



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein:
OM40075

Björn Vüst | Eva Meisenzahl

Suizidale Krisen

Das Manual für Einzel- und Gruppensettings

Björn Vüst
c/o Wendenburg und Kollegen
Immermannstraße 11
40210 Düsseldorf
vuest@psychologen-duesseldorf.de

Univ.-Prof. Dr. med. Eva Meisenzahl
Direktorin der Klinik und Poliklinik
für Psychiatrie und Psychotherapie
LVR-Klinikum Düsseldorf
Kliniken der Heinrich-Heine-Universität
Düsseldorf
Bergische Landstraße 2
40629 Düsseldorf
Eva.Meisenzahl@lvr.de

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer
www.schattauer.de
© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten
Cover: Jutta Herden, Stuttgart
unter Verwendung einer Abbildung von © iStock/PeopleImages
Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Altusried-Krugzell
Icons Arbeitsblätter: Björn Vüst
Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg
Lektorat: Marion Drachsel
Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani
ISBN 978-3-608-40075-5
E-Book ISBN 978-3-608-11967-1
PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20597-8

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

Vorwort

Im Jahr 2020 nahmen sich in Deutschland über 9000 Menschen das Leben.¹ Aus der Forschung ist bekannt, dass Suizidversuche als Risikofaktor für weitere Suizidversuche wirken. Symptomatisch betrachtet sind zudem suizidale Gedanken, Absichten und Pläne weiter verbreitet als Suizidversuche. Dennoch werden suizidale Krisen oft nicht entdeckt, auch wenn Patienten² Kontakt mit Haus- und Fachärzten oder mit Psychotherapeuten im Versorgungssystem haben. Daraus ergibt sich zuerst und insbesondere für alle professionellen Fachkräfte im ambulanten und stationären Sektor eine besonders hohe Anforderung und Verantwortung hinsichtlich der Implementierung verschiedener fachlicher Methoden der Suizidprävention. International bestehen bereits Leitlinien, welche ein genaues klinisches Fallmanagement bei suizidalen Krisen vorgeben. Strukturiertes und institutionalisiertes Suizidmanagement ist grundsätzlich auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Berufsfachgruppen in Psychiatrie und Psychotherapie ausgelegt. Der Anwendung von psychopathologischen Messinstrumenten, z. B. zum Risikoassessment und dem klinischen und psychotherapeutischen Fallmanagement eines suizidal eingestuften Patienten, sollte ein größerer Stellenwert eingeräumt werden. Aus unserer Sicht ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung der akuten suizidalen Krise ein wichtiger methodischer Baustein des allgemeinen klinischen Suizidmanagements. Es stehen noch immer wenige manualisierte Therapieprogramme zur Verfügung, die in der klinischen Routine Anwendung finden. Neben der leitliniengerechten Behandlung der häufig zugrunde liegenden psychiatrischen Erkrankung gehört die spezifische Behandlung der suizidalen Krise selbst in den Mittelpunkt des strukturierten Suizidmanagements. Hier möchte unser Manual eine Lücke schließen. Unser Buch bietet ein Programm, welches im psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsalltag als strukturierte Einzel- und Gruppentherapie eingesetzt werden kann. Da die Gruppentherapie als Setting in der psychiatrischen Routineversorgung eine große Rolle spielt, ist es uns ein wichtiges Anliegen, hierfür Behandlungsmodule zur Verfügung zu stellen. Bei der Gelegenheit möchten wir auf das neue nationale E-Learning-Programm SUPRIMA Campus verweisen (<https://elearning.suprima-campus.de/>), welches kostenlos in drei Modulen (vier Stunden) Lehrinhalte und Lehrvideos zur Verfügung stellt, um die Grundlagen von Suizidalität, der Erhebungsinstrumente und der interdisziplinären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung zu erlernen oder zu vertiefen.

1 www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/suizide.html (letzter Zugriff: 26. 07. 2022)

2 Zur besseren Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen und personenbezogenen Begriffen überwiegend die Pluralform verwendet. Entsprechendes gilt im Sinne der Gleichbehandlung grundsätzlich für alle Geschlechter. Dies beinhaltet keine Wertung.

Einleitung

Dieses Manual bietet Behandlungsmodule zur Therapie von Menschen, die suizidale Symptome erleben, chronisch suizidal sind oder sich in einer suizidalen Krise befinden. Es richtet sich an Behandelnde mit verschiedenem therapeutischem Hintergrund und kann sowohl in einzeltherapeutischen als auch in Gruppensettings sowie in stationären Behandlungen eingesetzt werden. Das Manual nutzt ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen. Berücksichtigt wird vor allem die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (IPTs) als Orientierung gebender theoretischer Unterbau bzw. Erklärungs- und Prognoseansatz, um Suizidalität zu verstehen sowie erneute Risikosituationen schneller erkennen und bewältigen zu können.

Angelegt ist dieses Manual vor allem zur Anwendung in einer Gruppe mit einer Dauer von 90 Minuten und zwei zehnminütigen Pausen. Im Setting einer Klinik wird eine Frequenz von zwei bis drei Sitzungen pro Woche empfohlen. Die zeitliche Gestaltung sollte den Verweildauern in psychiatrischen Einrichtungen entsprechen und je nach Dauer des Aufenthaltes auch eine Nachsorge bieten. Die Taktung der Sitzungen ist zudem im Sinne der engmaschigeren Versorgung der suizidalen Patienten, von denen bekannt ist, dass sie meist einen Verlust von Bindung erleben und so eine regelmäßige Bezugsgruppe erleben können. Die sitzungsinterne Gestaltung sollte der Tatsache Rechnung tragen, dass das Thema »Suizid« oftmals als belastend sowie scham- und schuldbesetzt erlebt wird. Daher sollte den Patienten Zeit zur Emotionsregulation eingeräumt werden und Patienten mit kognitiven Defiziten, z. B. bei schweren depressiven Episoden, sollten eine Ruhepause erhalten. Im Einzelsetting kann und sollte die Sitzungsfrequenz an den individuellen Bedarf angepasst sein.

Suizidales Erleben und Verhalten werden meist als Teil einer psychischen Störung aufgefasst, demzufolge wird die »zugrunde liegende« Störung behandelt. Mit Blick auf die Forschungskriterien des DSM-5 wird jedoch sichtbar, dass es sich bei suizidalem Erleben und Verhalten auch um ein eigenes Syndrom handeln kann. Meerwijk et al. (2016) plädieren aufgrund der Auswertung im Rahmen einer Metaanalyse für eine spezifische Intervention bei suizidalen Gedanken und Verhalten.

Häufig werden gruppentherapeutische Angebote in Kliniken gemacht, ohne die Indikation einer Gruppe zu klären. In diesem Zusammenhang sei auf die Untersuchung von Méndez-Bustos et al. (2019) verwiesen, die davon ausgehen, dass gruppentherapeutische Maßnahmen eine kosteneffektive und gleichzeitig mehr zu untersuchende Behandlungsmodalität in Bezug auf Suizidalität darstellen. Insgesamt haben sich in der Kognitiven Verhaltenstherapie Interventionen bei der Behandlung suizidaler Krisen als wirksam bzw. vielversprechend erwiesen, welche Sicherungsstrategien/-pläne berücksichtigen, die unter anderem Warnsignale und Bewältigungsstrategien umfassen (O'Connor und Nock 2014). Demnach soll dieses Programm Behandlungsmodule spezifisch für suizidales Erleben und Verhalten bieten.

Inhalt

1	Suizidalität und Behandlungsleitlinien	11
2	Rechtliche Aspekte	15
3	Anforderungen an die Behandelnden	17
4	Theoretische Grundlagen	22
4.1	Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung	22
4.2	Das bio-psycho-soziale Modell	23
4.3	Psychologische Störungsmodelle	26
4.3.1	Cry of Pain-Modell	26
4.3.2	Integratives motivational-volitionales Modell suizidalen Verhaltens	27
4.3.3	Modell der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens	28
4.3.4	Self-Regulatory Executive Function(S-REF)-Modell	29
4.3.5	Der Modus-Begriff	31
5	Diagnostik von Suizidalität	33
6	Das Manual	41
6.1	Nutzung in der Einzel- und Gruppentherapie	41
6.1.1	Einzeltherapie und Gruppensetting	41
6.1.2	Instrumentelle Gruppenbedingungen	44
6.1.3	Verlauf der Sitzungen	48
6.2	Nutzung im multiprofessionellen Setting	50
6.3	Nebenwirkungen von Einzel- und Gruppentherapie	51
7	Behandlungsplan	56
7.1	Sitzung 1: Beziehungsaufbau und Gruppenkohäsion	56
7.1.1	Psychoedukation	59
7.1.2	Intervention	59
7.1.3	Hausaufgabe	63
7.1.4	Arbeitsmaterial	63
7.1.5	Anteil für den Notfallplan	64
7.2	Sitzung 2: Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens	65
7.2.1	Psychoedukation	65
7.2.2	Intervention	69
7.2.3	Hausaufgabe	70
7.2.4	Arbeitsmaterial	71
7.2.5	Anteil für den Notfallplan	71

7.3	Sitzung 3: Die individuelle Suizidgeschichte	72
7.3.1	Psychoedukation	72
7.3.2	Intervention	75
7.3.3	Hausaufgabe	78
7.3.4	Arbeitsmaterial	78
7.3.5	Anteil für den Notfallplan	78
7.4	Sitzung 4: Analyse des suizidalen Geschehens	79
7.4.1	Psychoedukation	79
7.4.2	Intervention	80
7.4.3	Hausaufgabe	83
7.4.3	Arbeitsmaterial	84
7.4.4	Anteil für den Notfallplan	85
7.5	Sitzung 5: Umgang mit Stressoren	85
7.5.1	Psychoedukation	86
7.5.2	Intervention	88
7.5.3	Hausaufgabe	90
7.5.4	Arbeitsmaterial	91
7.5.5	Anteil für den Notfallplan	91
7.6	Sitzung 6: Eigene Gefühle und Bedürfnisse berücksichtigen	92
7.6.1	Psychoedukation	92
7.6.2	Intervention	95
7.6.3	Hausaufgabe	97
7.6.4	Arbeitsmaterial	98
7.6.5	Anteil für den Notfallplan	99
7.7	Sitzung 7: Umgang mit Scham und Schuld	100
7.7.1	Psychoedukation	100
7.7.2	Intervention	101
7.7.3	Hausaufgabe	104
7.7.4	Arbeitsmaterial	104
7.7.5	Anteil für den Notfallplan	105
7.8	Sitzung 8: Mein Suizidaler Modus I	105
7.8.1	Psychoedukation	106
7.8.2	Intervention	107
7.8.3	Hausaufgabe	107
7.8.4	Arbeitsmaterial	108
7.8.5	Anteil für den Notfallplan	108
7.9	Sitzung 9: Mein Suizidaler Modus II	109
7.9.1	Psychoedukation	111
7.9.2	Intervention	111
7.9.3	Hausaufgabe	115
7.9.4	Anteil für den Notfallplan	115

7.10	Sitzung 10: Training wesentlicher Kompetenzen – Soziale Kompetenzen I	116
7.10.1	Psychoedukation	117
7.10.2	Intervention	118
7.10.3	Hausaufgabe	119
7.10.4	Arbeitsmaterial	119
7.10.5	Anteil für den Notfallplan	120
7.11	Sitzung 11: Training wesentlicher Kompetenzen – Soziale Kompetenzen II	121
7.11.1	Psychoedukation	121
7.11.2	Intervention	121
7.11.3	Hausaufgabe	122
7.11.4	Arbeitsmaterial	122
7.11.5	Anteil für den Notfallplan	123
7.12	Sitzung 12: Training wesentlicher Kompetenzen – Problemlösen I	123
7.12.1	Psychoedukation	124
7.12.2	Intervention	126
7.12.3	Hausaufgabe	129
7.12.4	Arbeitsmaterial	130
7.12.5	Anteil für den Notfallplan	130
7.13	Sitzung 13: Training wesentlicher Kompetenzen – Problemlösen II	131
7.13.1	Psychoedukation	131
7.13.2	Intervention	132
7.13.3	Hausaufgabe	135
7.13.4	Arbeitsmaterial	136
7.13.5	Anteil für den Notfallplan	136
7.14	Sitzung 14: Mein Notfallkoffer I	137
7.14.1	Psychoedukation	138
7.14.2	Intervention	138
7.14.3	Hausaufgabe	141
7.14.4	Arbeitsmaterial	142
7.15	Sitzung 15: Mein Notfallkoffer II	143
7.15.1	Psychoedukation	143
7.15.2	Intervention	143
7.15.3	Hausaufgabe	144
7.15.4	Arbeitsmaterial	145
7.16	Sitzung 16: Abschluss der (Gruppen-)Therapie	145
7.16.1	Psychoedukation	146
7.16.2	Intervention	146
7.16.3	Arbeitsmaterial	148
8	Super- und Intervention	149
	Literatur	153

ANHANG

Arbeitsblatt 1: »Sicherer Ort«	163
Arbeitsblatt 2: »Mein Notfallplan«	165
Arbeitsblatt 3: Non-Suizid-Vertrag	168
Arbeitsblatt 4: Verlauf der Therapie (Flipchart)	170
Arbeitsblatt 5: Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (Flipchart)	171
Arbeitsblatt 6: Risikofaktoren, die zu meinem Suizidversuch geführt haben	173
Arbeitsblatt 7: Verhaltensanalyse	175
Arbeitsblatt 8: Verhaltensanalyse	177
Arbeitsblatt 9: Eigenes Verhalten verstehen	179
Arbeitsblatt 10: Stresserleben (Flipchart)	181
Arbeitsblatt 11: Umgang mit Stress (Informationsblatt)	182
Arbeitsblatt 12: Stresserleben	184
Arbeitsblatt 13: Emotionen und Bedürfnisse (Flipchart)	186
Arbeitsblatt 14: Versorgung eigener Emotionen	187
Arbeitsblatt 15: Wie gehe ich mit meinen Gefühlen um?	189
Arbeitsblatt 16: Mein Suizidaler Modus	190
Arbeitsblatt 17: Umgang mit schwierigen sozialen Situationen (Informationsblatt)	192
Arbeitsblatt 18: Beziehungen aufbauen und aufrechterhalten	194
Arbeitsblatt 19: Um Sympathie werben	195
Arbeitsblatt 20: Rechte einfordern	196
Arbeitsblatt 21: Unberechtigte Forderungen ausschlagen	197
Arbeitsblatt 22: »Was ist mir wichtig?«	198
Arbeitsblatt 23: Modus-Interview mit Suizidalem Modus	199
Arbeitsblatt 24: »Was hilft mir?«	201
Arbeitsblatt 25: Nutzen eigener Stärken zur Problemlösung (Hausaufgabe)	202
Arbeitsblatt 26: Mein Notfallkoffer	204

1 Suizidalität und Behandlungsleitlinien

Das folgende Kapitel soll eine Übersicht über die leitliniengerechte Behandlung psychischer Störungen geben, bei denen Suizidalität ein mögliches klinisches Phänomen darstellt. Zudem werden Leitlinien berücksichtigt, in denen die Behandlung von Suizidalität explizit erwähnt wird. Es soll den Behandelnden Orientierung zur Planung und Durchführung der Therapie geben und gleichzeitig den Referenzrahmen der Evidence-based Medicine/Psychotherapy für dieses Buch aufzeigen. Ebenfalls können die dargestellten Bezüge zur Planung der Behandlung, für den Bericht an den Gutachter bei einer ambulanten Psychotherapie und zum besseren Verständnis von Suizidalität als Phänomen bei psychischen Störungen genutzt werden.

Die moderne Medizin und Psychotherapie ist auf eine leitliniengerechte Behandlung ausgelegt (Flückiger 2020). Ziel ist es, Evidenz für die Behandlung von psychischen Störungen zu sammeln und daraus konkrete Behandlungsempfehlungen abzuleiten. In diesem Zusammenhang ist auch die Qualitätssicherung von Psychotherapie zu erwähnen. In den Leitlinien befinden sich entsprechende Behandlungsstandards, an denen sich die Qualität einer Psychotherapie messen lassen kann und muss. Mit unterschiedlichem Evidenzgrad werden bestimmte Behandlungsmethoden und -techniken als Behandlungsstandards ausgewiesen, für die es eine ausreichende wissenschaftliche Evidenz zur Wirksamkeit gibt.

Konkrete Empfehlungen zur Behandlung von suizidalen Krisen werden (zum Zeitpunkt der Recherche für dieses Buch) in den Leitlinien marginal bei verschiedenen Störungsbildern berücksichtigt. Eine eigene Leitlinie zum Umgang mit suizidalen Krisen bei Erwachsenen fehlt bisher. Da dieses Buch auf die Behandlung erwachsener Patienten ausgerichtet ist, können keine unmittelbaren Bezüge zu den Leitlinien hergestellt werden. Der Umgang mit Suizidalität und suizidalen Krisen bei Kindern und Jugendlichen hat eine eigene Leitlinie erhalten (DGKJP 2016).

In verschiedenen Störungsbildern spielt Suizidalität eine unmittelbare Rolle. Dabei kann es sich je nach Störung um ein eigenes Symptom handeln (z.B. Depression und Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ) oder die Störung stellt einen Risikofaktor dar, unter dem Suizidalität erhöht ist (z.B. Depression). Auch kann Suizidalität als weiteres Symptom im Störungsverlauf auftreten (z.B. imperative Stimmen im Rahmen einer psychotischen Störung).

Die Leitlinien zur »Unipolaren Depression« und zur »Notfallpsychiatrie« widmen dem Thema Suizidalität größere Aufmerksamkeit (Pajonk et al. 2019; Schneider et al.

2017). Die wesentlichen Weisungen befassen sich mit der Exploration suizidaler Symptome zur Risikoeinschätzung. Eine Leitlinie zum »Umgang mit Suizidalität« wurde am 11.01.2021 mit geplanter Fertigstellung zum 30.09.2024 eingereicht³.

Die oben genannten Empfehlungen zum Umgang mit Suizidalität sind in Tabelle 1-1 zusammengefasst und greifen wesentliche Punkte auf, ohne den Anspruch zu haben, diese erschöpfend darzustellen. Diese Übersicht soll lediglich einen Überblick bieten und dazu anregen, sich mit den entsprechenden Behandlungsempfehlungen auseinanderzusetzen.

In den Leitlinien wird insgesamt auf eine gute therapeutische Beziehung abgezielt und die Entaktualisierung der Krise fokussiert. Zusätzlich wird für eine Entlastung der betroffenen Person und die Sicherung über das Setting, z. B. über eine stationäre Aufnahme, plädiert. Die in diesem Buch vorgestellten Maßnahmen orientieren sich an den Empfehlungen der Leitlinien, die damit auch den Rahmen des vorliegenden Programms bilden. Aufgrund der entsprechenden Evidenz, die den Leitlinien zugrunde liegt, wird bei Fragen zur Wahl des Settings und Hinweisen zu Diagnostik und Therapie (psychotherapeutisch und pharmakologisch) auf deren Lektüre verwiesen.

ZUSAMMENFASSUNG

In diesem Kapitel wurde dargelegt, inwieweit und mit welchen Empfehlungen Suizidalität in den Behandlungsleitlinien vertreten ist. Eine eigene Leitlinie zum Management von Suizidalität war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Manuals noch nicht erschienen. In verschiedenen Leitlinien zu Störungsbildern wird das Vorgehen bei Suizidalität aufgegriffen. Gleiches gilt in Bezug auf die Notfallpsychiatrie und die psychosozialen Therapien bei schweren psychischen Störungen. Die Empfehlungen der Leitlinien umfassen eine Risikoabschätzung, den Einsatz entsprechender Medikamente (v. a. Lithium und Benzodiazepine; Beachten der Letalität von Substanzen) und die Gestaltung/Herstellung einer angemessenen Beziehung zur Reduktion suizidaler Tendenzen. Psychotherapeutische Empfehlungen umfassen Psychoedukation, den Aufbau von Problemlösefertigkeiten, soziale bzw. Kommunikationskompetenzen und das Management/Erkennen von Warnsignalen. Neben psychodynamischen und gruppentherapeutischen Ansätzen wird als vorrangiges Verfahren die Kognitive Verhaltenstherapie empfohlen.

3 www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1l/038-028.html; letzter Zugriff: 19.05.2022

Leitlinie	Evidenz-grad	Hinweise der Leitlinie
Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression (Schneider et al. 2017)	S3	Ausprägungen und Risikofaktoren, Prävention und Notfallintervention, Nachsorge und Kontaktangebot; Indikation für eine stationäre Behandlung; Pharmakotherapie (u. a. Antidepressiva [nicht zur Behandlung akuter Suizidalität], Stimmungsstabilisierer [besonders Lithium], ggf. Benzodiazepine [nicht länger als 14 Tage akut]), Beachtung der Letalität einiger Substanzen; Krisenintervention und spezifische Psychotherapie (v. a. Kognitive Verhaltenstherapie, Problemlösetherapie, psychodynamische Kurzzeittherapie); Nachuntersuchungen (z. B. zeitnah nach Entlassungen, da das Risiko nach stationären Aufenthalten erhöht ist); Fokus auf Entlastung und Förderung der therapeutischen Beziehung
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/nvl-005.html (letzter Zugriff: 19.05.2022)		
Diagnostik und Therapie Bipolarer Störungen (Pfennig et al. 2012)	S3	potenziell antisuizidale Wirksamkeit von Medikamenten (v. a. Lithium); weitere Empfehlungen zu Psychopharmaka decken sich mit der Leitlinie zur Unipolaren Depression (Prävention und Psychotherapie, Psychoedukation, Einbezug der Familie, Problemlösefertigkeiten und Kommunikationsstrategien, Erfassung von Warnsignalen)
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-019.html (letzter Zugriff: 19.05.2022)		
Schizophrenie (Gaebel et al. 2019)	S3	erhöhtes Risiko bei schizophrenieformen Störungen und damit entsprechendes Risikotracking/-management (ggf. 1 : 1-Betreuung); Suizidprophylaxe in der Remissionsphase und nach der Stabilisierungsphase; Indikation einer Elektrokonvulsionstherapie (EKT) bei Schizophrenie mit depressiver Verstimmung mit Suizidalität; Verweis auf hohes Risiko für Suizidalität bei Akathisie und komorbidem Substanzkonsum (diesen reduzieren) sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW); Einzel- oder Gruppenangebote für Hinterbliebene; externe Supervision
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html (letzter Zugriff: 19.05.2022)		
Notfallpsychiatrie (Pajonk et al. 2019)	S2k	Suizidalität gilt als einer der psychiatrischen Notfälle, Einschätzung des Risikos (u. a. häufiges Unterschätzen in der Notaufnahme), jede Aussage hinsichtlich Suizidalität sollte ernst genommen werden (es bleibt auch trotz eines ausführlichen Vorgehens eine Restunsicherheit bei Absprachen mit Patienten); Hinweise zu diagnostischem Vorgehen einschl. kritischer Anmerkung zu selbsteinschätzenden Fragebögen, Hinweise zur bisher geringen Evidenz zu Therapien; rechtliche Hinweise und Möglichkeiten bei suizidalen Menschen, die nicht in Untersuchung

Leitlinie	Evidenzgrad	Hinweise der Leitlinie
		und Behandlung einwilligen; Aufnahme einer offenen, akzeptierenden therapeutischen Haltung; Einleitung einer akuten Behandlung und aufbauend eine Behandlung der Grunderkrankungen; Hinweise zum Vorgehen in verschiedenen Settings – akute Suizidalität ist Aufgabe der Psychiatrie
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-023.html (letzter Zugriff: 19.05.2022)		
Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen (Becker et al. 2018)	S3	Hinweise zu Risiken von Betroffenen und Angehörigen; Nutzen einer Therapie von Menschen, die Angehörige haben, die sich suizidierten (Verhaltenstherapie und Gruppentherapie); Psychoedukation bei schweren Störungen sollte das Risiko von suizidalen Krisen berücksichtigen; Allokation zu Behandlungen und Rehabilitationen in verschiedenen Settings unter Berücksichtigung, ob Suizidalität vorliegt
www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-020.html (letzter Zugriff: 19.05.2022)		
Persönlichkeitsstörungen (Borderline-Persönlichkeitsstörung) (DGPPN et al. 2015)	S2	Berücksichtigung von Suizidalität bei verschiedenen spezifischen Persönlichkeitsstörungen (Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung, Narzisstische Persönlichkeitsstörung); bei suizidalen Krisen sollten diese im Behandlungsansatz berücksichtigt und entsprechende Pläne zum Umgang mit suizidalen Krisen angefertigt werden; keine gesicherte Evidenz zu pharmakologischen Behandlungsansätzen (aufgrund von Studienbedingungen bezüglich der Patienten in akuten Krisen); klare Absprachen im Umgang mit suizidalen Krisen (suizidale Krisen haben in der Behandlung Vorrang); hohe Evidenz für Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) und Übertragungsfokussierte Therapie (Transference-focused Psychotherapy, TFP) jeweils bei der Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ; Risiko der Letalität bei bestimmten Psychopharmaka ist zu berücksichtigen Für einzelne Persönlichkeitsstörungen liegen unterschiedliche Evidenzgrade zugrunde; die Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ erhält eine eigene Leitlinie und befand sich zum Zeitpunkt der Recherche für dieses Buch in Bearbeitung mit geplanter Fertigstellung zum 31.12.2021
www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/II/038-015.html (letzter Zugriff: 19.05.2022)		

Tab. 1-1: Übersicht über aktuelle Leitlinien, die suizidale Symptome, Krisen und deren Behandlung einbeziehen

2 Rechtliche Aspekte

Suizidalität gilt als einer der Notfälle in der Psychiatrie und Psychotherapie. Demzufolge kann es für Behandelnde wichtig sein, sich rechtlich abzusichern, wenn suizidale Krisen in der Behandlung eine Rolle spielen. Zu nennen sind hier vor allen Dingen die Dokumentationspflicht, die Schweigepflicht und die notfallgemäße Unterbringung nach dem Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG).

Es ist zu fordern, bei suizidalen Krisen eine ausführliche Exploration der entsprechenden Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen, Risiko- und protektiven Faktoren vorzunehmen und zu dokumentieren. Dies ermöglicht einerseits eine angemessene Risikoabschätzung mit einem hohen fachlichen Standard einer notwendigen Diagnostik und das Stellen einer Indikation für ein angemessenes therapeutisches Vorgehen, andererseits kann diese Dokumentation im Fall eines rechtlichen Verfahrens als entsprechender Nachweis angeführt werden, wie mit der suizidalen Krise umgegangen worden ist.

Ebenfalls bietet es sich an, einen **Non-Suizid-Vertrag** (Arbeitsblatt 3)⁴ mit den Patienten zu vereinbaren und zu unterzeichnen. Dieser ist in seiner Anwendung jedoch kritisch zu betrachten (Dorrmann 2005). Bisher muss davon ausgegangen werden, dass die Evidenz für die therapeutische Wirkung solcher Verhaltensverträge gering ist (Kelly und Knudson 2000; Lewis 2007; McMyler und Pryjmachuk 2008; Schneider et al. 2017). Ein entsprechender Vertrag kann zwar die Selbstkontrolle erhöhen, sich nicht zu suizidieren und andere Maßnahmen zuvor zu ergreifen (Schneider et al. 2017; Teismann et al. 2016), verhindert jedoch nicht unbedingt einen Suizid (Althaus und Hegerl 2004). Dennoch kann er unter dem rechtlichen Aspekt nützlich sein: Er zeigt, dass Behandelnde die suizidale Krise erkannt, Maßnahmen getroffen und im Idealfall entsprechende Schweigepflichtsentbindungen eingeholt sowie Behandlungsmaßnahmen vereinbart haben. Die Anwendung eines Non-Suizid-Vertrags ist als Intervention zum Schutz der Patienten zu intendieren; er dient nicht zur juristischen Absicherung der eigenen Person (Dorrmann 2005). Da beide Vertragspartner unterschreiben, kann ein Non-Suizid-Vertrag auch in die Dokumentation aufgenommen und als Nachweis vorgelegt werden, wie mit der suizidalen Krise umgegangen wurde – unter Berücksichtigung der eben ausgeführten Einschränkung.

Mit einem solchen Vertrag sollte auch eine **Schweigepflichtsentbindung** eingeholt werden, um entsprechende Stellen kontaktieren zu können, wenn Patienten nicht

4 Sämtliche Arbeitsblätter befinden sich am Schluss dieses Buchs in einem Anhang.

erscheinen oder kein Notfall bzw. Gefahr im Verzug zu erwarten ist. Dies bietet einerseits Behandelnden Orientierung (»Was ist passiert, als die Patientin nicht kam?«) und bedingt andererseits ein höheres Commitment bei den Patienten (»Ich habe es meiner Behandlerin fest [vertraglich] zugesagt, dass ich mir nichts tue!«; »Wenn ich nicht erscheine, dann wird er meinen Mann anrufen, der sich dann auch noch Sorgen macht«). Patienten wissen damit auch, dass das soziale Umfeld gegebenenfalls involviert wird, was sich motivierend auswirken kann, um die Therapie weiterhin aufzusuchen.

Besteht akuter Handlungsbedarf oder ist Gefahr im Verzug, kann die Schweigepflicht gebrochen und das Ordnungsamt, der Rettungsdienst oder die Polizei informiert werden. In entsprechenden Fällen hat dies Vorrang vor dem Kontaktieren der Personen, die im Non-Suizid-Vertrag eingetragen wurden. Die Sicherung des Lebens der Patienten steht nun im Fokus. Eine Unterbringung kann über das Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) eingeleitet und begründet werden. Bei gerechtfertigtem Notfall entsteht kein strafrechtlich relevanter Bruch der Schweigepflicht (§ 203 StGB). Im Gegenteil: Behandelnde sind bei entsprechender Evidenz dazu verpflichtet, aktiv Maßnahmen zu ergreifen, um das Leben der Patienten zu schützen. Auch dies sollte im Non-Suizid-Vertrag vermerkt sowie mit den Patienten besprochen und vereinbart werden, damit diese über den möglichen Einbezug von Behörden oder des Rettungsdienstes informiert sind. Letzteres kann Patienten zusätzlich vermitteln, dass Behandelnde suizidale Krisen sehr ernst nehmen, um ihr Leben zu schützen. Allerdings ist den Patienten ebenfalls deutlich zu vermitteln, dass auf rechtlicher Grundlage Behörden und andere Helfersysteme auch dann einbezogen werden, wenn dem Non-Suizid-Vertrag nicht zugestimmt wurde.

ZUSAMMENFASSUNG

Rechtliche Aspekte, die es zu beachten gilt, sind das Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) zum konkreten Management von suizidalen Krisen, wenn beispielsweise eine stationäre Aufnahme gegen den Willen der Betroffenen erfolgen soll, die Dokumentationspflicht sowie die Schweigepflicht. Mit Ausnahme des PsychKG sind die Dokumentations- und Schweigepflicht Standards im klinischen Alltag (es muss jeden Tag dokumentiert werden, jeden Tag muss man bei der Familie über seine Fälle schweigen – sehr vereinfacht gesagt). Die Anwendung des PsychKG stellt im Vergleich einen selteneren Fall dar und ist im Rahmen suizidaler Krisen, bei gegebenem Risiko oder zur notwendigen Veränderung des Settings der Behandlung angezeigt. Allerdings gibt es auch Behandlungssettings, in denen das PsychKG zur täglichen Arbeit gehört.

3 Anforderungen an die Behandelnden

Die Behandlung von Menschen in suizidalen Krisen stellt hohe Anforderungen an die Therapeuten. Erforderlich sind u.a. diagnostische Kompetenzen, vor allem zur präzisen Risikoabschätzung, und entsprechende therapeutische Kompetenzen zur Intervention. Tabelle 3-1 gibt eine Übersicht über die Fertigkeiten, die für die Anwendung dieses Manuals als hilfreich bzw. nötig erachtet werden. Bei einigen Problemstellun-

Ebene	Fertigkeiten im Rahmen dieses Programms
Beziehungsmerkmale	Empathie, Echtheit, Transparenz (sensu Rogers 2010), Validierung (DBT sensu Linehan 1993), »Gemeinsam gegen die Störung«-Haltung, »Alle Karten auf den Tisch«-Haltung (sensu Teismann et al. 2016)
Basistechniken (der Kognitiven Verhaltenstherapie)	Verhaltens-, Situations-, Problem- und Plananalysen (Letztere sensu Caspar 2018); Exploration, sokratischer Dialog sowie Motivational Interviewing (sensu Rollnick und Miller 1995)
Störungsspezifische Techniken ¹	emotionsfokussierte Techniken zur Aktivierung von und den Umgang mit Modusaktivierungen (sensu Roediger 2016; Young et al. 2005), Aufbau von Problemlösestrategien (u. a. sensu D’Zurilla und Goldfried 1971 und sensu Kanfer et al. 2012) und sozialen Kompetenzen (u. a. sensu Hinsch und Pfingsten 2015) bezüglich Thwarted Belongingness und Perceived Burdensomeness (→ Kap. 4)
Stundenstrategie	durch das Manual werden entsprechende Stundenstrategien vorgeplant: Beginn der Sitzung mit Blitzlicht zum aktuellen Befinden, Besprechen der Hausaufgaben, Psychoedukation und Intervention sowie Blitzlicht zum Befinden am Ende der Sitzung
Prozessstrategie	durch das Manual wird die entsprechende Abfolge der Behandlungselemente vorgeplant
Heuristik	das Manual nutzt <i>theoretische</i> und <i>störungsspezifische Modelle</i> aus der Forschung zu Suizidalität, aus der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und vorwiegend aus zwei »Dritte Welle«-Verfahren der KVT, nämlich Schematherapie und Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT)

¹ An dieser Stelle sei erneut angemerkt, dass es sich bei Suizidalität um kein eigenes Störungsbild handelt. Entsprechend aufgelistete Techniken beziehen sich auf das Vorgehen im Rahmen dieses Manuals.

Tab. 3-1: Mehrebenen-Modell psychotherapeutischer Kompetenz (nach Linden et al. 2007)

gen und Fragen bezüglich einzelner Komponenten kann auch eine Super- und Intervention als hilfreich erlebt werden (→ Kap. 8). Gemäß dem Vorgehen von Linden et al. (2007) werden die Anforderungen an die Behandelnden auf verschiedenen Ebenen analysiert und mit den korrespondierenden Fertigkeiten besetzt, die in der Arbeit mit diesem Manual hilfreich sind.

Zudem sei an dieser Stelle auf die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und die therapeutische Haltung hingewiesen. Es empfiehlt sich, einer motivorientierten Beziehungsgestaltung (Sachse 2018; Sachse et al. 2011) zu folgen. Die Patienten, die sich in aktuellen psychischen Krisen befinden, erleben sich – gemäß den theoretischen Erwartungen – vor allen Dingen als Last, ausgeschlossen und haben bereits Erfahrungen mit Schmerz, suizidalen Verhaltensweisen und seelischem Leid gemacht. Dabei ist zu beachten, dass auch sozialer Ausschluss zu einer Veränderung des Schmerzerlebens führen kann (Bernstein und Claypool 2012; Eisenberger 2012a, b). Um weiteres Erleben von Insuffizienz, Ablehnung, Fremdartigkeit, Schmerz und ähnlichen Gefühlen zu reduzieren, wird empfohlen, sich an den Motiven der Patienten zu orientieren, wie dies beispielsweise in den Ansätzen zur klärungsorientierten Therapie nach Sachse (Sachse 2018; Sachse et al. 2011), der Plananalyse nach Caspar (2018) sowie der Schematherapie (Roediger 2016; Young et al. 2005) erfolgt. Hinsichtlich der therapeutischen Haltung geben Teismann et al. (2016) Empfehlungen: Sie beschreiben eine Haltung der Offenheit, Transparenz und Gemeinsamkeit bei gleichzeitiger Wahrung von Autonomie der Patienten. Diese Haltung folgt den Grundannahmen der Ethik in der Medizin nach Beauchamp und Childress (2001), welche die wesentlichen ethischen Prinzipien Fürsorge, Schadensvermeidung, Gerechtigkeit und Autonomie der Patienten beschreiben, und weist Bezüge zur therapeutischen Haltung der Gesprächspsychotherapien nach Rogers (2010) auf.

Die folgenden Hinweise zur Einnahme der eigenen therapeutischen Haltung beziehen sich auf die ethischen Prinzipien in der Medizin (und Psychotherapie) nach Beauchamp und Childress (2001). Die aufgelisteten Aspekte sind dem Manual von Teismann et al. (2016) entlehnt, welche die Haltung differenziert darstellen. Die unten aufgelisteten Aspekte sind gemäß den theoretischen Annahmen des Programms (→ Kap. 4) modifiziert.

Herstellen einer therapeutischen Beziehung Die Herstellung einer stützenden therapeutischen Beziehung wird bereits in den Leitlinien erwähnt (→ Kap. 1). Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit sollte durch die therapeutische Beziehung zumindest teilweise befriedigt werden (Joiner et al. 2009). Gemäß der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens (Joiner 2005) dürften damit suizidale Wünsche reduzierbar sein, da Patienten einen zwischenmenschlichen Kontakt erhalten, jemanden, der sich für sie interessiert und sie annimmt, wie sie sind. Auch an dieser Stelle sei auf die Orientierung an den Grundbedürfnissen verwiesen (Grawe 2004; Roediger 2016; Young et al. 2005). Patienten erhalten mit den Behandlern vorübergehend einen festen Bezugspunkt. Jemanden, an den sie sich in Krisen wenden können. Das Interesse an den Patienten und ihrem Wohlergehen sollte expliziert werden. Es ist darauf zu achten, dass aus-

reichend Zeit und Ruhe für Gespräche bestehen, denn Störungen, Unterbrechungen oder Zeitdruck können das Vertrauen in den Therapeuten infrage stellen (Teismann et al. 2016). Gemäß den Interaktionsvorschlägen nach Jobes (2016) könnte sich der Behandelnde z.B. neben den Patienten setzen und mit ihm gemeinsam eine Risikoeinschätzung vornehmen. So wird eine Haltung eingenommen, die einem »Wir gemeinsam gegen die Krise« entspricht. Im Sinne des »Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy« (CBASP; McCullough 2006) kann ein diszipliniertes persönliches Einlassen des Therapeuten genutzt werden, in dem Patienten Ansichten und Erleben der Behandelnden erfahren, die diese zielführend nutzen können, um einerseits Nähe aufzubauen und andererseits ein Gefühl für die Lösbarkeit des Problems etablieren zu können.

Autonomie der Patienten Es ist wichtig, den Patienten und seinen Wunsch, sterben zu wollen, ernst zu nehmen und respektvoll mit ihm umzugehen. Dabei kann es hilfreich sein, sich in seine Lage hineinzusetzen und den Lösungsversuch (Suizid) nachzuvollziehen. So werden Autonomie und Kontrolle als wesentliche Grundbedürfnisse in der Psychotherapie berücksichtigt (Grawe 2004; Young et al. 2005). Die Behandelnden sollten dazu in der Lage sein, den Patienten in seiner Situation zu verstehen und zu validieren. Dabei ist nicht vorgesehen, dass sie den Lösungsversuch der Patienten gutheißen. Bei allen suizidalen Patienten ist davon auszugehen, dass eine Ambivalenz vorliegt, wenn sie zur Therapie kommen. Eine validierende und respektvolle Haltung der Behandelnden ermöglicht es ihnen, eher deren lebensbejahende Sichtweise anzunehmen. Auf der Interaktionsebene ist ein Wechsel zwischen Rückzug und Widerstand seitens der Behandelnden zu beachten, zwischen Nähe und dem Setzen von Grenzen (Teismann et al. 2016). Behandelnde sollten flexibel wechseln können, um den Patienten Raum für eigene Absichten und Wünsche zu lassen. Die persönliche Wahlfreiheit einer Lösungsstrategie der Patienten muss respektiert und betont werden. In der Gesprächsführung kann dabei auf das »Motivational Interviewing« (Rollnick und Miller 1995) zurückgegriffen werden. Auch ein Fokus auf die Ressourcen, Kompetenzen und die Selbstwirksamkeit der Patienten ist förderlich und kann für die Patienten erlebbar gemacht werden. Dies ist in der Interaktion mit den Behandelnden realisierbar, wenn Patienten sich und ihre Ansichten sowie Lösungsvorschläge explizieren können. Zur Wahrung der Autonomie gehört es auch, die Patienten über die Behandlung und die gegebenenfalls einzuleitenden Schritte aufzuklären. Zu empfehlen ist hier eine »Alle Karten auf den Tisch«-Haltung (Joiner et al. 2009), d.h., dass der Therapeut offen alle Aspekte der Behandlung anspricht. Dabei ist auch an das Bedürfnis nach Orientierung zu denken (Grawe 2004). Schwierige Aspekte wie eine Einweisung in die Psychiatrie, die Verlegung auf eine geschützte Station oder das Brechen der Schweigepflicht wären hier zu explizieren. Den Patienten sollte vermittelt werden, dass nicht jede Äußerung unmittelbar zu einer Einweisung führen muss, wie meist befürchtet, und weiterhin ein gutes Verhältnis zwischen ihnen und den Behandelnden bestehen bleibt, auch wenn sie schwierige Themen oder Aspekte ihres Erlebens äußern. Sie werden demzufolge über die Risikoabschätzung der Behandelnden, den Fortgang der Kriseninterven-

tion und die Behandlung informiert (Rudd et al. 2009). Ergänzend kann der Eindruck zum angenommenen Stadium der Veränderung vermittelt werden (→ transtheoretisches Modell der Verhaltensänderung, Kap. 4.1, und Abb. 4-1). Insgesamt ist die hier vorgeschlagene Haltung mit dem Prinzip der *informed consent* (informierte Einwilligung) in Verbindung zu bringen: Patienten sind über alle Behandlungen aufzuklären, damit sie eigenständig darüber entscheiden bzw. mitentscheiden können (Tress und Erny 2008; spezifischer für suizidale Patienten z. B. Rudd et al. 2009).

Nicht-Schädigung Eine medizinisch-psychotherapeutische Behandlung sollte zu keiner Verschlechterung führen bzw. nicht schädlich sein. Bei einigen operativen Eingriffen können iatrogene Schäden entstehen, das ist nicht auszuschließen. Jedoch sollte eine Behandlung immer darauf abzielen, den damit verbundenen möglichen Schaden mindestens gering zu halten. Im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist über die Behandlung und alle ihre Aspekte aufzuklären (Patientenrechtegesetz § 630e BGB, Aufklärungspflichten). Auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung kann unerwünschte Nebenwirkungen haben (→ Kap. 6.3). Das beste Beispiel ist der nach Grawe (2000) beschriebene Wirkfaktor der Problemaktualisierung. In einer Therapie können unangenehme bzw. belastende Erlebensaspekte deutlicher werden – und müssen es je nach therapeutischer Situation auch, um das Problem bewältigen zu können, z. B. bei Expositionen in der Verhaltenstherapie oder konfrontativem Vorgehen in psychodynamischen Therapien. Auch kann dadurch die Motivation zur Verhaltensänderung bedingt werden (Motivationale Klärung). Sowohl Problemaktualisierung als auch Motivationale Klärung stellen Wirkfaktoren nach Grawe (2000) dar, die im therapeutischen Prozess wichtig sind. Die Furcht vor Schädigung durch Induktion von Suizidgedanken, bei der Exploration von suizidalen Gedanken, lässt sich anhand der aktuellen Studienlage relativieren (DeCou und Schumann 2018; → auch Kap. 5; für eine hochstandardisierte Gruppentherapie → auch Miegel et al. 2022). Das Ansprechen von belastenden und traumatischen Inhalten, die Arbeit mit belastenden Kognitionen und Emotionen sind ein Teil der Therapie und mit dem ethischen Prinzip der Fürsorge abzuwägen. Vereinfacht gesagt rechtfertigt der langfristige Nutzen die möglichen Kosten der vorübergehenden Belastung.

Umgang mit Risikosituationen Unter diesen Aspekt fallen die Erreichbarkeit zwischen Sitzungen, der Umgang mit parasuizidalem Verhalten, die Veränderung des Settings und die Wahrung der Autonomie der Patienten. Verschiedene Ansätze aus unterschiedlichen therapeutischen Richtungen schlagen z. B. eine Erreichbarkeit zwischen Therapiesitzungen vor, wenn Patienten in eine Krise geraten und keine Ressourcen bzw. Möglichkeiten haben, die Krise selbst zu bewältigen. Im Fall der DBT wird ebenfalls vereinbart, unter welchen Umständen Patienten die Behandelnden kontaktieren dürfen, z. B. 24 Stunden nach Selbstverletzungen (Linehan 1993). Es ist den Patienten gegenüber transparent zu vermitteln, wie und ob sie die Therapeuten zwischen den Sitzungen erreichen können (z. B. per Telefon oder E-Mail). Dabei kann auch abgesprochen werden, ob und inwieweit die Behandelnden antworten oder antworten können

bzw. möchten (eigene realistische Grenzen der Behandelnden – ausreichende Psychohygiene).

ZUSAMMENFASSUNG

Vorgestellt wurde hier als Rahmen für die psychotherapeutischen Anforderungen die Systematik von Linden et al. (2007). Im Kern handelt es sich bei diesem Programm um ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Vorgehen mit Elementen aus der Schematherapie und der Akzeptanz- und Commitmenttherapie (ACT). Es nutzt ein Vorgehen mit dem Fokus auf zwischenmenschlichem Erleben und emotionsfokussierten Techniken.

Darüber hinaus wurden allgemeine Faktoren zum Umgang mit Patienten in suizidalen Krisen ausgeführt. Hergestellt wird eine therapeutische Beziehung mit hoher Transparenz und Nähe bei gleichzeitiger Wahrung der Autonomie der Patienten. Über alle Aspekte der Behandlung und des Vorgehens sollte Transparenz geboten werden. Zudem ist an das ethische Prinzip der Nicht-Schädigung zu denken, vor allem wenn in der Therapie konfrontativer gearbeitet werden muss. Schließlich wurde ausgeführt, wie mit Risikosituationen umgegangen werden kann.

4 Theoretische Grundlagen

Im Folgenden werden verschiedene Modelle vorgestellt, die unter anderem als Störungsmodelle zur Beschreibung, Erklärung und Vorhersage suizidaler Gedanken und Handlungen dienen. Sie sollen ebenfalls im Sinne einer Makroanalyse nutzbar sein, um die (Vor-)Bedingungen sowie die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren suizidaler Gedanken und Handlungen verstehen zu können. An entsprechenden Stellen werden Hinweise gegeben, wie diese Modelle auch im Rahmen von Makroanalysen genutzt werden können.

4.1 Das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Als umfangreiches Rahmenmodell für dieses Buch dient das transtheoretische Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente (1982), welches den Ablauf der Veränderung menschlichen Verhaltens im und über den therapeutischen Prozess hinweg beschreibt, sowohl störungsübergreifend als auch losgelöst von klinischen Kontexten.

Das Modell versucht die verschiedenen Phasen der Veränderungen von Verhalten zu beschreiben, zu erklären und vorherzusagen. Es benennt fünf, in einigen Darstellungen auch sechs Phasen, in denen und über die hinweg Veränderungen stattfinden. Auch die Verläufe von Psychotherapien können durch dieses Modell beschrieben werden, eingeschlossen das Erkennen des Problems und das Aufsuchen einer Therapie:

1. Die erste Phase *Precontemplation* ist die Phase, in welcher noch kein Problembewusstsein besteht und z. B. dysfunktionales Verhalten weiter fortgesetzt wird, weil es in Bezug auf seine negativen Konsequenzen nicht als dysfunktional erkannt wird.
2. In der zweiten Phase, der *Contemplation*, wird eine Veränderung des aktuellen Denkens, Fühlens und Verhaltens als eine Alternative einbezogen, eine Verhaltensänderung wird in Erwägung gezogen.
3. Aufbauend auf der Entscheidung werden in der dritten Phase, der *Preparation*, Veränderungen emotional und kognitiv geprüft und geplant.
4. Diese in die Tat umzusetzen ist die Phase der *Action*.

5. In der fünften Phase, *Maintenance*, sind die vorgenommenen Veränderungen dann weiter aufrechtzuerhalten.
6. Eine mögliche sechste Phase ist die des Rückfalls, *Relapse*, bei der auf vorherige Stufen der Veränderung bzw. alte Muster zurückgegriffen wird.

Veränderungen sind also langfristig zu stabilisieren, um Rückfälle möglichst zu verhindern. Dieser Gedanke ist verhaltenstherapeutisch besonders von Kanfer et al. (2012) im Selbstmanagement-Ansatz berücksichtigt.

An dieser Stelle sei auch auf die Ausführungen von Teismann et al. (2016) verwiesen, die dieses Modell auf suizidale Prozesse und die Therapie von Suizidalität anwenden. Basierend auf diesen Überlegungen sollen in der folgenden Grafik die wesentlichen Elemente des transtheoretischen Modells mit den Überlegungen von Teismann et al. (2016) dargestellt werden (Abb. 4-1). Diese adaptierte Variante umfasst das gesamte transtheoretische Modell und skizziert, an welchen Stellen mit welchen suizidalen Symptomen zu rechnen ist und welche Interventionen denkbar sind.

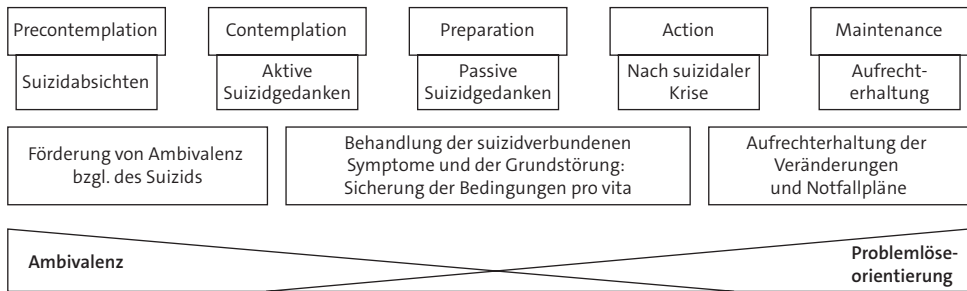


Abb. 4-1: Transtheoretisches Modell nach Prochaska und DiClemente (1982), adaptiert nach den Ausführungen von Teismann et al. (2016).

4.2 Das bio-psycho-soziale Modell

Das bio-psycho-soziale Modell ist eines der umfassendsten Modelle zur Beschreibung psychischer Störungen. Es ermöglicht einen differenzierten Überblick über Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen sowie deren Interaktion und ist besonders geeignet für ein multiprofessionelles bzw. interdisziplinäres Arbeiten, da Aspekte verschiedener Berufsgruppen in diesem Modell berücksichtigt werden können. Dieses Modell eignet sich besonders gut zur makroanalytischen Verhaltensanalyse.

Biologische Faktoren Genetische Faktoren und Dispositionen sind an dieser Stelle zu nennen, wie auch andere biologische Faktoren, die außerhalb der Person liegen. Bei

Menschen in suizidalen Krisen und mit bereits unternommenen Suizidversuchen weist die Studienlage auf eine genetische Häufung innerhalb von Familien hin (für eine ausführliche Übersicht → Hegerl und Rujescu 2017). Des Weiteren sind im Zusammenhang mit psychischen Störungen wie Schizophrenie, depressiven Störungsbildern und anderen affektiven Störungen möglicherweise diverse Transmittersysteme beteiligt, wobei von einer Dysregulation des serotonergen Systems bzw. Polymorphismen bei Serotonintransportern auszugehen ist (Capuzzi et al. 2020; de Medeiros Alves et al. 2015; Fanelli und Serretti 2019). Studien weisen ebenfalls darauf hin, dass auch das Temperament einen Einfluss auf suizidale Gedanken und Handlungen hat (Calati et al. 2008; Miettinen und Raevuori 2012; Vazquez et al. 2018). Als biologischer Umweltfaktor ist zudem auf den Anstieg suizidaler Handlungen im Frühjahr in einigen Regionen der Welt hinzuweisen, die von klimatischen Bedingungen und anderen sozialen Faktoren moderiert zu sein scheinen (Yu et al. 2020). Eine mögliche Erklärung stellt dabei die Veränderung der Transmitterbindung wie z.B. Serotonin dar (Praschak-Rieder et al. 2008).

Psychische Faktoren Diese umfassen z.B. einen ruminativen Denkstil (in einer Metaanalyse: Rogers und Joiner 2017; Rogers et al. 2021b; → auch Rogers et al. 2021a bezüglich suizidspezifischer Rumination), dissoziative Symptome (Lammers 2020; Pettorruso et al. 2020), Schamerleben (Lammers 2020), Impulsivität im Zusammenhang mit schmerzhaften und belastenden Ereignissen (Jordan et al. 2019), Aggression und Impulsivität im Zusammenhang mit Entzündungswerten (Coryell et al. 2018), Hoffnungslosigkeit (Brown et al. 2000; Pettorruso et al. 2020), schmerzhaftes und belastendes Ereignisse (Painful and Provocative Events, PPE; Ribeiro und Joiner 2009), Scham und Schuld (bei selbstverletzendem Verhalten: Sheehy et al. 2020; bei suizidalen Gedanken: Kealy et al. 2021), den Eindruck, anderen Menschen eine Last und sozial isoliert zu sein, veränderte Schmerztoleranz sowie verminderte Angst vor dem Tod bzw. vor dem Sterben (Joiner 2005; → auch Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens, Kap. 4.3.3; weitere Befunde → Sitzung 2, Kap. 7.2), das Erleben, vom Leben »in die Knie gezwungen« worden zu sein (Williams 2001, → Cry of Pain, Kap. 4.3.1; O'Connor 2011, → Integratives motivational-volitionales Modell, Kap. 4.3.2). Ein psychosozialer Faktor, der ebenfalls mit suizidalem Erleben verbunden ist, ist ein unsicheres Bindungsmuster. Das Verhalten unserer Umwelt in der frühen Kindheit prägt unser Erleben und Verhalten in Bindung. In einem Review konnte herausgestellt werden, dass die Wirkung unsicherer Bindung – vermittelt über hohe Selbstkritik, geringe Selbstkontrolle, maladaptive Schemata über die eigene Person, vermehrte interpersonelle Probleme, begrenzte Fähigkeit, sich zu öffnen (self-disclosure), interpersonelle Sensitivität, Aggression und geringe Soziabilität – einen Effekt auf suizidales Erleben hat (Green et al. 2020). Diese Wirkfolge liefert deutliche Evidenz, dass frühe Prägungen und die Entwicklung maladaptiver Schemata sowie soziale Kompetenzdefizite eine langfristige Wirkung auf suizidales Erleben haben können. Ein schematherapeutisches Vorgehen zur Behandlung erscheint unter Berücksichtigung dieser Evidenz und der Annahmen der Schematherapie sinnvoll (→ Kap. 4.3.5).

Soziale Faktoren Sie umfassen Probleme juristischer Natur und in Beziehungen (Overholser et al. 2012), Probleme in der Ehe, den Verlust von Arbeit, ein höheres Alter und das männliche Geschlecht (Steele et al. 2018) sowie Misshandlung und Missbrauchserfahrungen in der Kindheit (Angelakis et al. 2020), um nur einige Beispiele zu nennen.

Psychische und soziale Faktoren sind nicht immer klar zuzuordnen, wie z.B. das Erleben sozialer Isolation oder die Rolle in der Gesellschaft (älterer Mann).

Im Sinne einer Makroanalyse können diese angeführten Faktoren ebenfalls als bedingende, auslösende und aufrechterhaltende Faktoren verstanden und genutzt werden. In der Forschung zu Risikofaktoren in Bezug auf Suizidalität wird meist eine Einteilung in proximale und distale Faktoren vorgenommen (z.B. Forkmann et al. 2016; Teismann et al. 2016). Im Sinne der therapeutischen Arbeit mit Patienten wird auf die individuelle Verhaltensanalyse und die mit den Patienten gemeinsam erarbeiteten Faktoren verwiesen. Eine Kenntnis der Aufteilung dieser Risikofaktoren kann jedoch für die Arbeit eine nützliche Heuristik sein.

MERKE

Bei der Arbeit mit diesem Manual wird die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (IPTS) genutzt. Für die Arbeit mit den Patienten bietet sie einen wesentlichen theoretischen Hintergrund. Darüber hinaus sind weitere Modelle und Risikofaktoren im Hinterkopf zu behalten, wie oben beschrieben, um ein differenziertes Bild der Patienten und ihrer individuellen Störungsdynamik zu entwickeln und zu nutzen.

Protektive Faktoren Über die Forschung zu Risikofaktoren hinaus werden ebenfalls, jedoch seltener, protektive Faktoren untersucht (Teismann et al. 2016). Es liegt Evidenz für verschiedenen Faktoren vor, die von Johnson et al. (2011) in einem Review zusammengetragen wurden, z.B. Problemlösefähigkeiten, Selbstwerterleben, Selbstsicherheit in Bezug auf die Lösung von Problemen, allgemeine soziale Unterstützung, Untersetzung durch die Familie, den Partner und Bindung. Johnson et al. (2011) merken zudem an, dass Resilienz und Risiko gegenüber Suizidalität als Pole auf einem Kontinuum aufgefasst werden können. Es handelt sich dabei um eine Annahme der sogenannten Buffering-Hypothese. Diese besagt, dass ein gegebenes Risiko durch entsprechende Resilienzfaktoren ausgeglichen werden kann. Zahlreiche Faktoren der von Johnson et al. (2011) genannten Faktoren beziehen sich auf das zwischenmenschliche Erleben, auf das Erleben von Problemen und ob diese lösbar erscheinen. Unter Berücksichtigung der Buffering-Hypothese können mit der Förderung von sozialer Unterstützung Problemlösefähigkeiten, also die Resilienz, erhöht und das Risiko von Suizidalität verringert werden. Neuere Studien zeigen zudem einen schützenden Einfluss positiven emotionalen Wohlbefindens (Siegmann et al. 2018; Teismann et al. 2018), Lebenszufriedenheit und erlebter sozialer Unterstützung (Siegmann et al. 2018).

4.3 Psychologische Störungsmodelle

Es gibt zahlreiche psychologische Modelle, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung suizidaler Gedanken und Handlungen beschreiben, erklären und prognostizieren. Die nachfolgend beispielhaft dargestellten Modelle sollen den Behandelnden helfen, die Komplexität suizidalen Geschehens zu erfassen sowie auf verschiedene Patienten mit einem für diese passenden Modell reagieren zu können. Damit wird die Annahme getroffen, dass jedes Erklärungsmodell für sich und für unterschiedliche Patienten in verschiedenen Lebenssituationen plausibel erscheint. Dies soll ein *tailored treatment* ermöglichen. Im Verlauf dieses Buchs wird zunehmend Bezug auf die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens genommen (→ Kap. 4.3.3). Sie stellt die theoretische Grundlage für das gewählte Vorgehen in diesem Manual dar. Begründet wird dies mit der hohen Flexibilität, dem damit verbundenen Erklärungswert und der Evidenz durch bzw. für diese Theorie. Des Weiteren lassen sich aus diesem Modell explizit Behandlungsstrategien ableiten, die den aktuellen Entwicklungen der Verhaltenstherapie, wie integrativen Ansätzen, Fokus auf die therapeutische Beziehung und Techniken der »Dritten Welle«, gerecht werden.

4.3.1 Cry of Pain-Modell

Das Cry of Pain-Modell (Williams 2001) beschreibt das Erleben, niedergeschmettert und (vom Leben) besiegt worden zu sein (*defeat*), keinen Ausweg zu haben und aus dieser Situation nicht entkommen zu können (*entrapment*). Zudem wird postuliert, dass diese beiden Zustände nicht veränderlich sind und keine Rettung zu erwarten ist (*no rescue*). Kennzeichnend für die Annahmen des Modells ist darüber hinaus, dass das Denken zunehmend weniger auf mögliche positive Alternativen ausgerichtet werden kann und die Problemlösefertigkeiten eingeschränkt sind. Bildlich gesprochen engen sich das Denken und die Lösungsmöglichkeiten zunehmend ein. Die Forschung zu den Elementen *defeat* und *entrapment* liefert zunehmend Evidenz; neuere psychologische Modelle enthalten diese beiden Elemente ebenfalls (Teismann et al. 2016). Ableitbare Behandlungsannahmen berücksichtigen kognitive Elemente wie die Veränderung der aktuellen Perspektive, um z. B. neue Lösungen zu entwickeln (*defeated and entrapped*). Darüber hinaus kann im Sinne der Befunde von Beck (1979) an die Bearbeitung der Annahmen zur Hoffnungslosigkeit gedacht werden. Auch der Umgang mit den erlebten Problemen kann geübt werden, wobei hier auf Problemlösetrainings zurückgegriffen wird. Mit der angenommenen zunehmenden »Verengung« der Perspektiven und Problemlöseorientierung ist auch ein Suizidaler Modus denkbar (Rudd 2000). Dabei handelt es sich um einen spezifischen »Geisteszustand«, der auf das suizidale Erleben eingeengt ist (→ Sitzung 3, Kap. 7.3).

4.3.2 Integratives motivational-volitionales Modell suizidalen Verhaltens

Das Integrative motivational-volitionale Modell (O'Connor 2011) berücksichtigt verschiedene theoretische Annahmen und Forschungsbefunde (Abb. 4-2).

Zum einen geht es von einer prämotivationalen Phase der suizidalen Krise aus, die aus Vulnerabilität, Umweltfaktoren und Lebensereignissen besteht. In der motivationalen Phase wirken ein Erleben von *defeat* und *humiliation* (besiegt und erniedrigt), darauf aufbauend das Erleben von *entrapment* (Gefangensein) und daraus folgend Suizidgedanken und -absichten, die zu Suizidversuchen führen. *Defeat*, *humiliation* und *entrapment* stellen also bedingende Faktoren für suizidales Erleben und Verhalten dar. Diese werden von weiteren Faktoren moderiert bzw. beeinflusst. Zwischen *defeat* und *humiliation* einerseits und *entrapment* andererseits wirken subjektive Bedrohungen des Selbst. Diese wiederum resultieren gemäß der Theorie unter anderem aus verzerrten Erinnerungen, Rumination (Grübeln) und interpersonellen Problemlösedefiziten (diese Faktoren liegen in der Person selbst). Der Zusammenhang zwischen *entrapment* und Suizidgedanken/-absichten wird über motivationale Faktoren moderiert. Diese setzen sich unter anderem aus dem Erleben, nicht dazugehören, anderen eine Last zu sein, und erlebter sozialer Unterstützung sowie Repräsentation von Zielen und Normvorstellungen zusammen. Der Übergang von suizidalen Gedanken/Absichten zu suizidalen Handlungen wird unter anderem durch den Zugang zu (letalen) Mitteln, durch Impulsivität und einer erworbenen Fähigkeit, sich das Leben nehmen zu können, sowie einer verringerten Furcht vor dem Tod moderiert. Suizidales Verhalten und der Vollzug der suizidalen Handlung erfolgen in der volitionalen Phase (→ Abb. 4-2).

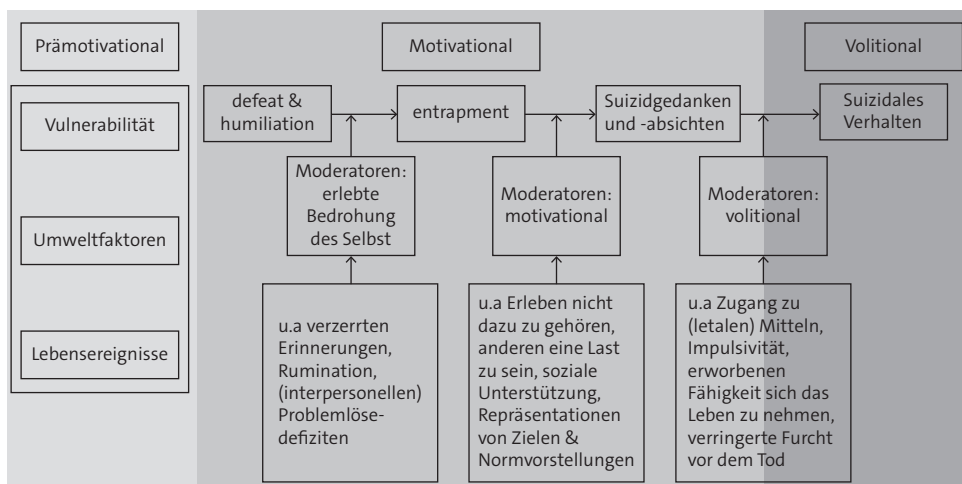


Abb. 4-2: Integratives motivational-volitionales Modell (O'Connor 2011).

EXKURS

Vulnerabilität und Umweltfaktoren entsprechen dem bio-psycho-sozialen Ansatz, der für psychische Störungen angenommen wird. Die Berücksichtigung von Lebensereignissen einerseits und von zugrunde liegenden Vulnerabilitäten und Umweltfaktoren andererseits findet eine Entsprechung im makroverhaltensanalytischen Vorgehen in der Verhaltenstherapie, wobei Vulnerabilität und Umweltfaktoren als prädisponierende und bedingende sowie aufrechterhaltende Faktoren denkbar sind und Lebensereignisse als auslösende Faktoren.

4.3.3 Modell der Interpersonalen Theorie suizidalen Verhaltens

Auf die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens (IPTS) (Joiner 2005) wird in Sitzung 2 (→ Kap. 7.2) ausführlicher eingegangen. An dieser Stelle seien dennoch die wesentlichen Annahmen und Elemente dieses Modells vorgestellt.

Die Interpersonale Theorie suizidalen Verhaltens legt den Fokus auf zwischenmenschliche Prozesse, die suizidales Verhalten bedingen. Sie postuliert, dass das Erleben, zwischenmenschlich keinen Anschluss zu finden, also nicht dazuzugehören (*Thwarted Belongingness*), sowie anderen eine Last zu sein (*Perceived Burdensomeness*), zu suizidalen Gedanken führt. Treten beide Faktoren zusammen auf, entwickeln sich suizidale Absichten. Die IPTS postuliert weiter, dass Menschen über schmerzhaftere Ereignisse (*painful and provocative events*) zunehmend lernen, dass der Tod weniger ängstigend ist und sich durch das Erleben von Schmerz eine Toleranz demgegenüber erhöht. Sowohl die reduzierte Furcht vor dem Tod als auch die erhöhte Schmerztoleranz sind erworbene Faktoren (*acquired capability*), welche die Möglichkeit erhöhen, sich selbst zu schaden bis hin zu suizidalem Verhalten. Wenn alle belastenden Erlebensweisen und die erworbene Fähigkeit, sich zu schaden, zusammenkommen, folgt daraus suizidales Verhalten. Diese drei Elemente haben auch Eingang in das Integrative motivational-volitionale Modell suizidalen Verhaltens gefunden.

Die IPTS ist eine gut untersuchte und im Vergleich zum Integrativen motivational-volitionalen Modell suizidalen Verhaltens sparsame Theorie. Entsprechend ist den Patienten psychoedukativ dieses Modell schnell vermittelbar. Zudem sind die angenommenen Wirkzusammenhänge der IPTS untereinander gut untersucht (→ Sitzung 2, Kap. 7.2.1).

4.3.4 Self-Regulatory Executive Function(S-REF)-Modell

Das »Self-regulatory executive function (S-REF) model of emotional disorder« (Wells und Matthews 1996) bietet eine Erklärung für die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen (Abb. 4-3). Dabei bezieht es die Schematheorie von Beck (1967) und Prozesse der Informationsverarbeitung ein. Dieses Modell richtet einen wesentlichen Fokus auf metakognitive Prozesse. Es werden global zwei Verarbeitungswege unterschieden: Top-Down- (willentlich Steuerung von Kognitionen) und Bottom-Up-Prozess (Stimulus-gesteuert). Auf der obersten Ebene des Modells sind Annahmen über sich und Pläne über Zustände, die ein Individuum erreichen möchte (Meta-System). Auf der mittleren Ebene befinden sich konkrete kognitive Strategien, die das Verhalten steuern und überwachen. An dieser Ebene finden sich auch dysfunktionale Strategien wie belastendes, exzessives sich sorgen oder grübeln und funktionale Strategien wie Bewertungen und Überwachung des Ist-Zustands sowie Abgleich mit dem Soll-Zustand. Ein spezifisches Syndrom, das Wells und Matthews (1996) beschreiben, ist das *Cognitive Attentional Syndrome* (CAS), welches sich auch auf der mittleren Ebene ansiedelt. Es ist gekennzeichnet durch starkes Ruminieren, durch Sorgen, eine eingeschränkte Aufmerksamkeit, was wiederum mit Anspannungszuständen verbunden ist. Auf der untersten Ebene des Modells befindet sich die automatische Verarbeitung. Top-Down werden Prozesse kontrolliert, die den Soll-Zustand herstellen sollen, und Bottom-Up »drängen« sich kognitive Informationen auf (Intrusionen).

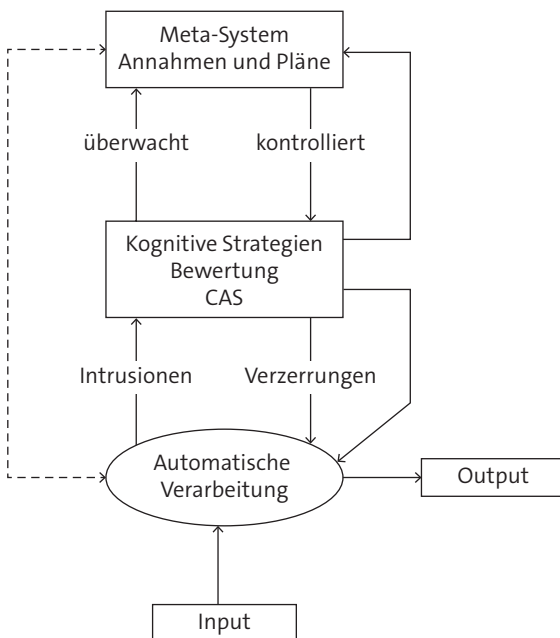


Abb. 4-3: Self-Regulatory Executive Function(S-REF)-Modell (nach Wells und Matthews 1996).
CAS = Cognitive Attentional Syndrome

Das Modell integriert viele Mechanismen, die aus der Forschung zu verschiedenen Störungsbildern stammen. Hervorgehoben seien an dieser Stelle einige kognitive Prozesse, die mit dem Modell und suizidalem Geschehen in Verbindung gebracht werden können. In den Fokus gerückt werden sollten zunächst metakognitive Strategien, die dazu dienen sollen, Gedanken zu kontrollieren. Solche maladaptiven Strategien umfassen Sorgen-Prozesse, Ruminieren (Grübeln) oder auch die Neigung, sich (gedanklich) selbst zu bestrafen. Es ließ sich zeigen, dass solche Strategien mit Suizidgedanken verbunden waren. Hingegen wirkten adaptive Strategien wie Ablenkung, Neubewertung und soziale Kontrollstrategien (Rückversicherung und mit Freunden über die Gedanken reden) negativ auf Suizidgedanken (Hallard et al. 2021). Es ist zu bedenken, dass die Neigung, sich selbst zu bestrafen, zu einer Verringerung des Selbstwert-erlebens führen kann (Kolubinski et al. 2019), für welches wiederum Evidenz vorliegt, dass es als Prädiktor für suizidale Gedanken wirkt (Thompson 2010). Rumination als Denkprozess ist in Bezug auf seine prädikative Wirkung auf Suizidgedanken unter anderem querschnittsmäßig und prospektiv untersucht und als Prädiktor identifiziert worden (Morrison und O'Connor 2008; Rogers und Joiner 2017). Im Integrativen motivational-volitionalen Modell suizidalen Verhaltens wird Rumination als ein Wirkfaktor mitberücksichtigt. Zu bedenken ist auch, dass Selbstbestrafung, Rumination und Sorge als negative Strategien zur Regulation verwendet werden, jedoch selbst einen negative Effekt auf das Erleben haben (können) (Hallard et al. 2021). Rumination konnte zudem als Mediator zwischen Selbstkritik und suizidaler Ideation ermittelt werden (O'Connor und Noyce 2008; Spasojević und Alloy 2001). Selbstkritik wird dabei als intensiver und beständiger innerer Dialog verstanden, mit Feindseligkeit der eigenen Person gegenüber, wenn hohe Standards nicht erreicht werden (Shahar 2015).

Entsprechend wird in diesem Manual auf kognitive Prozesse wie Rumination und Sorgen, die Veränderung von Plänen und Schemata Bezug genommen. Bei Suizidalität ist an suizidspezifische Rumination zu denken, an Selbstkritik und Selbstbestrafung sowie an Sorgen als maladaptive Prozesse. Adaptive Strategien wie Ablenkung und soziale Kontrollstrategien sollten ebenfalls berücksichtigt werden. Soziale Prozesse bzw. interpersonelle Faktoren sind in diesem Manual über die IPTS berücksichtigt. Mit Fokus auf entsprechende Interventionen ist die Herstellung einer metakognitiven Perspektive intendiert. Dazu werden z.B. hilfreiche innere Dialoge einbezogen (z.B. Roediger 2016; Roediger et al. 2018), die Unterbrechung dysfunktionaler Denkprozesse sowie Modusaktivierungen, die Einnahme einer metakognitiven Perspektive durch das Einordnen der ablaufenden psychischen Prozesse und des Erlebens der Person in Modelle, damit diese von Betroffenen erkannt werden können (u. a. über Psychoedukation und im Rahmen der im Manual aufgeführten Übungen).