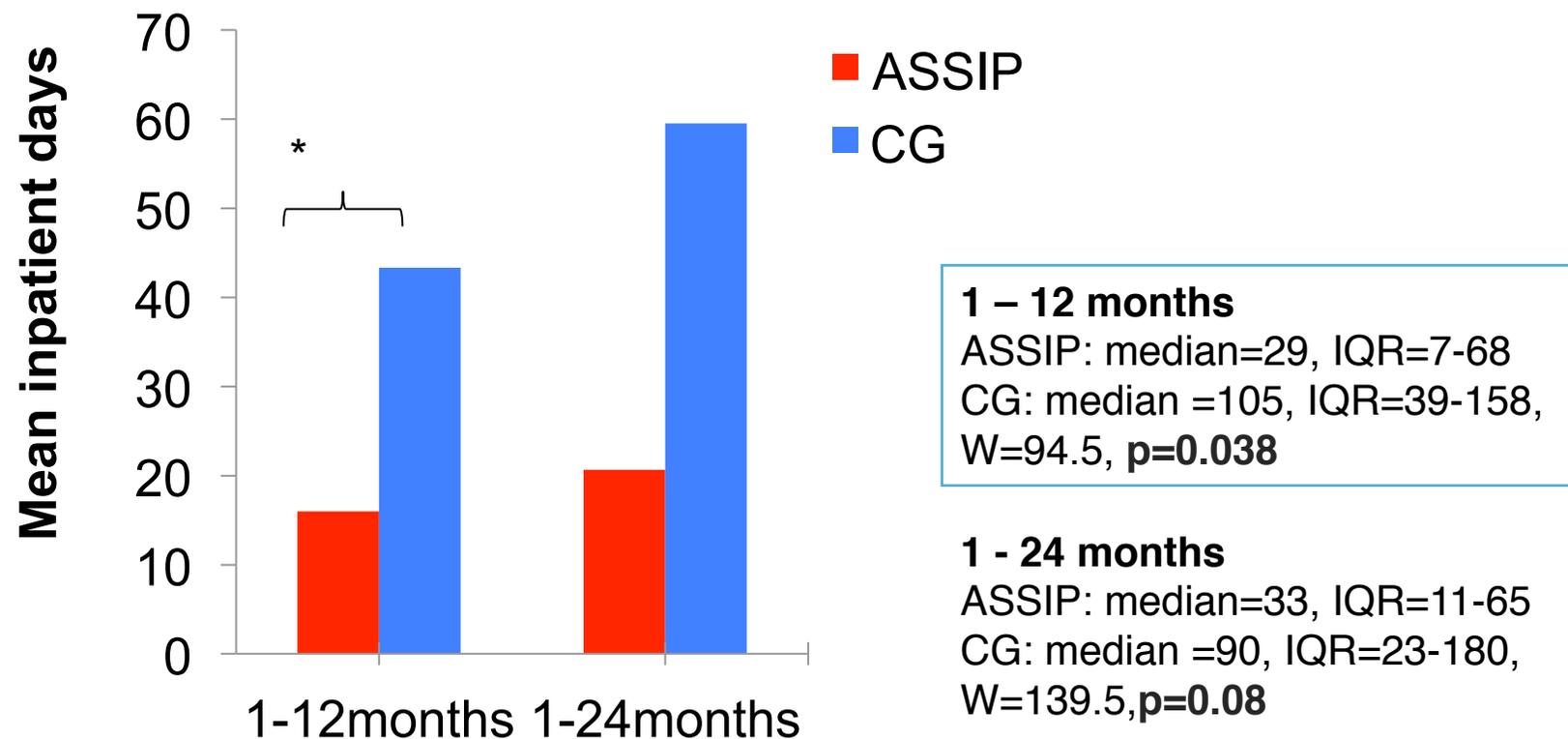
## Kaplan-Meier Survival Analysis (N=120)



Mean hazard ratio 0.17 (95% CI 0.07 - 0.46)  
= ca. **80% reduced risk for ASSIP Group**



# Healthcare Utilization



# ASSIP am Universitätsspital Zürich



## ASSIP am USZ

- Schulung von 6 ASSIP-TherapeutInnen (Jan / Feb 2018) durch Prof. Dr. Konrad Michel → Ziel: je 5 supervidierte Fälle
- Einrichten eines ASSIP-Raumes
- Start: 19.02.2018: 1. Patient
- Geplante Anzahl Patienten im kommenden halben Jahr: ca. 20
- Geplante Anzahl Patienten längerfristig (wenn etabliert): ca. 70 pro Jahr (2 neue Patienten pro Woche)
- Momentan 1 Pat. alle 2 Wochen
- Evaluation, zusammen mit anderen Kliniken



## Rekrutierung

- Allen Pat., die nach Suizidversuch auf den Notfall kommen, wird die Einverständniserklärung gegeben
- ASSIP-Therapeut kontaktiert Pat. telefonisch



## ASSIP-Team



M. Sc. Sandra Passardi,  
Psychologin



Prof. Dr. Monique Pfaltz,  
leitende Psychologin



Dr. med. univ. Andreas  
Gruber, Oberarzt



Dr. Maria Wolf,  
Assistenzärztin



Dr. David Waeber,  
Assistenzarzt



Prof. Dr. med. univ. Josef  
Jenewein, Stv. Klinikdirektor

Dr. Johanna Beykirch, Assistenzärztin

## Herausforderungen / Diskussion

- Rekrutierung verbessern: Stationäre Patienten am USZ in anderen Kliniken
- Erinnerungen an Briefe
- Handhabung Klinikinformationssystem



# Fragen / Diskussion

