

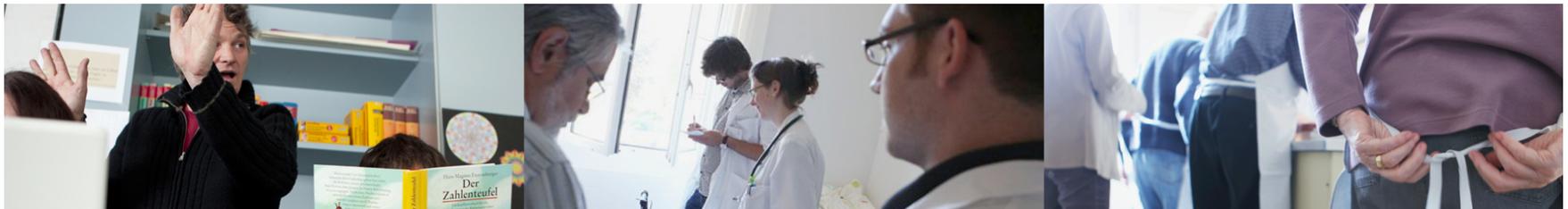
Wie gehe ich mit dem suizidalen Patienten um?

Kurztherapie ASSIP

Attempted Suicide Short Intervention Program

Kunsttherapie - der Weg ins Leben - Schweizer Kunsttherapietag, UPD
Bern, 2. November 2019

Dr. phil. Anja Gysin-Maillart, Leiterin Sprechstunde nach Suizidversuch ASSIP



Überblick

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Theoretischer Hintergrund
- Wie gehe ich mit dem suizidalen Patienten um?
- Suizidgefährdete Personen unterstützen: Massnahmen
- Fach- und Anlaufstellen
- Kurztherapie ASSIP



Zahlen und Fakten (BAG, 2016)

- Im Jahr 2014 starben zwei bis drei Menschen an Suizid pro Tag.
- Jeder dritte Todesfall bei jungen Männern ist ein Suizid. Bei jungen Frauen jeder fünfte.
- Die höchste Suizidrate haben Männer über 75 Jahre.



Jedoch...

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Trotz der Häufigkeit und der Ernsthaftigkeit von suizidalem Verhalten, ist es für Kliniker schwierig, die Suizidalität einer Person valide einzuschätzen und zukünftiges suizidales Verhalten vorherzusagen (Jobes, Rudd, Overholser, & Joiner, 2008).

Der heutige Forschungsstand

Neuere Ansätze

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Suizidalität ist ein subjektives Phänomen, welches durch individuelle Ziele, Motive sowie durch aktuelle Lebensumstände und Themen einer Person mitbestimmt wird (u.a. Brüdern et al., 2015; Jobes & Mann, 1999).
- Das intrasubjektive Erleben einer suizidalen Person sollte bei der Einschätzung und der Vorhersage der Suizidalität berücksichtigt werden (Jobes et al., 2004).



Was berichten Patienten? Videobeispiel



Der Suizidale Modus

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Trigger: Psychosoziale
Belastungssituation



**Lebens-
geschichtliche
individuelle
Vulnerabilität**

Bedürfnisse

Identitätsziele

Suicidal mental pain (Rudd, 2004)

- Akut und zeitlich begrenzt
- Physiologisches Arousal
- Gefühl der Unerträglichkeit

**Individuelle
Belastungsgrenze
überschritten** (Shneidman, 1993)

Dissoziative Symptome
(Orbach, 1994)

- Emotionale Überflutung, Freezing und Depersonalisation
- Kontrollverlust
- Analgesie
- Gefühl der Irreversibilität

**Suizidalität als
Problemlösungsverhalten**
(Matsumoko, 2004)

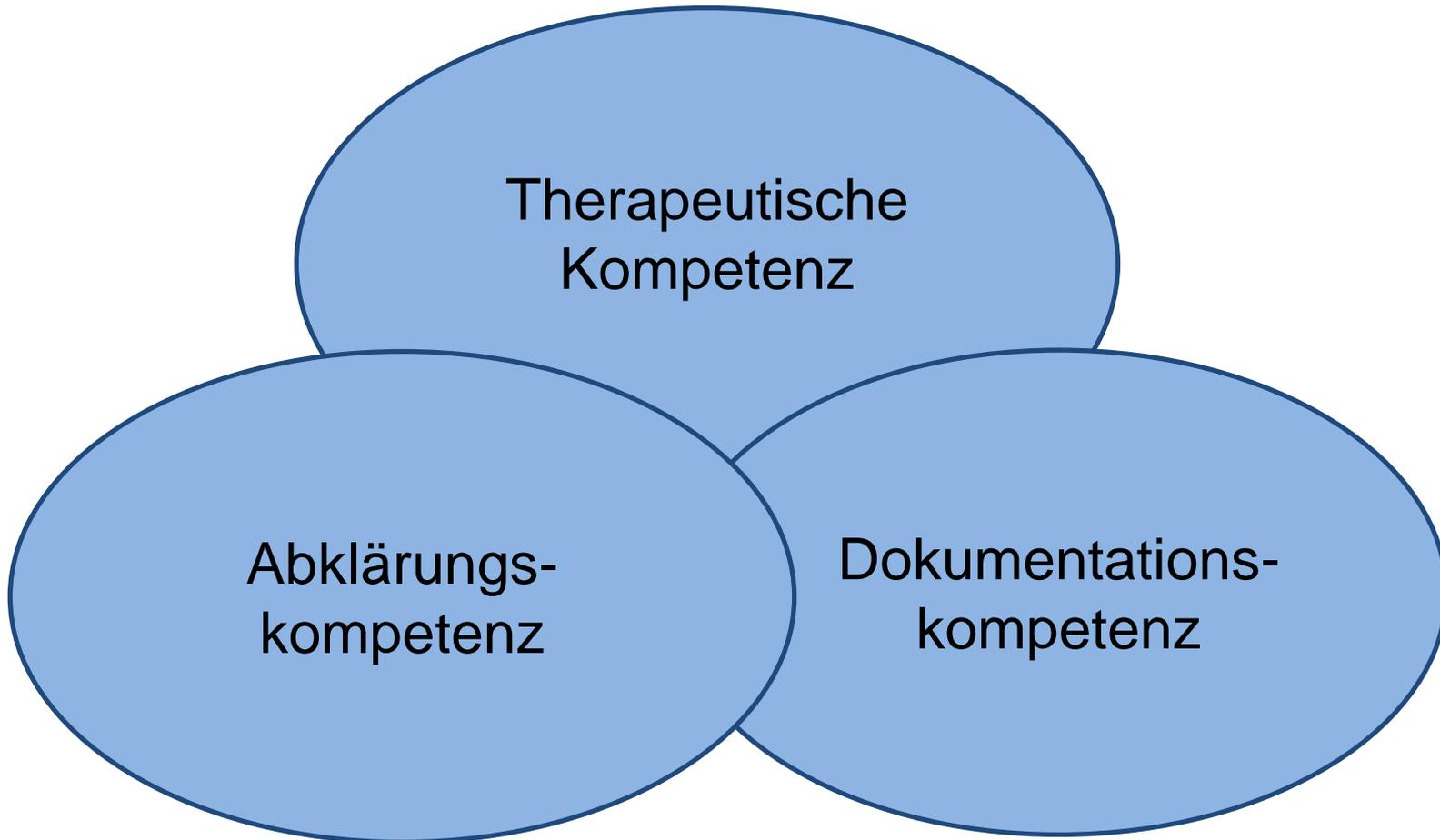
Kompetenzen im Umgang mit Suizidalität

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN





Theoretischer Hintergrund

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



- Suizidversuch = Risikofaktor Nr.1 für späteren Suizid
(Bille-Brahe, Kerkhof, De Leo et al., 1997; Runeson, 2002)
- Nach einem Suizidversuch:
 - ist das Risiko für einen späteren Suizid 40 bis 60 mal erhöht
(Runeson, 2002)
 - bleibt das Risiko über Jahre hinweg hoch (Jenkins, Hale, Papanastassilou et al., 2002)
- Mit jedem weiteren Suizidversuch nimmt das Risiko zu (Goldstein, Black, Nasrallah et al., 1991)

Suizidprävention

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

„Eine absolut sichere Suizidprävention gibt es auch unter optimalen fürsorglichen und therapeutisch-pflegerischen Rahmenbedingungen nicht. **Suizidprävention kann immer nur ein Bemühen aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen sein und ist auf die Mitarbeit des Patienten angewiesen**“.

Suizidprophylaxe 38 (2011) Heft 4, Arbeitsgemeinschaft „Suizidalität und Psychiatrisches Krankenhaus“ der Deutschen Gesellschaft für Suizidprophylaxe DGS

Weshalb ist die Behandlung nach einem Suizidversuch so schwierig?

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Abbruch der Nachbehandlung (> 50%)
- Patienten fühlen sich nicht krank
- Suizidversuche führen zu einem Spannungsabbau
- Schamgefühle
- „Das Modell Krisenintervention ist kontraproduktiv“ (Rogers & Soyka, 2004)



Probleme in der Behandlung...

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

*„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... Wenn ich ehrlich bin, konnte ich
nicht sagen, dass ich es nicht nochmals
versuchen würde...“*

Aussenperspektive/Innenperspektive

u^b

Reason/cause discussion



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Patientin

Re Handelt
Th zielgerichtet
Es und gibt ein Motiv
Los (=reason) an:

To *Der seelische
Schmerz
Fri war derart
To unerträglich
ich wollte dem ein
Ende setzen.*

able...
situation...
why

Aussenstehender (Behandler)

Denkt kausal
(= cause):

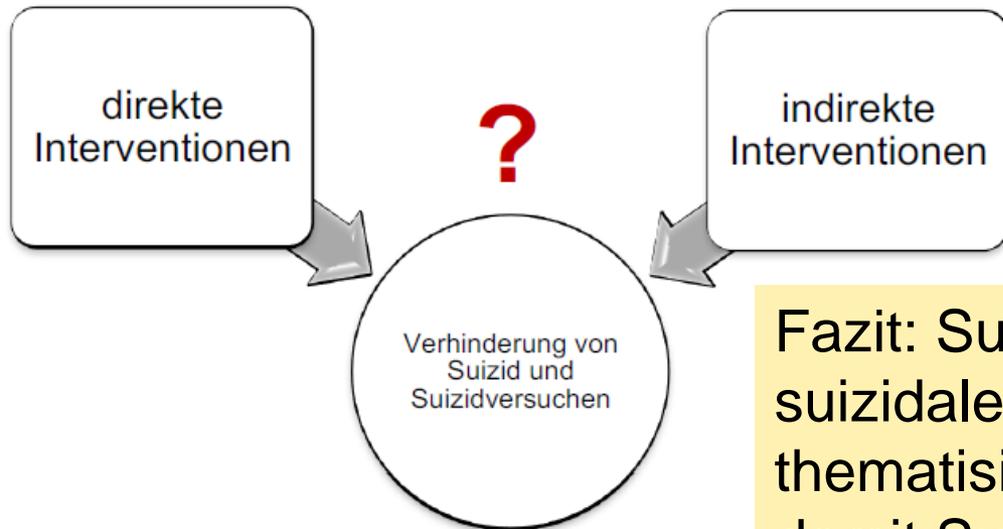
d how despe
others feel
ange their r

*Frau L. hat eine
Überdosis
genommen, weil ihr
Freund sie
verlassen hat.*

Bancroft et al., (1979). Reasons people give for taking overdoses. *Brit J Medical Psychology*, 52, 353-65.

Direkte versus indirekte Interventionen?

Meerwijk et al., 2016



Fazit: Suizidgedanken und suizidales Verhalten sollte direkt thematisiert/behandelt werden, damit Suizide und Suizidversuche reduziert werden können.

Direkte psychosoziale und behaviorale Interventionen sind wirksamer, um Suizide und Suizidversuche zu verhindern, als indirekte Interventionen. 35% Risikoreduktion.

Was ist wichtig in der Behandlung und im Umgang mit suizidalen Patienten?

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

MEETING THE SUICIDAL PERSON



New perspectives for the clinician

A movement for improving the therapeutic approach to the suicidal person



PAUL KLEE: Der Niesen

Copyright ProLitteris, 2001, 8033 Zürich

The Aeschi Working Group

Konrad Michel, M.D.
David A. Jobes, Ph.D.
Michael Bostwick, M.D.
Mark J. Goldblatt, M.D.
Ladislav Valach, Ph.D.
Richard A. Young, Ph.D.



Aeschi Philosophy

Guidelines for clinicians (2002)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Finde ein **gemeinsames Verständnis** der Suizidalität.
- Die aktive Exploration kommt **zeitlich nach** dem narrativen Interview.
- Achtung: Der suizidale Patient hat die Tendenz sich **zurückzuziehen**.
- Haltung: **empathisch** und **wertfrei**
- Eine suizidale Krise hat immer eine **Vorgeschichte** und einen **biographischen Bezug**.

Michel et al. (2002). Discovering the Truth in Attempted Suicide. *American Journal of Psychotherapy*,

56(3): 424-437.

Schweizer Kunsttherapietag, UPD Bern, 2.11.2019; A. Gysin, Ph.D.

Abklärungskompetenzen

Skalen zur Erfassung des Suizidrisikos

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Scale for Suicide Ideation
- Beck Scale for Suicide Ideation
- Modified
- Self-M
- Suicide
- Parasu
- Suicide
- Suicide
- Suicide
- Positiv
- Adult S
- Suicide
- Suicide
- Firesto
- Risk-R
- Self-In
- Lethality Scales
- Paykel Suicide Items
- Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care (Suicide Items)

Achtung: Ein prädiktiver Wert von Risiko-Suizidskalen konnte bisher nicht nachgewiesen bzw. wurde widerlegt

Ziel: Verbesserung der Abklärung & der Kommunikation (z.B. Bolton, 2012)

Was kennen Sie aus der Praxis? Antisuizidale Massnahmen: stationär

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- *Engmaschige* Gespräche mit Behandler, Bezugsperson
- Aktive Kontaktaufnahme durch Behandlungsteam
- Kein “Antisuizidversprechen” (Versprechen sich zu melden!)
- Vereinbaren was geschieht, wenn Pat. nicht erreichbar (Ausgang)
- Einschränkung der Tel. Kontakte (Handy, SMS...)
- Ausgangsregelung (begrenzte Zeit, in Begleitung v. Angehörigen/Personal, keinen Ausgang)
- Adäquate Behandlung (Insomnie, Agitation, Depression...), Reservemedikation
- Klinik: Antisuizidalen Massnahmen



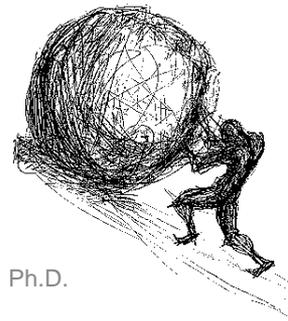
Was kennen Sie aus der Praxis? Antisuizidale Massnahmen: ambulant

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Verfügbarkeit der Mittel zum Suizid (z.B. Waffen, Medikamente, etc.) erfragen
- Zeitnaher ambulanter Termin (wenn möglich am nächsten Tag)
Absprechen was passiert, wenn Termin nicht eingehalten wird
(z.B. Kontaktaufnahme zu Pat./Bezugsperson, Sanpol/Polizei)
- **Aktive Haltung durch den Behandler! Engmaschige Betreuung!**
- Notfallnummern (z.B. psy. Notfalldienst)
- Bei bestehender amb. Therapie (sich melden, Vereinbarung wenn nicht)
- Regelmässige Tel. Kontakt
- Angehörige miteinbeziehen, solange nicht konflikthaft



Was kennen Sie aus der Praxis? Antisuizidale Massnahmen: stationär & ambulant

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Der Patient sollte in der Abklärung der Suizidalität und den Massnahmen zu seinem Schutz so weit als möglich **miteinbezogen werden.**

Alle Berufsgruppen einer Station müssen über das längerfristige Suizidrisiko sowie über eine akute Suizidgefährdung eines Patienten **informiert sein** (mündliche/schriftliche Information).

Veränderungen und neue Entwicklungen müssen **regelmässig dokumentiert** werden.



Antisuizidale Massnahmen: stationär & ambulant

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Klinik interne Leitlinien beachten!

Alle Massnahmen werden **gezielt individuell** eingesetzt und richten sich nach der Einschätzung der Suizidalität.



Umgang mit Menschen nach einem Suizidversuch

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Nach einem Suizidversuch ist das Suizidrisiko für eine gewisse Zeit meist gering - wenn nicht eine depressive oder psychotische Erkrankung vorliegt (psychiatrische Beurteilung wichtig!).
- Nach einem Suizidversuch keine Angst oder Distanz zeigen – die Betroffenen fühlen sich bereits schlecht, schämen sich, fühlen sich wertlos.
- Suizidale Patienten sind dankbar, wenn man “normal” mit ihnen umgeht und etwas darüber wissen will, was denn zu ihrer Lebenskrise geführt hat.

Das Ansprechen der Suizidalität löst keine Suizidhandlung aus - im Gegenteil!

Umgang mit Suizidgefährdeten

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

- Richtige Distanz wahren
- Zeigen dass man “da” ist
- Nicht Retter spielen
- Nicht Geheimnisträger werden
- Informationen weitermelden

Professioneller Hilfe zuführen (i.d.R. Notfallstation)

Fach- und Anlaufstellen exemplarisch für den Kanton Bern

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Die dargebotene Hand: 143
- Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD):
 - Notfall, Krisenzentrum (KIZ), Sprechstunden 031 632 88 11
 - Universitätsklinik; (teil-)stationär, ambulant: 031 930 91 11
- Inselnotfall, City Notfall
- Ambulanz/Notruf: 144

Fachgruppe Suizidprävention: www.suizidpraevention-kantonbern.ch

Dachverband Suizidprävention Schweiz: www.ipsilon.ch

Umgang mit Belastungen

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



- Gefühl von Sinnlosigkeit
- Erleben von Hilflosigkeit
- Erleben von Suiziden
- Umgang mit Hinterbliebenen

**Starke Belastung für das eigene Wohlbefinden.
Lassen Zweifel aufkommen.**

Hilfe suchen:

- Vorgesetzte
- ambulante Psychotherapeuten (Med, Psy FSP)
- Hausarzt

ASSIP in Bern

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (UPD)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Attempted Suicide Short
Intervention Program (ASSIP)

- Notfall/Universitätsklinik
- 80-90 Fälle/Jahr
- 3-4 AA/Psy
- > 720 ASSIP Fälle



u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

ASSIP Kurztherapie

Elemente der Kurztherapie ASSIP ^u_b

^b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

1. Konsultation: **Narratives Interview** (Video)

“Erzählen Sie mir ... in Ihren eigenen Worten...”
“..... Wie ... Suizidversuch...”

ASSIP ist kein
Ersatz für eine
längerfristige
Therapie, sondern
als Zusatz
gedacht.

2. Konsultation: **V...** 3. Konsultation: **S...gen ;** **Leporello**

4. Konsultation (fakultativ): **Mini-Exposition.**

5. Element: Briefliche **Kontaktaufnahme** über zwei Jahre



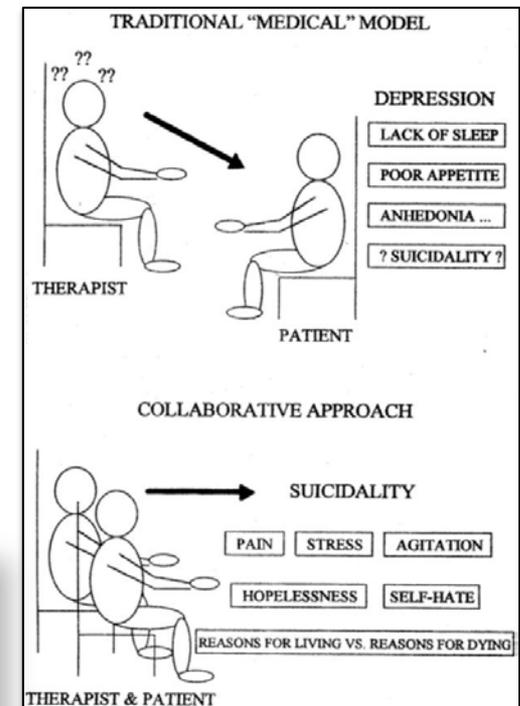
Elemente der Kurztherapie ASSIP

Narratives Interview

*“Erzählen Sie mir bitte Ihre
Geschichte in
Ihren eigenen Worten...”*

*“..... Wie kam es zu diesem
Suizidversuch...?”*

Ziel die persönliche
Geschichte, die zur suizidalen Krise



**I want to see it through
your eyes**

D. Jobs collaborative approach

Lernvideo

u^b

b
**UNIVERSITÄT
BERN**



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



Theorie

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Suizid ist eine Handlung keine Krankheit

Suizid ist die Folge einer Entwicklung

Jeder Patient hat seine eigene Geschichte und ist
Experte dieser



Wir alle erklären Handlungen mittels Geschichten

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Narratives Interview



*„Nun, dass ist eine lange
Geschichte....“*

*Erzählen Sie mir Ihre Geschichte in
Ihren eigenen Worten.*

*Können Sie mir erzählen, wie es
dazu kam, dass Sie sich das Leben
nehmen wollten?*

Nur der Patient „kennt“ seine
Geschichte und ist Experte dieser.

Elemente der Kurztherapie ASSIP

Video-Playback

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

2. Konsultation:

Video-Playback. Rekonstruktion der Geschichte des Patienten.
Identifikation von Lebensthemen, die im Zusammenhang stehen
mit dem Suizidversuch.



Elemente der Kurztherapie ASSIP

Psychoedukation



Psychoedukation (Hausaufgabe)

„Suizid ist keine überlegte Handlung...“

- Ausnahmezustand
- Suizidaler Modus

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 geboren wurden ohne gefragt zu werden, ein selbstgewähltes Ende zu setzen. Das ist ziemlich normal. Tatsächlich haben wir Menschen ja – zumindest theoretisch – diese Freiheit. Die Situation, in der sich der akut suizidale Mensch befindet, hat aber herzlich wenig mit solchen Überlegungen zu tun.

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 Gefühlen des Versagens und des Verlustes von wichtigen Zielen in unserem Leben. Gefährlich wird es, wenn wir in solchen Momenten uns selber nicht mehr akzeptieren können, wenn Gedanken auftauchen, dass wir tatsächlich für nichts taugen, ja wenn plötzlich Gefühle des Selbsthasses auftauchen. Nicht alle Menschen kennen Zustände von seelischem Schmerz, aber diejenigen, die solche erlebt haben, wissen wie schlimm sie sind. Sie lösen in unserem Körper einen Alarmzustand aus, den wir oft kaum mehr unter Kontrolle bringen können. Menschen, die einen Suizidversuch überlebt haben, berichten, dass sie sich wie in einem Nebel oder in einem Trancezustand fühlten, nicht mehr klar denken konnten und vor allem sich und ihren Körper „nicht mehr spürten“. Psychiater sprechen von „dissoziativen Zuständen“, das sind **psychische Ausnahmezustände**, in denen das harmonische Erleben von Wahrnehmung, Gefühlen, Gedanken und Körperempfindungen vorübergehend gestört ist. In einem solchen Zustand sind wir nicht mehr in der Lage, klar zu denken und überlegt zu handeln. Unser gesamtes Erleben ist aus dem Ruder gelaufen.

Kennen Sie solche Zustände? Bitte beschreiben:

Elemente der Kurztherapie ASSIP

Klärung suizidaler Muster

Warnsignale, Längerfristige Strategien

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

3. Konsultation:

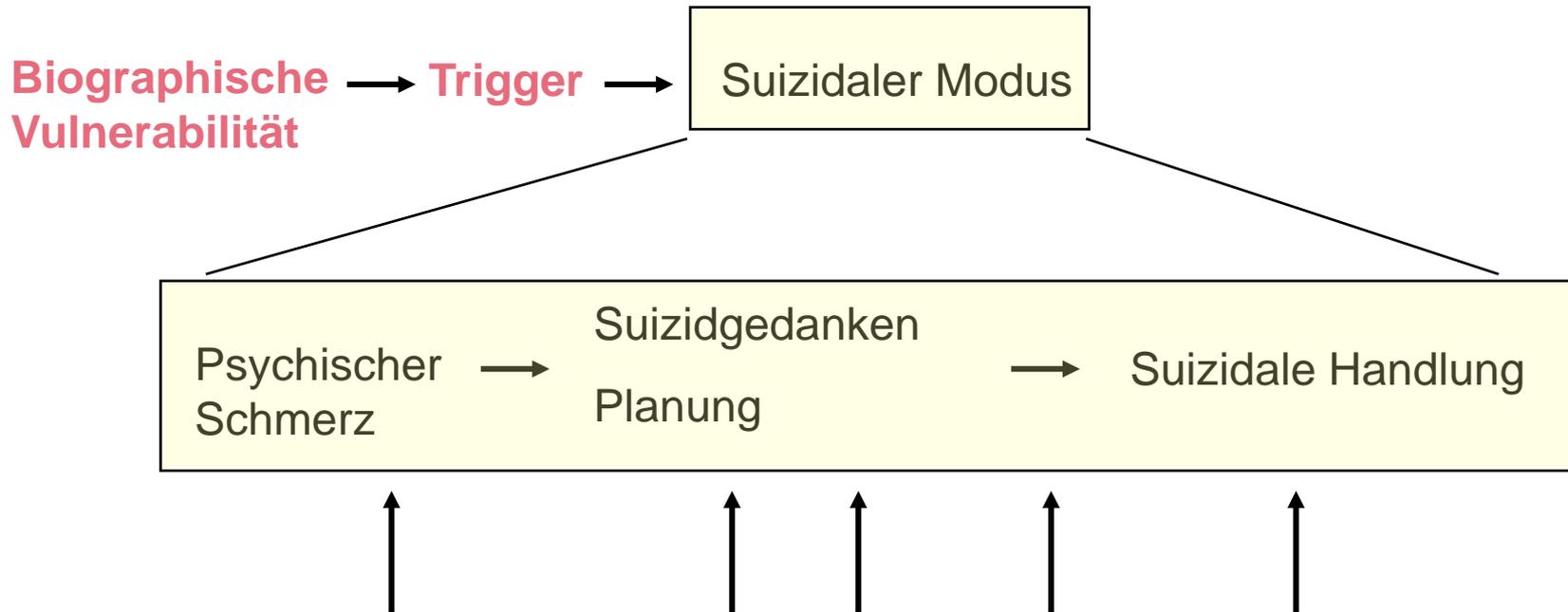
Schriftliche Zusammenfassung der **Hintergründe** und **Klärung** der Muster und Abläufe der suizidalen Krise.

Gemeinsames Erarbeiten von:

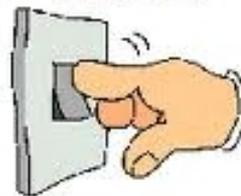
- Längerfristigen Therapiezielen
- Warnsignalen
- Präventiven Verhaltensstrategien im Falle von Suizidgefahr.



Basis Model des suizidalen Prozesses



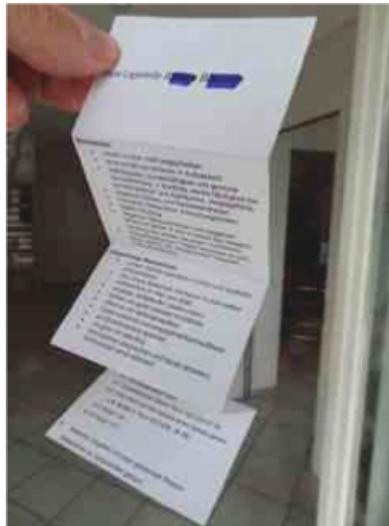
Switch off



Elemente der Kurztherapie ASSIP

Safety Planning

Erstellen des individualisierten Hope Leporellos & Notfallkarte



Achtung Krise

Unbedingt beachten:

- Warnzeichen kennen und früh reagieren
- Das Gespräch mit hilfreicher Person suchen (Freundin, Hausarzt, etc.)
- Tel. UPD 031 632 88 11; Murtenstr. 21, 3010 Bern
- Tag: Lic. phil. A. Mailart, Prof. Dr. med. K. Michel
- Nachts/Wochenende: Notfallarzt Psychiatrie verlangen
- Notfallstation des nächsten Spitals aufsuchen

anja.mailart@gef.be.ch / konrad.michel@spk.unibe.ch

Karte immer auf sich tragen

031 632 88 11



Stanley, B. & Brown, G.K., 2012; Brown, G.K., 2005.

Schweizer Kunsttherapietag, UPD Bern, 2.11.2019; A. Gysin, Ph.D.

Krisentherapeutische Interventionen

Safety Plan Intervention (SPI)

Erarbeiten von Notfall- /Sicherheits-Plänen

www.zerosuicide.sprc.org

(Brodsky et al., 2018)

Notfallpläne =

- Teil umfassender Behandlungsprogramme
- im zeitlimitierten Setting (z.B. Notfallsetting)

Stanley&Brown, 2012: Manualisierte Version, stand-alone-treatment

SAFETY PLAN	
Step 1: Warning signs:	
1.	<u>Suicidal thoughts and feeling worthless and hopeless</u>
2.	<u>Urges to drink</u>
3.	<u>Intense arguing with girlfriend</u>
Step 2: Internal coping strategies - Things I can do to distract myself without contacting anyone:	
1.	<u>Play the guitar</u>
2.	<u>Watch sports on television</u>
3.	<u>Work out</u>
Step 3: Social situations and people that can help to distract me:	
1.	<u>AA Meeting</u>
2.	<u>Joe Smith (cousin)</u>
3.	<u>Local Coffee Shop</u>
Step 4: People who I can ask for help:	
1.	Name <u>Mother</u> Phone <u>333-8666</u>
2.	Name <u>AA Sponsor (Frank)</u> Phone <u>333-7215</u>
Step 5: Professionals or agencies I can contact during a crisis:	
1.	Clinician Name <u>Dr John Jones</u> Phone <u>333-7000</u> Clinician Pager or Emergency Contact # <u>555 822-9999</u>
2.	Clinician Name _____ Phone _____ Clinician Pager or Emergency Contact # _____
3.	Local Hospital ED <u>City Hospital Center</u> Local Hospital ED Address <u>222 Main St</u> Local Hospital ED Phone <u>333-9000</u>
4.	Suicide Prevention Lifeline Phone: <u>1-800-273-TALK</u>
Making the environment safe:	
1.	<u>Keep only a small amount of pills in home</u>
2.	<u>Don't keep alcohol in home</u>
3.	_____

Figure 1. Safety Plan Example.

Elemente der Kurzintervention ASSIP

Mini-Exposition

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN


UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN



4. Konsultation:

Mini-Exposition. Gemeinsam mit der Patientin, dem Patienten werden an Hand des Videos erarbeitete Strategien eingeübt.

Elemente der Kurztherapie ASSIP

Briefe

Briefliche Kontaktaufnahme über zwei Jahre.

- 1 Jahr: 3 Monate
- 2 Jahr: 6 Monate

Anhaltender Kontakt: Konzept der sicheren Basis (John Bowlby, 1977, 1988)

u^b

b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD)
Universitätsklinik für Psychiatrie
Direktor: Prof. Dr. med. Werner Strik

Sprechstunde für Patienten nach Suizidversuch
Leiter: lic. phil. Anja Gysin-Maillart, Prof. Dr. med. Konrad Michel

Murtenstrasse 21, PF 52, CH-3010 Bern
Tel. 031 632 88 11, Fax 031 632 89 50
anja.maillart@gef.be.ch / konrad.michel@gef.be.ch
www.gef.be.ch/upd

«Anrede»
«Vorname» «Name»
«Adresse»
«PLZOrt»

Bern, 2. 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 sich jederzeit bei mir (wenn nötig Nachricht hinterlassen, ich rufe zurück) an der Murtenstrasse 21 melden können oder bei unserem Notfall- und Krisenteam (Tel. 031 632 88 11), ausserhalb der Bürozeiten (18 – 8 Uhr) und an den Wochenenden können Sie sich über die gleiche Nummer beim Dienstarzt melden, oder beim Notfallzentrum des Inselspitals (Tel. 031 632 21 11).

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.

Mit freundlichen Grüßen

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

e-Mail: anja.maillart@gef.be.ch / konrad.michel@gef.be.ch

Motto & Bostrom, 2001; Carter et al., 2005, 2013; Beautrais et al., 2010

Dokument 1



Was macht ASSIP aus?

u^b

^b
UNIVERSITÄT
BERN



UNIVERSITÄRE
PSYCHIATRISCHE
DIENSTE BERN

Ein Zusatzangebot, kein Ersatz. Kurz, einfache Struktur, klare Therapieziele.

- *„Suizid ist eine Handlung, keine Krankheit“*
- *„ASSIP wird Sie nicht von Suizidalität heilen, sondern Ihnen helfen in zukünftigen suizidalen Krisen handlungsfähig zu bleiben“*
- *„Suizid ist keine überlegte Handlung“*

DANKE FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

Kurztherapie ASSIP

Anja Gysin-Maillart & Konrad Michel, 2013
anja.gysin@upd.unibe.ch

