

David A. Jobes

Suizidalität im Fokus

Der CAMS-Ansatz für eine Behandlung auf Augenhöhe

Übersetzt von Miriam Santel, Michaela Berg, Kristina Hennig-Fast

Downloadmaterial

Anhang A:

[Suizidstatusform-4 \(SSF-4\): erste Sitzung \(Abschnitte A–D\)](#)

[Suizidstatusform-4 \(SSF-4\) Update: Verlaufssitzung](#)

[Suizidstatusform-4 \(SSF-4\) Behandlungsergebnis: Abschlussitzung](#)

Anhang B:

[Kodierhandbuch für die SSF-Basisbeurteilungsskalen](#)

Anhang C:

[Kodierhandbuch für die SSF-Items »Gründe für das Leben« und »Gründe für den Tod« CAMS](#)

Anhang D:

[Kodierhandbuch für die Wunderfrage in der SSF](#)

Anhang E:

[Das CAMS-Arbeitsblatt zum Verständnis Ihrer Suizidalität](#)

Anhang F:

[CAMS-Rating-Skala](#)

Anhang G:

[Häufig gestellte Fragen zu CAMS \(FAQs\)](#)

Anhang H:

[Vollständiges Fallbeispiel Herr B.](#)

Käuferinnen und Käufer dieses Buches wird das Recht eingeräumt, diese Material für den persönlichen Gebrauch oder für die Verwendung mit einzelnen Klientinnen und Klienten zu nutzen.

SUIZIDSTATUSFORM-4 (SSF-4): ERSTE SITZUNG

Initialen: Therapeutin, Therapeut: Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen. (Bitte zutreffende Zahl einkreisen.) Ordnen Sie anschließend in der linken Spalte die Fragen nach ihrer Wichtigkeit. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

Wichtigkeit

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, *nicht* Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz 1 2 3 4 5 hoher psychischer Schmerz

Ich finde psychisch am schmerzhaftesten:

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress 1 2 3 4 5 hoher Stress

Für mich ist am meisten mit Stress verbunden:

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; *nicht* Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe 1 2 3 4 5 hohe innere Unruhe

Ich habe am ehesten das Bedürfnis, etwas zu tun, wenn:

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit 1 2 3 4 5 viel Hoffnungslosigkeit

Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf:

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass 1 2 3 4 5 viel Selbsthass

Was ich an mir am meisten hasse, ist:

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko** insgesamt:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) 1 2 3 4 5 extrem hoch
(werde mich umbringen)

1. Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken über sich selbst?

überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

2. Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber?

überhaupt nicht 1 2 3 4 5 völlig

Bitte nennen Sie Ihre Gründe, warum Sie leben wollen und warum Sie sterben wollen.

Bitte ordnen Sie dann die einzelnen Gründe nach ihrer Wichtigkeit von 1 bis 5.

Wichtigkeit	Gründe, die für das Leben sprechen	Wichtigkeit	Gründe, die für den Tod sprechen

Mein Wunsch zu leben ist ...

überhaupt nicht vorhanden 1 2 3 4 5 sehr stark vorhanden

Mein Wunsch zu sterben ist ...

überhaupt nicht vorhanden 1 2 3 4 5 sehr stark vorhanden

Was mir am meisten helfen würde, nicht mehr suizidal zu sein, wäre:

.....

.....

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Ja	Nein	Suizid- gedanken	Beschreiben Sie:			
		Häufigkeit	pro Tag	pro Woche	pro Monat	
		Dauer	Sekunden	Minuten	Stunden	
Ja	Nein	Suizidplan	Wann:			
			Wo:			
			Wie:	Zugang zu Suizidmitteln:	Ja	Nein
Ja	Nein	Suizid- vorberei- tungen	Beschreiben Sie:			
Ja	Nein	Probehand- lungen	Beschreiben Sie:			
Ja	Nein	Suizid- anamnese	Ein Versuch	Beschreiben Sie:		
			Mehrere Versuche	Beschreiben Sie:		
Ja	Nein	Impulsivität	Beschreiben Sie:			
Ja	Nein	Substanz- missbrauch	Beschreiben Sie:			

Ja	Nein	Bedeutende Verluste	Beschreiben Sie:
Ja	Nein	Sich als Belastung für andere wahrnehmen	Beschreiben Sie:
Ja	Nein	Beziehungsschwierigkeiten	Beschreiben Sie:
Ja	Nein	Gesundheitliche Probleme / Schmerzen	Beschreiben Sie:
Ja	Nein	Schlafstörungen	Beschreiben Sie:
Ja	Nein	Rechtliche/ finanzielle Schwierigkeiten	Beschreiben Sie:
Ja	Nein	Schamgefühle	Beschreiben Sie:

Abschnitt C: Behandlungsplan (Therapeutin, Therapeut)

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet	
2				
3				

Ja Nein Patientin, Patient versteht den Behandlungsplan und stimmt ihm zu
 Ja Nein Patientin, Patient ist in unmittelbarer Suizidgefahr
 (Krankenhausaufenthalt angezeigt)

Unterschrift Patientin, Patient Datum

Unterschrift Therapeutin, Therapeut Datum

CAMS Stabilisierungsplan

Möglichkeiten, den Zugang zu tödlichen Mitteln zu reduzieren:

1.
2.
3.

Dinge, die ich tun kann, wenn ich in eine suizidale Krise gerate (vergleichbar mit einer Krisenkarte):

1.
2.
3.
4.
5.
6. Notfallnummer (z.B. Krisendienst):

Menschen, die ich anrufen kann, um nicht allein zu sein, oder die ich um Hilfe bitten kann:

1.
2.
3.

Die Behandlung wie vereinbart wahrnehmen:

Mögliche Hindernisse	Lösungen, um die ich mich bemühen werde:
1.	
2.	

Abschnitt D: ergänzende Dokumentation nach der Sitzung (Therapeutin, Therapeut)

Psychischer Befund nach AMPD (bitte ankreuzen):

Suizidalität:	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> möglich		
Bewusstseinsstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> hypervigilant	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös
<input type="checkbox"/> Trübung	<input type="checkbox"/> Einengung	<input type="checkbox"/> Verschiebung	
Orientierungsstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> zur eigenen Person
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Auffassungsstörungen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen*	<i>* ggf. MMST durchführen</i>
<input type="checkbox"/> Merkfähigkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Konfabulationen	<input type="checkbox"/> Paramnesien	
Formale Denkstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> gehemmt	<input type="checkbox"/> verlangsamt	<input type="checkbox"/> umständlich	<input type="checkbox"/> eingengt
<input type="checkbox"/> perseverierend	<input type="checkbox"/> Grübeln	<input type="checkbox"/> Gedankendrängen	<input type="checkbox"/> ideenflüchtig
<input type="checkbox"/> Vorbeireden	<input type="checkbox"/> gesperrt / Gedankenabreißen	<input type="checkbox"/> inkohärent / zerfahren	<input type="checkbox"/> Neologismen
Befürchtungen und Zwänge:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Misstrauen	<input type="checkbox"/> Hypochondrie	<input type="checkbox"/> Phobien	<input type="checkbox"/> Zwangsdanken
<input type="checkbox"/> Zwangsimpulse	<input type="checkbox"/> Zwangshandlungen		
Wahn:	<input type="checkbox"/> kein		
<input type="checkbox"/> Wahnstimmung	<input type="checkbox"/> Wahnwahrnehmung	<input type="checkbox"/> Wahneinfall	<input type="checkbox"/> Wahngedanken
<input type="checkbox"/> Systematisierter Wahn	<input type="checkbox"/> Wahndynamik	<input type="checkbox"/> Beziehungswahn	
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigungs- / Verfolgungswahn	<input type="checkbox"/> Eifersuchtswahn	<input type="checkbox"/> Schuldwahn	
<input type="checkbox"/> Verarmungswahn	<input type="checkbox"/> Hypochondr. Wahn	<input type="checkbox"/> Größenwahn	<input type="checkbox"/> andere Wahnhalte

Sinnestäuschungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Illusionen	<input type="checkbox"/> Stimmenhören	<input type="checkbox"/> andere akustische Halluzinationen	<input type="checkbox"/> optische Halluzinationen
<input type="checkbox"/> Körperhalluzinationen	<input type="checkbox"/> Geruchs- / Geschmackshalluzinationen		
Ich-Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Derealisation	<input type="checkbox"/> Depersonalisation	<input type="checkbox"/> Gedankenausbreitung	<input type="checkbox"/> Gedankenentzug
<input type="checkbox"/> Gedankeneingebung	<input type="checkbox"/> andere Fremdeinflussungserlebnisse		
Störungen der Affektivität:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> ratlos	<input type="checkbox"/> Gefühl der Gefühllosigkeit	<input type="checkbox"/> affektarm	<input type="checkbox"/> Störung der Vitalgefühle
<input type="checkbox"/> deprimiert*	<input type="checkbox"/> hoffnungslos	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> euphorisch
<input type="checkbox"/> dysphorisch	<input type="checkbox"/> gereizt	<input type="checkbox"/> innerlich unruhig	<input type="checkbox"/> klagsam / jammrig
<input type="checkbox"/> Insuffizienzgefühle	<input type="checkbox"/> gesteigertes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> Schuldgefühle	<input type="checkbox"/> Verarmungsgefühle
<input type="checkbox"/> ambivalent	<input type="checkbox"/> Parathymie	<input type="checkbox"/> affektlabil	<input type="checkbox"/> affektinkontinent
<input type="checkbox"/> affektstarr	<i>* ggf. BDI aushändigen</i>		
Antriebs- und psychomotorische Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> antriebsarm	<input type="checkbox"/> antriebsgehemmt	<input type="checkbox"/> antriebsgesteigert	<input type="checkbox"/> motorisch unruhig
<input type="checkbox"/> Parakinesen	<input type="checkbox"/> maniert / bizarr	<input type="checkbox"/> theatralisch	<input type="checkbox"/> mutistisch
<input type="checkbox"/> logorrhöisch			
Circadiane Besonderheiten:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> morgens schlechter	<input type="checkbox"/> abends schlechter	<input type="checkbox"/> abends besser	
Andere Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/> soz. Umtriebigkeit	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Selbstbeschädigung
<input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> Ablehnung der Behandlung	<input type="checkbox"/> pflegebedürftig

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

.....
.....
.....

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

niedrig

.....
.....

mittel

.....
.....

hoch

.....
.....

Fallnotizen (Diagnose, Funktionsfähigkeit, Behandlungsplan, Symptome, Prognose und aktueller Stand):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nächster Termin:

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

.....
Datum

SUIZIDSTATUSFORM-4 (SSF-4): UPDATE: VERLAUFSSITZUNG

Initialen: Therapeutin, Therapeut: Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, <i>nicht</i> Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz): niedriger psychischer Schmerz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	hoher psychischer Schmerz
2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen Stresses (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein): niedriger Stress	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	hoher Stress
3. Beurteilen Sie Ihre innere Unruhe (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; <i>nicht</i> Verärgerung oder Gereiztheit): niedrige innere Unruhe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	hohe innere Unruhe
4. Beurteilen Sie Ihre Hoffnungslosigkeit (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun): wenig Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	viel Hoffnungslosigkeit
5. Beurteilen Sie Ihren Selbsthass (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren): wenig Selbsthass	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	viel Selbsthass
6. Beurteilen Sie Ihr Suizidrisiko insgesamt: extrem niedrig (werde mich <i>nicht</i> umbringen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	extrem hoch (werde mich umbringen)

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;

seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen 1. Sitzung 2. Sitzung

Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen, in denen die Kriterien für den Abschluss von CAMS erfüllt wurden: SSF-4 Behandlungsergebnis / Abschlusssitzung verwenden

Status

Behandlung abgebrochen Nicht gekommen Abgesagt
stationäre Behandlung Sonstiges:

Behandlungsplan Update

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet	
2				
3				

Unterschrift Patientin, Patient Datum

Unterschrift Therapeutin, Therapeut Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte ankreuzen):

Suizidalität:	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> möglich		
Bewusstseinsstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> hypervigilant	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös
<input type="checkbox"/> Trübung	<input type="checkbox"/> Einengung	<input type="checkbox"/> Verschiebung	
Orientierungsstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> zur eigenen Person
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Auffassungsstörungen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen*	<i>* ggf. MMST durchführen</i>
<input type="checkbox"/> Merkfähigkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Konfabulationen	<input type="checkbox"/> Paramnesien	
Formale Denkstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> gehemmt	<input type="checkbox"/> verlangsamt	<input type="checkbox"/> umständlich	<input type="checkbox"/> eingeengt
<input type="checkbox"/> perseverierend	<input type="checkbox"/> Grübeln	<input type="checkbox"/> Gedankendrängen	<input type="checkbox"/> ideenflüchtig
<input type="checkbox"/> Vorbeireden	<input type="checkbox"/> gesperrt / Gedankenabreißen	<input type="checkbox"/> inkohärent / zerfahren	<input type="checkbox"/> Neologismen
Befürchtungen und Zwänge:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Misstrauen	<input type="checkbox"/> Hypochondrie	<input type="checkbox"/> Phobien	<input type="checkbox"/> Zwangsdanken
<input type="checkbox"/> Zwangsimpulse	<input type="checkbox"/> Zwangshandlungen		
Wahn:	<input type="checkbox"/> kein		
<input type="checkbox"/> Wahnstimmung	<input type="checkbox"/> Wahnwahrnehmung	<input type="checkbox"/> Wahneinfall	<input type="checkbox"/> Wahngedanken
<input type="checkbox"/> Systematisierter Wahn	<input type="checkbox"/> Wahndynamik	<input type="checkbox"/> Beziehungswahn	
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigungs- / Verfolgungswahn	<input type="checkbox"/> Eifersuchtswahn	<input type="checkbox"/> Schuldwahn	
<input type="checkbox"/> Verarmungswahn	<input type="checkbox"/> Hypochondr. Wahn	<input type="checkbox"/> Größenwahn	<input type="checkbox"/> andere Wahnhalte

Sinnestäuschungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Illusionen	<input type="checkbox"/> Stimmenhören	<input type="checkbox"/> andere akustische Halluzinationen	<input type="checkbox"/> optische Halluzinationen
<input type="checkbox"/> Körperhalluzinationen	<input type="checkbox"/> Geruchs- / Geschmackshalluzinationen		
Ich-Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Derealisation	<input type="checkbox"/> Depersonalisation	<input type="checkbox"/> Gedankenausbreitung	<input type="checkbox"/> Gedankenentzug
<input type="checkbox"/> Gedankeneingebung	<input type="checkbox"/> andere Fremdbeeinflussungserlebnisse		
Störungen der Affektivität:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> ratlos	<input type="checkbox"/> Gefühl der Gefühllosigkeit	<input type="checkbox"/> affektarm	<input type="checkbox"/> Störung der Vitalgefühle
<input type="checkbox"/> deprimiert*	<input type="checkbox"/> hoffnungslos	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> euphorisch
<input type="checkbox"/> dysphorisch	<input type="checkbox"/> gereizt	<input type="checkbox"/> innerlich unruhig	<input type="checkbox"/> klagsam / jammrig
<input type="checkbox"/> Insuffizienzgefühle	<input type="checkbox"/> gesteigertes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> Schuldgefühle	<input type="checkbox"/> Verarmungsgefühle
<input type="checkbox"/> ambivalent	<input type="checkbox"/> Parathymie	<input type="checkbox"/> affektlabil	<input type="checkbox"/> affektinkontinent
<input type="checkbox"/> affektstarr	<i>* ggf. BDI aushändigen</i>		
Antriebs- und psychomotorische Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> antriebsarm	<input type="checkbox"/> antriebsgehemmt	<input type="checkbox"/> antriebsgesteigert	<input type="checkbox"/> motorisch unruhig
<input type="checkbox"/> Parakinesen	<input type="checkbox"/> maniert / bizarr	<input type="checkbox"/> theatralisch	<input type="checkbox"/> mutistisch
<input type="checkbox"/> logorrhöisch			
Circadiane Besonderheiten:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> morgens schlechter	<input type="checkbox"/> abends schlechter	<input type="checkbox"/> abends besser	
Andere Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/> soz. Umtriebigkeit	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Selbstbeschädigung
<input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> Ablehnung der Behandlung	<input type="checkbox"/> pflegebedürftig

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

.....
.....
.....

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

niedrig

.....
.....

mittel

.....
.....

hoch

.....
.....

Fallnotizen (Diagnose, Funktionsfähigkeit, Behandlungsplan, Symptome, Prognose und aktueller Stand):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

SUIZIDSTATUSFORM-4 (SSF-4) BEHANDLUNGSERGEBNIS: ABSCHLUSSSITZUNG

Initialen: Therapeutin, Therapeut: Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, <i>nicht</i> Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz): niedriger psychischer Schmerz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	hoher psychischer Schmerz
2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen Stresses (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein): niedriger Stress	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	hoher Stress
3. Beurteilen Sie Ihre innere Unruhe (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; <i>nicht</i> Verärgerung oder Gereiztheit): niedrige innere Unruhe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	hohe innere Unruhe
4. Beurteilen Sie Ihre Hoffnungslosigkeit (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun): wenig Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	viel Hoffnungslosigkeit
5. Beurteilen Sie Ihren Selbsthass (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren): wenig Selbsthass	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	viel Selbsthass
6. Beurteilen Sie Ihr Suizidrisiko insgesamt: extrem niedrig (werde mich <i>nicht</i> umbringen)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input checked="" type="checkbox"/> 5	extrem hoch (werde mich umbringen)

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Gab es irgendwelche Aspekte in der Behandlung, die Sie als besonders hilfreich empfunden haben?
Wenn ja, bitte beschreiben Sie diese so genau wie möglich.

.....

.....

Was haben Sie im Rahmen von CAMS gelernt, das ihnen helfen könnte, falls Sie in der Zukunft erneut
suizidal werden sollten?

.....

.....

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien zum Abschluss von CAMS in drei aufeinanderfolgenden Sitzungen erfüllt?

Ja Nein (Falls nein, bitte CAMS fortsetzen.)

** Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;
seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen

Behandlungsergebnisse / Nachsorge (Bitte Zutreffendes markieren)

Fortsetzung der Psychotherapie (teil-)stationäre Weiterbehandlung
einvernehmliches Beenden der Therapie Behandlungsabbruch durch Patient*in

Nächster Termin (falls zutreffend):

Unterschrift Patientin, Patient Datum

Unterschrift Therapeutin, Therapeut Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte ankreuzen):

Suizidalität:	<input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> möglich		
Bewusstseinsstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> hypervigilant	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös
<input type="checkbox"/> Trübung	<input type="checkbox"/> Einengung	<input type="checkbox"/> Verschiebung	
Orientierungsstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> zur eigenen Person
Aufmerksamkeits- und Gedächtnisstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Auffassungsstörungen	<input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/> Gedächtnisstörungen*	<i>* ggf. MMST durchführen</i>
<input type="checkbox"/> Merkfähigkeitsstörung	<input type="checkbox"/> Konfabulationen	<input type="checkbox"/> Paramnesien	
Formale Denkstörungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> gehemmt	<input type="checkbox"/> verlangsamt	<input type="checkbox"/> umständlich	<input type="checkbox"/> eingengt
<input type="checkbox"/> perseverierend	<input type="checkbox"/> Grübeln	<input type="checkbox"/> Gedankendrängen	<input type="checkbox"/> ideenflüchtig
<input type="checkbox"/> Vorbeireden	<input type="checkbox"/> gesperrt / Gedankenabreißen	<input type="checkbox"/> inkohärent / zerfahren	<input type="checkbox"/> Neologismen
Befürchtungen und Zwänge:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Misstrauen	<input type="checkbox"/> Hypochondrie	<input type="checkbox"/> Phobien	<input type="checkbox"/> Zwangsdanken
<input type="checkbox"/> Zwangsimpulse	<input type="checkbox"/> Zwangshandlungen		
Wahn:	<input type="checkbox"/> kein		
<input type="checkbox"/> Wahnstimmung	<input type="checkbox"/> Wahnwahrnehmung	<input type="checkbox"/> Wahneinfall	<input type="checkbox"/> Wahngedanken
<input type="checkbox"/> Systematisierter Wahn	<input type="checkbox"/> Wahndynamik	<input type="checkbox"/> Beziehungswahn	
<input type="checkbox"/> Beeinträchtigungs- / Verfolgungswahn	<input type="checkbox"/> Eifersuchtswahn	<input type="checkbox"/> Schuldwahn	
<input type="checkbox"/> Verarmungswahn	<input type="checkbox"/> Hypochondr. Wahn	<input type="checkbox"/> Größenwahn	<input type="checkbox"/> andere Wahnhalte

Sinnestäuschungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Illusionen	<input type="checkbox"/> Stimmenhören	<input type="checkbox"/> andere akustische Halluzinationen	<input type="checkbox"/> optische Halluzinationen
<input type="checkbox"/> Körperhalluzinationen	<input type="checkbox"/> Geruchs- / Geschmackshalluzinationen		
Ich-Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> Derealisation	<input type="checkbox"/> Depersonalisation	<input type="checkbox"/> Gedankenausbreitung	<input type="checkbox"/> Gedankenentzug
<input type="checkbox"/> Gedankeneingebung	<input type="checkbox"/> andere Fremdbeeinflussungserlebnisse		
Störungen der Affektivität:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> ratlos	<input type="checkbox"/> Gefühl der Gefühllosigkeit	<input type="checkbox"/> affektarm	<input type="checkbox"/> Störung der Vitalgefühle
<input type="checkbox"/> deprimiert*	<input type="checkbox"/> hoffnungslos	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> euphorisch
<input type="checkbox"/> dysphorisch	<input type="checkbox"/> gereizt	<input type="checkbox"/> innerlich unruhig	<input type="checkbox"/> klagsam / jammrig
<input type="checkbox"/> Insuffizienzgefühle	<input type="checkbox"/> gesteigertes Selbstwertgefühl	<input type="checkbox"/> Schuldgefühle	<input type="checkbox"/> Verarmungsgefühle
<input type="checkbox"/> ambivalent	<input type="checkbox"/> Parathymie	<input type="checkbox"/> affektlabil	<input type="checkbox"/> affektinkontinent
<input type="checkbox"/> affektstarr	<i>* ggf. BDI aushändigen</i>		
Antriebs- und psychomotorische Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> antriebsarm	<input type="checkbox"/> antriebsgehemmt	<input type="checkbox"/> antriebsgesteigert	<input type="checkbox"/> motorisch unruhig
<input type="checkbox"/> Parakinesen	<input type="checkbox"/> maniert / bizarr	<input type="checkbox"/> theatralisch	<input type="checkbox"/> mutistisch
<input type="checkbox"/> logorrhöisch			
Circadiane Besonderheiten:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> morgens schlechter	<input type="checkbox"/> abends schlechter	<input type="checkbox"/> abends besser	
Andere Störungen:	<input type="checkbox"/> keine		
<input type="checkbox"/> sozialer Rückzug	<input type="checkbox"/> soz. Umtriebigkeit	<input type="checkbox"/> Aggressivität	<input type="checkbox"/> Selbstbeschädigung
<input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Mangel an Krankheitseinsicht	<input type="checkbox"/> Ablehnung der Behandlung	<input type="checkbox"/> pflegebedürftig

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

.....
.....
.....

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

niedrig

.....
.....

mittel

.....
.....

hoch

.....
.....

Fallnotizen (Diagnose, Funktionsfähigkeit, Behandlungsplan, Symptome, Prognose und aktueller Stand):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nächster Termin:

.....

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Überblick über die SSF-Basisbeurteilungen mit den qualitativen Variablen psychischer Schmerz, Druck (Stress), innere Unruhe, Hoffnungslosigkeit und Selbsthass

Dieses Kodierhandbuch dient als Leitfaden für die Untersuchung offener, qualitativer Antworten, die von suizidalen Patientinnen und Patienten auf dem Beurteilungsinstrument Suizidstatusform (SSF; Jobes u.a. 1997) gegeben werden. Die SSF ist ein Instrument zur Einschätzung des Suizidrisikos, das in Therapieeinrichtungen auf der ganzen Welt eingesetzt wird. Es besteht aus sechs Items zur Selbstbeurteilung, die das Suizidrisiko eines Patienten messen. Im Einzelnen umfasst die SSF die Einschätzung von fünf validen, reliablen und theoretisch fundierten Items auf einer 5-Punkte-Likert-Skala von niedrig bis hoch, von denen angenommen wird, dass sie suizidalem Verhalten zugrunde liegen. Diese umfassen: psychischer Schmerz, Druck (Stress), innere Unruhe, Hoffnungslosigkeit und Selbsthass. Darüber hinaus erfasst ein sechstes Item das allgemeine Suizidrisiko der Patienten. Die Patientinnen und Patienten erhalten auch die Möglichkeit, schriftlich offene Antworten zu geben, die die fünf Konstrukte erklären. Das folgende Kodierverfahren konzentriert sich speziell auf diese qualitativen Antworten und bietet eine Möglichkeit, die Antworten einer Patientin, eines Patienten zu den fünf Variablen zuzuordnen.

Allgemeine Richtlinien für die Kodierung

Die Kodierenden erhalten fünf separate Stapel von Antworten auf Karteikarten. Diese fünf Stapel repräsentieren jedes der Kodierkonstrukte: Psychischer Schmerz, Stress, innere Unruhe, Hoffnungslosigkeit und Selbsthass. Zuerst werden die Kodierenden eine erste Sortierung der Karten für jedes Konstrukt (jeweils ein Konstrukt auf einmal) durchgehen und die Antworten in die entsprechende Kodierungskategorie einordnen. Nach dieser ersten Sortierung jedes der fünf Hauptkonstrukte wird eine zweite Sortierung zugelassen, sodass die Kodierenden ihre anfänglichen Kodierungsentscheidungen überprüfen und bei Bedarf überarbeiten können, bevor sie ihre endgültige Auswahl treffen. Damit die Forscher den Entscheidungsprozess verstehen können, bitten wir die Kodierenden, ihre Gründe für ihre Entscheidungen zu diskutieren. Die Kategorien innerhalb jedes Konstrukts sollten als sich gegenseitig ausschließend betrachtet werden. Daher sollte jede Antwort in genau eine Kategorie eingeordnet werden. Für die Entscheidung, welches die beste Kategorie für eine bestimmte Antwort ist, kann eine gewisse Interpretation erforderlich sein, jedoch sollten Kodierer die Antwort grundsätzlich »für bare Münze nehmen«, also ohne intensives Nachdenken über die Beweggründe oder die Situation. Bei jeder Antwort werden die Kodierenden auch gebeten, das Konfidenzniveau für den von ihnen zugewiesenen Code einzuschätzen. Ein Konfidenzniveau von 1 bedeutet ein niedriges Konfidenzniveau, 2 ein mittleres und 3 ein hohes Konfidenzniveau.

Spezifische Richtlinien für die Kodierung

Das Handbuch enthält für jede Kategorie bestimmte Entscheidungsregeln. Wenn zwei Typen von Antworten in einer einzigen Antwort erwähnt werden, ordnen Sie diese in die Kategorie der ersten Antwort ein. Wenn die Antwort beispielsweise »meine Arbeit und meine Depression« lautet, dann ordnen Sie die erste Antwort »meine Arbeit« in die entsprechende Kategorie ein, wenn die Antwort jedoch »meine Depression und meine Arbeit« lautet, dann ordnen Sie »meine Depression« in die entsprechende Kategorie ein.

Bitte beachten Sie, dass einige der Konstrukte eine oder mehrere Kategorien gemeinsam haben können. Es ist jedoch wichtig, dass die Kategorie jedes Konstruktes sorgfältig überprüft wird, da ähnliche Konstrukte auch kritische Nuancen aufweisen können, die sich auf das jeweilige Element beziehen und die Entscheidungen über die Kodierung beeinflussen. Beispielsweise haben mehrere Konstrukte eine Kategorie »Hilflos«; die Definitionen sind jedoch nicht gleich, daher sollten Sie auf Unterschiede achten, die Ihre Entscheidungen beeinflussen können.

Wofür sind die Kodierungen gut?

Die Kodierung der SSF-Basisbeurteilungsvariablen wird es den an dieser Forschung Beteiligten ermöglichen, gemeinsame Kategorien zu identifizieren, in die diese Antworten fallen könnten. Die theoretischen, forschungsbezogenen und klinischen Implikationen dieser qualitativen Daten können Forschende und Behandelnde anleiten, das Suizidrisiko einer Person genauer einzuschätzen und die Behandlung auf ihre individuellen Erfahrungen und Bedürfnisse zuzuschneiden.

Variablen

Schmerz (Psychischer Schmerz)

Die Variable »Psychischer Schmerz« in der SSF (Jobes u.a. 1997) basiert auf Shneidmans (1993) Konstrukt der »Psychache«. Shneidman meinte, dass die grundlegendste Voraussetzung für einen Suizid Psychache sei. Psychache bezieht sich auf die seelische Verletzung, die Qual, den Kummer, das Wundsein, das Leid und den psychischen Schmerz. Psychache ist eine notwendige Kraft, um eine Person in eine suizidale Krise zu führen. Ein Suizid tritt auf, wenn die Psychache für eine Person nicht aushaltbar oder unerträglich wird. Der Suizid ist dann eine gleichzeitige Bewegung zur Beendigung und eine Flucht weg von dieser unerträglichen Emotion. Genauer gesagt entsteht dieser psychische Schmerz aus der Frustration der eigenen lebenswichtigen psychischen Bedürfnisse (z.B. Zugehörigkeit, Zuwendung, Verstanden werden), während die Frustration dieser lebenswichtigen Bedürfnisse nicht toleriert werden kann. Suizid kann dann ein direktes Mittel zur Beendigung des eigenen Schmerzes sein.

Es gibt nur schwer fassbare und schlecht beschriebene Qualitäten von Psychache (Shneidman 1993): unerträglichen Emotionen (Murray 1938), Einsamkeit (Adler & Buie 1979; Maltzberger 1988), Angst, Selbstverachtung und Wut (Maltzberger 1988) und umfassenden Belastung (Derogatis & Savitz 1999) geführt. Diese können zwar einen wichtigen Beitrag zu Definition von Psychache leisten, aber Shneidman (1993) argumentiert, dass sie die inhärente Komplexität und

die multideterminierte Natur der Psychache nicht erfassen. Daher ist als Kernaussage »Was ich am schmerzhaftesten finde...« für den psychischen Schmerz in der SSF aufgenommen worden, um sowohl Patienten als auch Behandelnde die wahre Phänomenologie und die eigenwillige Qualität des psychischen Schmerzes einer suizidalen Person näher zu bringen.

Kodierungskategorien (7)

Selbst

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die spezifisch für die eigene Person sind oder ganz eindeutig der eigenen Person zugeordnet werden können. Dies können Aussagen über Gefühle oder Eigenschaften des Selbst sein. Diese neigen dazu, Beschreibungen von beständigen Charakterzügen (Kernattributen) oder harte Selbstkritiken oder externe Beschreibungen des Selbst zu enthalten.

Beispiele:

- »Ich bin ein solcher Verlierer.«
- »Ich kann nichts richtigmachen.«
- »Ich bin übergewichtig.«

Zwischenmenschlich

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die sich auf spezifische Beziehungsprobleme oder Probleme mit Kindern, Ehepartner, Partner, Eltern, Freunden, wichtigen anderen Personen oder anderen sozialen Interaktionen beziehen. Jede Reaktion, die darauf hinweist, dass man von anderen verletzt wurde oder andere verletzt hat, gehört hierher; spezifische Hinweise auf das Alleinsein oder die Isolation gehören ebenfalls hierher.

Beispiele:

- »Meine Familie ist so verkorkst.«
- »Einsamkeit.«
- »Keine Freunde haben.«

Rolle und Verantwortlichkeiten

Diese Kategorie bezieht sich auf Verantwortlichkeiten oder Verpflichtungen, die mit den üblichen Erwartungen an die Rolle eines Erwachsenen einhergehen, einschließlich Arbeit, Haushaltsführung oder Studium. Die Antworten können spezifische Beispiele einer Rollenübernahme oder Verantwortlichkeit sein oder ein Gefühl der Ineffizienz in einer Rolle ausdrücken. Antworten, die Schule und Ausbildung, finanzielle Belastungen oder berufliche Sorgen beschreiben, werden hier mit einbezogen. Spezifische zukunftsorientierte Aussagen zur Karriere sind hier ebenfalls enthalten. Aussagen, die sich auf mangelnde Orientierung oder mangelnde Zielsetzung beziehen, sollten in die Kategorie »Hilflos« eingeordnet werden.

Beispiele:

- »Ich habe keine Ahnung, was für einen Job ich nach der Schule bekommen möchte.«
- »Ich kann mich nicht für einen Job entscheiden.«
- »Ich bin eine schlechte Mutter.«
- »Mein Haus ist ein einziges Chaos.«

Globales, Allgemeines

Diese Kategorie bezieht sich auf unspezifische, weit gefasste Aussagen, die völlig umfassend und daher vage sind. Diese Antworten deuten auf ein allgemeines, allumfassendes oder übergreifendes Gefühl der Überforderung oder der Unfähigkeit hin.

Beispiele:

- »Scheint alles zu sein.«
- »Das Leben im Allgemeinen.«
- »Die Welt ist eine totale Qual.«

Hilflos

Diese Kategorie bezieht sich auf implizite oder spezifische Hinweise auf das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, gefangen oder verloren zu sein. Hinweise auf das Gefühl der Orientierungslosigkeit sind ebenfalls dieser Kategorie zuzuordnen. Allgemeine Aussagen über die Hoffnungslosigkeit über die eigene Unfähigkeit, mit der Zukunft fertig zu werden, zu funktionieren oder etwas zu erreichen, sollten hier platziert werden.

Beispiele:

- »Ich bin so außer Kontrolle.«
- »Ich fühle mich so gefangen.«
- »Ich werde scheitern, egal wie sehr ich es auch versuche.«

Unangenehme innere Zustände

Diese Kategorie bezieht sich auf spezifische, genaue Beschreibungen von Verletzungen, Ärger, Leiden, emotionalen Schmerzen und anderen negativen Emotionen im Stimmungsspektrum. Es handelt sich um symptomorientierte Reaktionen, die eher zustands- als eigenschaftsähnlich sind. Diese Reaktionen sind frei von intrasubjektiven Selbstreferenzen (z.B. »Ich hasse mich, weil ich mir immer Sorgen mache.«) und sind nicht global (z.B. »Alles macht mich traurig.«).

Beispiele:

- »Depression.«
- »Meine Nervosität.«
- »Dieses Elend.«

Unsicherheit oder Unfähigkeit, sich ausdrücken zu können

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, bei denen die Person unsicher oder nicht in der Lage ist, zu antworten. Sie kann Reaktionen umfassen, die absichtlich ausweichend, vermeidend oder apathisch erscheinen.

Beispiele:

- »Weiß nicht.«
- »Nicht sicher.«
- »Wen kümmert das?«

Druck (Stress)

Die Variable Druck (Stress) in der SSF (Jobes u.a. 1997) basiert auf Shneidmans (1993) Konstrukt des »Drucks«, das aus Murrays (1938) Arbeit über die Theorie des Druckes entwickelt wurde. Druck bezieht sich auf die Aspekte der inneren und äußeren Welt oder der Umwelt, die sich bewegen, berühren, auf eine Person einwirken und sie psychisch erheblich beeinflussen. Stress oder Druck kann dann eine Kraft sein, die Menschen in eine suizidale Krise treibt, insbesondere wenn Stress von mehreren Seiten kommt und über lange Zeit hinweg besteht. Druck kann positiv oder negativ sein und sowohl die objektiven Eigenschaften des Drucks als auch deren Interpretation beinhalten. Der Druck kann die Bemühungen einer Person, ein bestimmtes Ziel zu erreichen, erleichtern oder behindern. Wenn wir Druck (Stress) verstehen, wissen wir mehr darüber, was eine Person tun könnte, sobald wir eine Vorstellung von ihren Motiven oder Richtungsentscheidungen kombiniert mit ihrer Sicht auf die Umwelt haben. So wurde der zentrale Satz »Für mich ist ... am meisten mit Stress verbunden« zum Punkt Druck (Stress) auf dem SSF hinzugefügt, um die Selbstberichte von suizidalen Patientinnen und Patienten über die zentralen Belastungen zu identifizieren und zu beschreiben.

Kodierungskategorien (8)

Zwischenmenschlich

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die Beziehungsprobleme oder Probleme mit Kindern, Ehepartner, Partner, Eltern, Freunden, wichtigen anderen Personen oder anderen sozialen Interaktionen beschreiben. Reaktionen, die zeigen, dass man von anderen verletzt wurde oder andere verletzt hat, werden hier eingeordnet; Hinweise auf Alleinsein oder Isolation werden ebenfalls hierhin geordnet.

Beispiele:

- »Meine Familie stolz auf meinen neuen Job machen.«
- »Meine Freundin zieht sich von mir zurück.«
- »Ich habe hier keine Freunde und fühle mich wie ein Außenseiter.«

Selbst

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die die eigene Person betreffen oder von denen ein Bezug zur eigenen Person klar abgeleitet werden kann. Dies können Aussagen über Gefühle oder Eigenschaften des Selbst sein. Beschreibungen von beständigen Charakterzügen (Kernattributen) oder harte Selbstkritiken oder externe Beschreibungen des Selbst sind häufig.

Beispiele:

- »Ich bin kein guter Mensch.«
- »Ich bin nicht in der Lage, 10 Pfund zu verlieren.«
- »Ich bin schwach und zu emotional.«

Rolle und Verantwortlichkeiten

Diese Kategorie bezieht sich auf Verantwortlichkeiten oder Verpflichtungen, die mit den üblichen Erwartungen an die Rolle eines Erwachsenen einhergehen, einschließlich Arbeit,

Haushaltsführung oder Studium. Die Antworten können spezifische Beispiele einer Rollenwahrnehmung oder Verantwortlichkeit sein oder ein Gefühl der Ineffizienz in einer Rolle ausdrücken. Antworten, die Schule und Ausbildung, finanzielle Belastungen oder berufliche Sorgen beschreiben, werden hier mit einbezogen. Spezifische zukunftsorientierte Aussagen zur Karriere sind hier ebenfalls enthalten. Aussagen, die sich auf mangelnde Orientierung oder mangelnde Zielsetzung beziehen, sollten in die Kategorie »Hilflos« eingeordnet werden.

Beispiele:

- »Ich habe keine Ahnung, was für einen Job ich nach der Schule bekommen will.«
- »Ich komme nicht damit zurecht, über meine Zukunft nachzudenken.«
- »Ich kann es nicht ertragen, den ganzen Tag mit den Kindern zu Hause zu sein.«

Unangenehme innere Zustände

Diese Kategorie bezieht sich auf spezifische, genaue Beschreibungen von Verletzungen, Ärger, Leiden, emotionalen Schmerzen und anderen negativen Emotionen im Stimmungsspektrum. Es handelt sich um symptomorientierte Reaktionen, die eher zustands- als eigenschaftsähnlich sind. Diese Reaktionen sind frei von intrasubjektiven Selbstreferenzen (z.B. »Ich hasse mich, weil ich mir immer Sorgen mache.«) und sind nicht global (z.B. »Alles macht mich traurig.«).

Beispiele:

- »Ich bin die ganze Zeit besorgt und nervös.«
- »Dieser Schmerz ist zu viel.«
- »Ich bin es leid, depressiv zu sein.«

Globales, Allgemeines

Diese Kategorie bezieht sich auf unspezifische, weit gefasste Aussagen, die völlig umfassend und daher vage sind. Diese Antworten deuten auf ein allgemeines, allumfassendes oder übergreifendes Gefühl der Überforderung und/oder der Unfähigkeit hin.

Beispiele:

- »Die Welt um mich herum.«
- »Leben.«
- »Alles.«

Situationsspezifisch

Diese Kategorie bezieht sich auf situationsspezifische Antworten, d. h. auf Antworten, die sich auf einen bestimmten Ort oder eine bestimmte Zeit beziehen. Alle Verweise auf eine bestimmte Situation oder einen bestimmten Umstand oder alle Hinweise auf einen bestimmten Ort, eine bestimmte Zeit oder bestimmte Ereignisse gehören ebenfalls hierher. (Hinweis: Die Erwähnung einer bestimmten Person wäre besser in der Kategorie »Zwischenmenschlich« aufgehoben).

Beispiele:

- »Wenn ich abends nach Hause in meine leere Wohnung komme.«
- »Als erstes, wenn ich aufwache.«
- »Immer wenn ich ein Lied unserer Lieblingsband höre.«

Hilflos

Diese Kategorie bezieht sich auf implizite oder spezifische Hinweise auf das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, gefangen oder verloren zu sein. Hinweise auf das Gefühl der Orientierungslosigkeit sind ebenfalls in dieser Kategorie enthalten. Allgemeine Aussagen über die Hoffnungslosigkeit über die eigene Unfähigkeit, mit der Zukunft fertig zu werden, zu funktionieren oder etwas zu erreichen, sollten hier platziert werden. (Wenn sich die Aussage auf eine Rolle oder Verantwortung bezieht [z.B. »Meine Karriere«], dann platzieren Sie sie in der Kategorie Rolle und Verantwortlichkeiten).

Beispiele:

- »Ich verstehe nichts mehr und weiß nicht, wie es weitergehen soll.«
- »Ich weiß nicht, was ich will.«
- »Ich werde nie etwas erreichen, egal was ich tue.«

Unsicherheit oder Unfähigkeit, sich ausdrücken zu können

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, bei denen die Person unsicher oder nicht in der Lage ist, zu antworten. Sie kann Reaktionen umfassen, die absichtlich ausweichend, vermeidend oder apathisch erscheinen.

Beispiele:

- »Ich weiß es nicht.«
- »Das sage ich nicht.«
- »Wer weiß?«

Innere Unruhe (Perturbation)

Die Variable »Innere Unruhe« der SSF basiert auf Shneidmans (1993) Konstrukt der »Perturbation«. Perturbation ist eine Wort-Neuschöpfung Shneidmans, die den Zustand des Aufgeregtheits oder der Beunruhigung bezeichnen soll. In Bezug auf Suizidalität beinhaltet diese Beunruhigung (1) eine Einschränkung der Wahrnehmung und (2) eine Neigung zu voreiliger Selbstverletzung oder feindseligen Handlungen. Unter Einschränkung der Wahrnehmung versteht man die Reduktion des individuellen Wahrnehmungsumfangs und der kognitiven Reichweite. Im schlimmsten Fall meint die Einschränkung ein eingegengtes Denken, einen Tunnelblick und die Konzentration auf nur wenige Optionen, wobei Tod und Flucht die einzige Lösung für psychischen Schmerz und frustrierte Grundbedürfnisse sind.

Der Hang zum Agieren bezieht sich auf Impulsivität oder die starke Tendenz, Dinge rasch zu erledigen und eine sofortige Lösung herbeizuführen, wobei wenig Geduld und kaum Toleranz für stressige Situationen vorhanden sind. Im schlimmsten Fall besteht eine klare Tendenz zu überstürzten und potenziell impulsiven selbstzerstörerischen Handlungen.

Es gibt keinen anderen Begriff in der Suizidologie, der das, was Shneidman mit dem Begriff der Perturbation zu beschreiben beabsichtigte, ganz erfasst. Begriffe wie Angst, Aufruhr, Impulsivität, Irritation oder Ärger bilden nicht die kognitive und affektive Komplexität ab, die dem Störungs-konstrukt innewohnt. Vielleicht ist das Konstrukt deshalb schwer fassbar und sowohl für Behandelnde als auch für Patienten schwer zu verstehen. In Luomas (1999) Studie über SSF-Konstrukte war die Perturbation für Studierende einer der am schwersten zu begreifenden Begriffe; ihr konzeptuelles Verständnis konzentrierte sich eher auf negative Emotionen.

Bei dieser Konzentration auf negative Emotionen wird sowohl die kognitiv orientierte Wahrnehmungseinschränkung als auch die eher affektiv ausgerichtete Dringlichkeit oder Impulsivität übersehen. Auf der Grundlage dieser Arbeit wurde das revidierte SSF-Item »Innere Unruhe« daher ausdrücklich definiert als »emotionale Dringlichkeit; das Gefühl, dass man handeln muss; nicht Irritation; nicht Verärgerung«. Auch hier spricht die überarbeitete Definition nur die emotionale Dringlichkeitsseite der Definition an und nicht die Wahrnehmungseinschränkung an sich. Schließlich enthält der auf dem SSF-Formular verwendete Halbsatz auch eine zeitliche Komponente. Offene Antworten werden daher eher situationsspezifisch sein, da die Patientinnen und Patienten auf die Aufforderung »Ich habe am ehesten das Bedürfnis, etwas zu tun, wenn ...« reagieren.

Kodierungskategorien (9)

Zum Handeln gezwungen

In dieser Kategorie geht es um den ausdrücklichen Wunsch einer Person, dringend etwas in ihrem Leben zu ändern, um den erkannten Bedarf an einer schnellen Lösung, um Handlungsbedarf. Eingebettet in diese Kategorie ist das Bewusstsein für den Mangel an Veränderung (das Feststecken) und die Notwendigkeit, etwas Entscheidendes tun zu müssen.

Beispiele:

- »Ich will die Dinge jetzt einfach nur in Ordnung bringen.«
- »Ich tue nichts.«
- »Es muss etwas getan werden, um diesen Zustand, in dem ich mich befinde, zu beenden.«

Globales, Allgemeines

Diese Kategorie bezieht sich auf unspezifische, weit gefasste Aussagen, die völlig umfassend und daher vage sind. Diese Antworten deuten auf ein allgemeines, allumfassendes oder übergreifendes Gefühl der Überforderung oder der Unfähigkeit hin.

Beispiele:

- »Ich fühle mich völlig überfordert.«
- »Alles fällt auf mich zurück.«
- »Mein Kopf ist durcheinander mit allem, was ich zu bewältigen habe.«

Hilflos

Diese Kategorie bezieht sich auf explizite oder implizite Aussagen über das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren oder nicht in der Lage zu sein, Dinge zu ändern. Hinweise auf ein Gefühl der Orientierungslosigkeit und Unsicherheit angesichts der Zukunft gehören zu dieser Kategorie. Auch Hinweise auf eingengtes Denken, fehlende Optionen, eine enge Sicht der Dinge sowie allgemeine Aussagen über die eigene Unfähigkeit, die Zukunft zu bewältigen, zu funktionieren und zu erreichen, sollten hier platziert werden.

Beispiele:

- »Die Dinge sind außer Kontrolle.«
- »Es gibt nichts, was ich tun kann, um es besser zu machen.«
- »Ich habe keine Optionen, es wird sich nichts ändern.«

Unsicherheit oder Unfähigkeit, sich ausdrücken zu können

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, bei denen die Person unsicher oder nicht in der Lage ist, zu antworten. Sie kann Reaktionen umfassen, die absichtlich ausweichend, vermeidend oder apathisch erscheinen.

Beispiele:

- »Ich weiß nicht.«
- »Unsicher.«
- »Würden Sie das nicht gerne wissen?«

Situationsspezifisch

Diese Kategorie bezieht sich auf situationsspezifische Antworten, d. h. auf Antworten, die sich auf einen bestimmten Ort oder eine bestimmte Zeit beziehen. Alle Hinweise auf eine bestimmte Situation, einen bestimmten Umstand oder Hinweise auf einen bestimmten Ort, eine bestimmte Zeit oder bestimmte Ereignisse gehören ebenfalls hierher. (Hinweis: Die Erwähnung einer bestimmten Person wäre besser in der Kategorie »Zwischenmenschlich« aufgehoben).

Beispiele:

- »Ich komme abends nach Hause in meine leere Wohnung.«
- »Als erstes, wenn ich aufwache.«
- »Ich höre ein Lied von unserer Lieblingsband.«

Unangenehme innere Zustände

Diese Kategorie bezieht sich auf spezifische Beschreibungen von Verletzungen, Ärger, Leiden, emotionalen Schmerzen und anderen negativen Emotionen im Stimmungsspektrum. Es handelt sich um symptomorientierte Reaktionen, die eher zustands- als eigenschaftsbezogen sind. Diese Antworten sind frei von intrasubjektiven Selbstbezügen (z.B. »Ich hasse mich, weil ich mir immer Sorgen mache«) und nicht global (z.B. »Alles macht mich traurig«).

Beispiele:

- »Ich fühle mich ängstlich.«
- »Ich falle auseinander, wenn ich wütend werde.«
- »Die Depression ist mehr, als ich ertragen kann.«

Selbst

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die die eigene Person betreffen oder eindeutig der eigenen Person zugeordnet werden können. Dies können Aussagen über Gefühle oder Eigenschaften des Selbst sein. Beschreibungen von beständigen Charakterzügen (Kernattributen) oder harte Selbstkritiken oder externe Beschreibungen des Selbst sind häufig.

Beispiele:

- »Ich merke doch, was für ein Verlierer ich bin.«
- »Ich komme mir besonders erbärmlich vor.«
- »Ich bin so ein Versager, niemand wird mich lieben.«

Zwischenmenschlich

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die Beziehungsprobleme oder Probleme mit Kindern, Ehepartner, Partner, Eltern, Freunden, wichtigen anderen Personen oder anderen sozialen Interaktionen beschreiben. Reaktionen, die zeigen, dass man von anderen verletzt wurde oder andere verletzt hat, werden hier eingeordnet; Hinweise auf Alleinsein oder Isolation.

Beispiele:

- »Stefan schreit mich an.«
- »Ich denke daran, dass ich niemanden habe, der mich wirklich liebt.«
- »Ich bin eine Enttäuschung für meinen Vater.«

Rolle und Verantwortlichkeiten

Diese Kategorie bezieht sich auf Verantwortlichkeiten oder Verpflichtungen, die mit den üblichen Erwartungen an die Rolle eines Erwachsenen einhergehen, einschließlich Arbeit, Haushaltsführung oder Studium. Die Antworten können spezifische Beispiele einer Rolle oder Verantwortlichkeit sein oder ein Gefühl der Ineffizienz in einer Rolle ausdrücken. Antworten, die Schule und Ausbildung, finanzielle Belastungen oder berufliche Sorgen beschreiben, werden hier mit einbezogen. Spezifische zukunftsorientierte Aussagen zur Karriere sind hier ebenfalls enthalten. Aussagen, die sich auf mangelnde Orientierung oder mangelnde Zielsetzung beziehen, sollten in die Kategorie Hilflös eingeordnet werden.

Beispiele:

- »Ich denke darüber nach, dass ich keine Ahnung habe, was für einen Job ich nach der Schule bekommen möchte.«
- »Ich denke über meine Finanzen nach.«
- »Ich sehe, was für ein schlechtes Elternteil ich bin.«

Hoffnungslosigkeit

Hoffnungslosigkeit ist eher ein kognitiver Stil als ein emotionaler Zustand; diese Unterscheidung macht den Unterschied zwischen Hoffnungslosigkeit und Depression aus. Beck und Kollegen (1979) bezeichnen Hoffnungslosigkeit als die Überzeugung eines Individuums, dass sich seine Situation nicht verbessern wird, unabhängig davon, was dieses Individuum tut, um die Situation zu verändern. Diese Überzeugung kann auf alles im Leben eines Menschen ausgerichtet werden. Es gibt die Theorie, dass Menschen, die glauben, dass sich ihre Situation nie verbessern wird, das Leben »aufgeben« und nicht den Wunsch verspüren, eine Situation zu ertragen, von der sie glauben, dass sie nie besser werden wird.

Hoffnungslosigkeit wurde immer wieder als wichtige Komponente des Suizidrisikos erkannt und kann in der Behandlung gezielt angegangen und modifiziert werden (Brown u.a. 2000). Hoffnungslosigkeit wurde auch als ein Konstrukt vorgeschlagen, das verschiedene Überzeugungsgrade hat. Beispielsweise haben Personen, die denken, dass sich ihre Situation nicht verbessern wird, ein geringeres Suizidrisiko als Personen, die wirklich glauben, dass sich ihre Situation nie verbessern wird.

Die meisten Maße für Hoffnungslosigkeit neigen dazu, das Konstrukt global zu bewerten; es gibt jedoch neuere Studien, die versuchen, damit zusammenhängende Konstrukte und Komponenten der Hoffnungslosigkeit zu bewerten. Zum Beispiel wird Perfektionismus als ein Faktor

angesehen, der zum Suizidrisiko beiträgt. Die Theorie besagt, dass Personen, die unrealistisch hohe Standards und Erwartungen setzen und aufrechterhalten, dem Risiko des Suizids ausgesetzt sind, weil ihre Standards so hoch angesetzt sind, dass sie diese in Wirklichkeit nicht erreichen können. Die Individuen nehmen eine hoffnungslose Haltung ein, weil sie nie in der Lage sein werden, die persönlichen oder gesellschaftlichen Erwartungen zu erfüllen, die an sie gestellt werden.

Andere Forschungen legen nahe, dass hoffnungslose Personen nicht in der Lage sind, positive Gedanken über die Zukunft zu entwickeln oder nur negative Ereignisse antizipieren können. Diese verschiedenen Theorien und damit verbundenen Konstrukte haben alle ein gemeinsames Thema innerhalb der Hoffnungslosigkeit: Der Einzelne glaubt, dass sich seine Situation, was immer er auch für Maßnahmen ergreift, nicht verbessert. Zu den spezifischen Bereichen, die der Einzelne als hoffnungslos empfindet, wurden bisher nur wenige Arbeiten veröffentlicht. Offene Antworten werden daher eher situationsspezifisch sein, da die Patientinnen und Patienten auf die Aufforderung »Ich bin am meisten hoffnungslos in Bezug auf ...« reagieren.

Kodierungskategorien (7)

Globales, Allgemeines

Diese Kategorie bezieht sich auf unspezifische, weit gefasste Aussagen, die völlig umfassend und daher vage sind. Diese Antworten deuten auf ein allgemeines, allumfassendes oder übergreifendes Gefühl der Überforderung und/oder der Unfähigkeit hin.

Beispiele:

»Leben.«

»Alles.«

»Die Dinge im Allgemeinen.«

Zukunft

Diese Kategorie bezieht sich auf allgemeine Aussagen oder Schlussfolgerungen über die Zukunft einer Person, diese Aussagen können spezifisch oder unspezifisch sein. Alle globalen Aussagen über die Zukunft würden in diese Kategorie eingeordnet, zusammen mit spezifischen Aussagen über bestimmte Träume, Fähigkeiten, Ereignisse oder Erfahrungen (außer Karriere oder Schule; siehe Rolle und Verantwortlichkeiten) mit einem klaren Bezug zur Zukunft.

Beispiele:

»Die Zukunft.«

»Meine Träume zu verwirklichen.«

»Meine Ziele erreichen.«

Zwischenmenschlich

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die sich auf spezifische Beziehungsprobleme oder Probleme mit Kindern, Ehepartner, Partner, Eltern, Freunden, wichtigen anderen Personen oder anderen sozialen Interaktionen beziehen. Jede Reaktion, die darauf hinweist, dass man von anderen verletzt wurde oder andere verletzt hat, gehört hierher; spezifische Hinweise auf das Alleinsein oder die Isolation gehören ebenfalls hierher.

Beispiele:

- »Menschen bei der Arbeit.«
- »Meine Beziehung zu meinem Freund.«
- »Alle.«

Rolle und Verantwortlichkeiten

Diese Kategorie bezieht sich auf Verantwortlichkeiten oder Verpflichtungen, die mit den üblichen Erwartungen an die Rolle eines Erwachsenen einhergehen, einschließlich Arbeit, Haushaltsführung oder Studium. Die Antworten können spezifische Beispiele einer Rolle oder Verantwortlichkeit sein oder ein Gefühl der Ineffizienz in einer Rolle ausdrücken. Antworten, die Schule und Ausbildung, finanzielle Belastungen oder berufliche Sorgen beschreiben, werden hier mit einbezogen.

Die Antworten können umfassende Hinweise auf aktuelle Aufgabenstellungen enthalten. Auch konkrete, zukunftsorientierte Aussagen zur Karriere fallen darunter.

Beispiele:

- »Meine Karriereambitionen verwirklichen.«
- »Mit der Schule fertig werden.«
- »Geld.«

Selbst

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die die eigene Person betreffen oder eindeutig eigenen Person zugeordnet werden können. Dies können Aussagen über Gefühle oder Eigenschaften des Selbst sein. Beschreibungen von beständigen Charakterzügen (Kernattributen) oder harte Selbstkritiken oder externe Beschreibungen des Selbst sind häufig. Aussagen darüber, wie man die Kontrolle über das eigene Verhalten, die eigenen Gedanken oder Gefühle erlangt, würden ebenfalls in diese Kategorie fallen.

Beispiele:

- »Mich selbst verstehen.«
- »Zu dick sein.«
- »Ich bin schlecht im Umgang mit meinen Gefühlen.«

Unangenehme innere Zustände

Diese Kategorie bezieht sich auf spezifische, genaue Beschreibungen von Verletzungen, Ärger, Leiden, emotionalen Schmerzen und anderen negativen Emotionen im Stimmungsspektrum. Es handelt sich um symptomorientierte Reaktionen, die eher zustands- als eigenschaftsähnlich sind. Diese Reaktionen sind frei von intrasubjektiven Selbstreferenzen (z.B. »Ich hasse mich, weil ich mir immer Sorgen mache.«) und sind nicht global (z.B. »Alles macht mich traurig.«).

Beispiele:

- »Meine Ängstlichkeit wird nie verschwinden.«
- »Wenn ich wütend bin, drehe ich durch.«
- »Ich fürchte, ich werde immer deprimiert sein.«

Unsicherheit bzw. Unfähigkeit, sich auszudrücken zu können

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, bei denen die Person unsicher oder nicht in der Lage ist, zu antworten. Sie kann Reaktionen umfassen, die absichtlich ausweichend, vermeidend oder apathisch erscheinen.

Beispiele:

- »Weiß nicht.«
- »Keine Ahnung.«
- »Wen kümmert das?«

Selbsthass

Selbsthass kann als negativer Affekt konzeptualisiert werden, der aus einer Zunahme der Selbstwahrnehmung resultiert (Baumeister 1990). Das Individuum macht die Erfahrung, dass ein bestimmtes Ereignis nicht den persönlichen Ansprüchen oder Erwartungen entspricht. Wenn dann interne Attributionen zur Erklärung dieses Ereignisses vorgenommen werden, beginnt man, sich selbst zu hassen und versucht, diesen Zustand durch kognitive Dekonstruktionsprozesse zu vermindern. Dadurch werden Denkprozesse und Hemmschwellen herabgesetzt, was einen Suizidversuch begünstigt.

Üblicherweise haben Menschen ein bestimmtes Bild von sich selbst, das durch verschiedene psychologische Mechanismen gefördert und aufrechterhalten wird. Werden diese Ansichten in Frage gestellt (insbesondere im Rahmen einer Therapie), kann die Patientin, der Patient das »befürchtete Selbstbild« im Kontrast zu seinem früheren »idealen Selbst« erleben. Ein solcher Prozess führt nicht selten zu Selbsthass und kann ein Auslöser für einen Suizidversuch sein (Baumeister 1990).

Selbsthass lässt sich schließlich als Teufelskreis konzeptualisieren. Demnach führt eine Person aufgrund von Selbsthass selbstschädigende Handlungen durch. Die negativen Folgen solcher Handlungen führen zu einer Zunahme des Selbsthasses, wodurch ein regelrechter Teufelskreis entstehen kann. Der Betroffene kann dann entweder seine Leistung herabstufen, um sein ursprüngliches Bild von sich selbst zu bestätigen (Selbsthass bei hoher Leistung), oder sich weniger anstrengen, um mögliche Misserfolge zu entschuldigen. Daher wird der Halbsatz »Was ich am meisten an mir hasse, ist ...« verwendet, um die Selbsthass-Erfahrung einer suizidgefährdeten Person weiter zu klären.

Kodierungskategorien (7)

Hilflos

Diese Kategorie bezieht sich auf implizite oder spezifische Hinweise auf das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren, gefangen oder verloren zu sein. Hinweise auf das Gefühl der Orientierungslosigkeit sind ebenfalls in dieser Kategorie enthalten. Allgemeine Aussagen über die Hoffnungslosigkeit über die eigene Unfähigkeit, mit der Zukunft fertig zu werden, zu funktionieren oder etwas zu erreichen, sollten hier platziert werden.

Beispiele:

- »Ich bin nicht in der Lage, über mein Problem zu sprechen.«
- »Ich habe keine Möglichkeit, meine Depression zu stoppen.«
- »Von hier aus kann ich nirgendwo hingehen.«

Innere Deskriptoren

Diese Kategorie bezieht sich auf Aussagen über das Fehlen positiver Eigenschaften einer Person oder das Vorhandensein negativer Eigenschaften bei ihr selbst. Dabei kann es sich auch um Aussagen über Gefühle über sich selbst handeln, die in der Regel harsche Selbstkritik über die inneren Beschreibungen der eigenen Person beinhalten.

Beispiele:

- »Ich bin ein Feigling.«
- »Ich bin nicht intelligent.«
- »Ich bin einfach nur verkorkst.«

Äußere Deskriptoren

Diese Kategorie bezieht sich auf Aussagen über die Abneigung einer Person gegen bestimmte äußere Aspekte ihrer Person, wie z. B. ihr persönliches Aussehen, ihren Körper oder das Verhalten, das sie an den Tag legt.

Beispiele:

- »Ich sehe immer wütend aus.«
- »Ich bin hässlich.«
- »Ich mag meinen Körper nicht.«

Zwischenmenschlich

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, die sich auf spezifische Beziehungsprobleme oder Probleme mit Kindern, Ehepartner, Partner, Eltern, Freunden, wichtigen anderen Personen oder anderen sozialen Interaktionen beziehen. Jede Reaktion, die darauf hinweist, dass man von anderen verletzt wurde oder andere verletzt hat, gehört hierher; spezifische Hinweise auf das Alleinsein oder die Isolation gehören ebenfalls hierher.

Beispiele:

- »Meine Eltern zu verletzen.«
- »Meine Freundin hat mit mir Schluss gemacht.«
- »Ich passe hier nicht in die Schule.«

Globales, Allgemeines

Diese Kategorie bezieht sich auf unspezifische, weit gefasste Aussagen, die völlig umfassend und daher vage sind. Diese Antworten deuten auf ein allgemeines, allumfassendes oder übergreifendes Gefühl der Überforderung oder der Unfähigkeit hin.

Beispiele:

- »Alles an mir.«
- »Mich selbst.«
- »Mein ganzes Leben.«

Rolle und Verantwortlichkeiten

Diese Kategorie bezieht sich auf Verantwortlichkeiten oder Verpflichtungen, die mit den üblichen Erwartungen an die Rolle eines Erwachsenen einhergehen, einschließlich Arbeit, Haushaltsführung oder Studium. Die Antworten können spezifische Beispiele einer Rolle oder Verantwortlichkeit sein oder ein Gefühl der Ineffizienz einer Rollenwahrnehmung ausdrücken.

Antworten, die Schule und Ausbildung, finanzielle Belastungen oder berufliche Sorgen beschreiben, werden hier mit einbezogen. Auch konkrete, zukunftsorientierte Aussagen zur Karriere fallen darunter. Aussagen, die sich auf Orientierungs- oder Ziellosigkeit beziehen, sollten in die Kategorie »Hilflos« eingeordnet werden.

Beispiele:

»Ich kann nicht genügend Geld verdienen.«

»Ich kann mich nicht für einen Job entscheiden.«

»Ich tauge nicht als Elternteil.«

Unsicherheit bzw. Unfähigkeit, sich ausdrücken zu können

Diese Kategorie bezieht sich auf Antworten, bei denen die Person unsicher oder nicht in der Lage ist, zu antworten. Sie kann Reaktionen umfassen, die absichtlich ausweichend, vermeidend oder apathisch erscheinen.

Beispiele:

»Weiß nicht.«

»Keine Ahnung.«

»Sagen Sie es mir.«

KODIERHANDBUCH FÜR DIE SSF-ITEMS »GRÜNDE FÜR DAS LEBEN« UND »GRÜNDE FÜR DEN TOD«

Überblick über die Kategorisierung von Gründen für das Leben und Gründen für den Tod

Im Bereich der Suizidologie haben sich bislang die empirischen und theoretischen Arbeiten vor allem auf zwei separate und diametral entgegengesetzte Bereiche konzentriert: auf Risikofaktoren und Beweggründe für den Suizid (Gründe für den Tod) und auf lebenserhaltende Einstellungen (Gründe für das Leben; GfL). Diese beiden Forschungszweige haben umfangreiche und nützliche Erkenntnisse über die Motive für eine Selbsttötung geliefert. Um die Suizidmotivation eines Menschen vollständig zu verstehen, ist jedoch eine umfassendere, ausgewogenere Betrachtung erforderlich: Was hilft einem Menschen das eigene Leben zu bewahren, und was bringt einen Menschen dazu, aufzugeben? Vielleicht können wir Suizidalität besser verstehen, wenn wir die Gründe für das Leben den Gründen für den Tod (GfT) gegenüberstellen.

Warum Gründe für das Leben und Gründe für den Tod?

Linehan und Kollegen (1983) gingen davon aus, dass suizidgefährdeten Personen lebensbejahende Überzeugungen fehlen, die sie davon abhalten würden, Suizid zu begehen. Sie entwickelten das Reasons for Living Inventory, um zu untersuchen, wie wichtig diese Überzeugungen sind, um nicht durch Suizid zu sterben. Es wurden sechs verschiedene Elemente als Gründe für das Leben identifiziert: Überlebensstrategien und Coping, Verantwortung gegenüber der Familie, Sorgen um die Kinder, Angst vor Suizid, Angst vor sozialer Ächtung und ethische Überlegungen. Die aus dem Reasons for Living Inventory gewonnenen Informationen tragen jedoch nur zu einer Seite der Gleichung bei. Es ist genauso wichtig, die Beweggründe eines Menschen zu verstehen, sich das Leben nehmen zu wollen und. Deshalb ist es wichtig, auch nach den Gründen für den Tod zu fragen. Diese Überlegungen führten zur Entwicklung der GFL- und GFT-Bewertung, um beide Seiten der Waage gleichzeitig zu betrachten. In dem Bemühen, Suizidalität besser zu verstehen, wurden Personen, die Suizidgedanken äußerten, gebeten, ihre Gründe für das Leben und Gründe für den Tod aufzulisten. Die Personen wurden außerdem gebeten, jede Liste nach Wichtigkeit zu ordnen.

Übergeordnete Kategorien

Jobes und Mann (1999) haben gezeigt, dass die GFL und GFT in unterschiedliche verlässliche Kodierkategorien unterteilt werden können. Ein Ziel des Kodierungsprozesses ist es, die Kategorien in größere, übergeordnete Kategorien zu gliedern: Zuversicht für sich selbst, für andere und für die Zukunft sowie Hoffnungslosigkeit für sich selbst, für andere und für die Zukunft. Zuversicht und Hoffnungslosigkeit für sich selbst, für andere und für die Zukunft: Nach Becks (1967) kognitiver Theorie der Depression äußern depressive Menschen eine negative Sicht auf sich selbst, ihre Welt und ihre Zukunft – die »kognitive Triade«. Diese negativen Ansichten

werden oft in Gefühlen und Aussagen von Hoffnungslosigkeit oder negativen Erwartungen ausgedrückt. Beck (1986) konnte zeigen, dass Gefühle der Hoffnungslosigkeit einer der wichtigsten Prädiktoren für Suizidalität und ein hervorragender Indikator für aktuelle Suizidabsichten sind. Im Gegensatz zur Hoffnungslosigkeit als Risikofaktor für Suizidalität kann die Zuversicht als Schutzfaktor angesehen werden. Range und Penton (1994) fanden heraus, dass GFL positiv mit Zuversicht und negativ mit Hoffnungslosigkeit korreliert sind.

Das Selbst und der Andere Bakan (1966) benutzte die Begriffe »agency« und »communion«, um die Pole eines Kontinuums für die menschliche Erfahrung zu bezeichnen. Agency steht für den Wunsch nach Individuation, Selbstschutz und Selbstkontrolle. Gemeinschaft steht für das Verlangen nach persönlichen Beziehungen, Bindung und Intimität. Jeder Mensch befindet sich irgendwo auf diesem Kontinuum. Dieses Konzept von Agency und Communion kann bei dem Bemühen, suizidgefährdete Menschen besser zu verstehen, herangezogen werden. Jobes (1995) hat dieses Kontinuum mit den Begriffen intrapsychisch (Selbst) und interpsychisch (Beziehung) beschrieben. Der intrapsychische Pol des Kontinuums wäre durch eine Ausrichtung auf innere, subjektive, phänomenologische Fragen definiert. Die suizidale Person, die sich als intrapsychisch beschreiben würde, würde sich in erster Linie auf Themen konzentrieren, die sich auf das eigene Selbst und nicht auf andere beziehen. Am entgegengesetzten Ende des Kontinuums würde der interpsychische Pol als Konzentration auf äußere, beziehungsbezogene Themen verstanden werden. In diesem Fall würde sich die suizidgefährdete Person vor allem auf andere und zwischenmenschliche Beziehungen konzentrieren und nicht auf das Selbst.

Zusammenhang von Kategorien und übergeordneten Kategorien

Um zu bestimmen, welche Kategorien zu den einzelnen übergeordneten Kategorien gehören, müsste eigentlich ein zusätzliches Modul für das Kodierhandbuch entwickelt und auf Interrater-Reliabilität getestet werden. Man kann jedoch mit Hilfe theoretischer Überlegungen und des gesunden Menschenverstandes abschätzen, in welche übergeordnete Kategorie die einzelnen Kategorien fallen sollten. Auf Grundlage der Literatur zu Beweggründen für Suizid und lebensbejahenden Überzeugungen sollten GFL in die übergeordnete Kategorie »Zuversicht« eingeordnet werden, und GFT in die Kategorie »Hoffnungslosigkeit«. Die GFL-Kategorien »Angenehme Erfahrungen«, »Glauben« und »Selbst« würden unter die Überschrift »Zuversicht in Bezug auf das Selbst« fallen. Die GFL-Kategorien »Familie«, »Freunde«, »Verantwortung gegenüber anderen« und »Andere belasten« gehören in die Rubrik »Zuversicht in Bezug auf andere«. Die verbleibenden GFL-Kategorien »Hoffnung für die Zukunft« und »Pläne und Ziele« passen unter die Überschrift »Hoffnung für die Zukunft«. Parallel würden die GFT-Kategorien »Einsamkeit«, »Allgemeine Deskriptoren des Selbst« und die Flucht-Kategorien unter die Überschrift »Hoffnungslosigkeit in Bezug auf das Selbst« fallen. Die GFT-Kategorien »Andere (Beziehungen)« und »Andere entlasten« würden der Kategorie »Hoffnungslosigkeit in Bezug auf andere« zugeordnet werden. Die GFT-Kategorie »Hoffnungslosigkeit« würde ganz eindeutig unter die Überschrift »Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die Zukunft« fallen.

Allgemeine Richtlinien für die Kodierung

Den Kodierenden werden die konkreten Antworten der suizidgefährdeten Person auf den GFL- und GFT-Listen vorgelegt. In der Regel gaben die Patienten bis zu fünf Antworten pro Liste an. Für jede Antwort gibt es eine eigene Zeile auf dem Kodierbogen. Es gibt zwei getrennte Kodierbögen, einen für GFL und einen für GFT. Die Antwortlisten sollten unabhängig voneinander kodiert werden. Die verschiedenen Kategorien innerhalb eines Bereichs sind als sich wechselseitig ausschließend zu betrachten. Daher sollte jeder Grund nur in eine Kategorie eingeordnet und anschließend mit einem Code versehen werden. Bei der Kodierung eines Grundes sollten der Kodierenden, auch wenn eine gewisse Interpretation erforderlich sein kann, die Antwort im Allgemeinen für bare Münze nehmen und so wenig wie möglich Vermutungen über die Beweggründe oder Umstände anstellen, die den Grund begleiten könnten.

Spezifische Richtlinien für die Kodierung

Die Kategoriebezeichnungen befinden sich oben in den Spalten auf der rechten Seite der Kodierblätter. Den Kodierenden wird die Sammlung der Antworten vorgelegt. Sie müssen entscheiden, in welche Kategorie die Antwort einzuordnen ist, und ein Häkchen in der entsprechenden Spalte der Kategorie setzen. Bevor der Kodierer mit der nächsten Antwort fortfährt, sollte er in der Spalte Konfidenzbewertung den Grad der Sicherheit seiner Wahl von 1 bis 5 bewerten. Die Bewertung erfolgt auf einer Skala von 1 bis 5, wobei 1 für »überhaupt nicht sicher« und 5 für »sehr sicher« steht. Sobald die Antwort in eine Kategorie eingeordnet wurde und die Konfidenzbewertung abgeschlossen ist, sollte der Kodierer zur nächsten Antwort übergehen. Nach Abschluss dieser Aufgaben für eine Gruppe von Antworten sollte der Kodierer den Vorgang für die andere Gruppe von Antworten wiederholen.

Wofür werden die Kodierungen verwendet?

Mit der Kodierung der Antworten auf die GFL- und GFT-Fragen werden zwei Ziele verfolgt. Zum einen sollen gemeinsame Kategorien ermittelt werden, in die diese Gründe fallen könnten. Zweitens sollen diese kategorisierten Antworten verwendet werden, um Typisierungen von suizidgefährdeten Personen vorzunehmen, die dann möglicherweise als Informationsgrundlage für die Vorhersage von Behandlungsergebnisse dienen können.

Gründe für das Leben – Kodierungskategorien

Familie

In dieser Kategorie geht es um alle Hinweise auf die Familie, wie z. B. Ehe oder Kinder.

Beispiele:

»Meine Eltern.«

»Meine Eltern lieben mich.«

»Mein Mann.«

Freunde

Diese Kategorie bezieht sich auf jede Erwähnung von Freunden einschließlich bestimmter Namen (z. B. John oder Cindy). Hinweise auf einen Freund oder eine Freundin sollten ebenfalls in diese Kategorie eingeordnet werden. Wenn aus der Antwort hervorgeht, dass es sich bei der erwähnten Person um ein Familienmitglied handelt, ist sie in die Kategorie »Familie« einzuordnen.

Hinweis: Wenn in einer Antwort sowohl Familie als auch Freunde genannt werden, ordnen Sie sie in die Kategorie der ersten Gruppe ein, die genannt wird. Steht in der Antwort zum Beispiel »Familie und Freunde«, dann ordnen Sie diese Antwort in die Kategorie »Familie« ein, lautet die Antwort jedoch »Freunde und Familie«, dann ordnen Sie die Antwort in die Kategorie »Freunde« ein.

Verantwortung gegenüber anderen

In dieser Kategorie geht es um Antworten, die mit der Verantwortung und den Verpflichtungen gegenüber anderen Menschen zu tun haben.

Beispiele:

- »In der Buchhandlung arbeiten.«
- »Ich will die Leute nicht enttäuschen.«
- »Ich muss meine Schüler unterrichten.«

Andere belasten

Diese Kategorie zielt auf Aussagen, die sich auf Bedenken, Befürchtungen oder Ängste beziehen, andere (Familie, Freunde, andere speziell identifizierte Personen) mit den Folgen des Suizids zu beunruhigen oder zu belasten.

Beispiele:

- »Schuldgefühle in der Familie« oder »Ich möchte niemanden aus der Fassung bringen«.
- »Meine Eltern wären sehr bestürzt, wenn ich sterben würde.«
- »Unser Pfarrer wäre sehr traurig, wenn ich mich umbringen würde.«

Pläne und Ziele

In dieser Kategorie geht es um Aussagen, die sich auf zukunftsorientierte Pläne beziehen. Die Aussagen können den Wunsch ausdrücken, etwas zu Ende zu bringen oder sich mit Dingen zu befassen, die noch zu erledigen sind. In der Regel handelt es sich um selbstbezogene Aussagen. Sie sollten jedoch in diese Kategorie eingeordnet werden, wenn sie sich auf Ziele oder Zukunftspläne beziehen. Diese Aussagen enthalten einen Sinn für das Handeln. Allgemeinere Aussagen, die sich auf das »Selbst« beziehen, sollten in die Kategorie »Selbst« eingeordnet werden.

Beispiele:

- »Ich möchte die Schule beenden« oder »Ich möchte nach Europa reisen«.
- »Ich möchte eines Tages Kinder haben.«
- »Es gibt noch so viel, was ich in meinem Leben tun möchte.«

Hoffnung für die Zukunft

Diese Kategorie bezieht sich auf zukunftsorientierte Aussagen, die sich mit vagen abstrakten Sehnsüchten befassen. Die Aussagen drücken eine hoffnungsvolle Haltung aus oder beziehen sich auf eine Neugierde, wie sich die Dinge entwickeln werden, sind aber passiver als die Aussagen, die in die Kategorie »Pläne und Ziele« fallen.

Beispiele:

»Meine Träume.«

»Ich glaube, dass sich alles zum Guten wenden wird« oder »Ich hoffe, dass ich mich nicht mehr schlecht fühlen werde«.

»Ich will wissen, wie es weitergehen wird.«

Angenehme Erfahrungen

Diese Kategorie bezieht sich auf Aktivitäten oder Objekte, die lediglich erwähnt oder auch als etwas bezeichnet werden, das man genießt. Diese Verweise umfassen auch Wertgegenstände wie ein Haustier oder einen Besitz.

Beispiele:

»Chinesisches Essen«.

»Klavier spielen« oder »Musik«.

»Ins Kino gehen«.

Glauben

Diese Kategorie befasst sich mit Antworten, die sich auf Religion, persönliche Überzeugungen oder Ethik beziehen. Diese Antworten können Verweise auf Gott oder eine andere religiöse Gestalt beinhalten, sind aber nicht darauf beschränkt. Wenn sich die Aussage auf eine bestimmte religiöse Gestalt im Zusammenhang mit der Belastung dieser Person bezieht, sollte diese Aussage in die Kategorie »Andere belasten«, eingeordnet werden.

Beispiele:

»Es ist eine Sünde« oder »Ich möchte in den Himmel kommen«.

Selbst

In dieser Kategorie geht es um Bezüge, die sich auf das Selbst beziehen oder bei denen der Bezug auf das Selbst klar erkennbar ist. Dazu gehören Hinweise auf Gefühle oder Eigenschaften des eigenen Ichs. Die Antworten können auch Hinweise darauf sein, dass man sich etwas schuldet. Dies sind keine zukunftsorientierten Aussagen. Wenn sich die Aussagen auf die Zukunft beziehen, sollten sie entweder in die Kategorie Pläne und Ziele oder in die Kategorie »Hoffnung für die Zukunft« eingeordnet werden.

Beispiele:

»Ich selbst.«

»Ich will mich nicht selbst enttäuschen.«

»Ich bin nicht so ein Mensch.«

Gründe für den Tod – Kodierungskategorien

Andere (Beziehungen)

In dieser Kategorie geht es um Verweise auf andere Personen, sowohl explizit als auch implizit.

Beispiele:

- »Ich möchte meine Mutter im Himmel sehen.«
- »Vergeltung.«

Andere entlasten

Diese Kategorie bezieht sich auf eine Vorstellung des Suizids als Lösung. Die Person glaubt, durch den Suizid das Leiden zu beenden, das die Person glaubt, anderen Menschen zuzufügen.

Beispiele:

- »Damit wir aufhören, andere zu verletzen.«
- »Um niemandem mehr Stress zu machen.«
- »Die finanzielle Belastung meiner Familie verringern.«

Einsamkeit

Diese Kategorie bezieht sich auf Aussagen über Einsamkeit.

Beispiele:

- »Ich will nicht mehr einsam sein.«
- »Ich habe niemanden.«
- »Ich habe niemanden, mit dem ich reden kann.«

Hoffnungslosigkeit

Diese Kategorie bezieht sich auf Aussagen der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft.

Beispiele:

- »Es wird vielleicht nie besser« oder »Ich glaube nicht, dass es klappen wird«.
- »Ich habe Angst, dass ich meine Ziele nie erreichen werde« oder »Ich werde es nie zu etwas bringen«.
- »Ich bin deprimiert, dass sich die Dinge nie ändern werden.«

Allgemeine Deskriptoren des Selbst

In dieser Kategorie geht es um Gefühle in Bezug auf das eigene Ich sowie um allgemeine Hinweise auf das eigene Ich.

Beispiele:

- »Ich selbst.«
- »Ich bin nichts wert.«
- »Ich werde mich immer so fühlen.«

Hinweis: Die folgenden Kategorien befassen sich mit dem Thema »Flucht«. Flucht bezieht sich auf eine Aussage, die sich auf das Bedürfnis oder den Wunsch bezieht, von etwas wegzukommen oder etwas zu beenden. Das »Etwas« kann ein Gefühl, eine Verpflichtung oder ein Ereignis sein.

Flucht – Allgemein

Diese Kategorie bezieht sich auf allgemeine Aussagen zur Flucht sowie auf Hinweise auf eine allgemeine resignative Haltung.

Beispiele:

- »Ich möchte Frieden finden« oder »Ich halte es nicht mehr aus«.
- »Flucht« oder »Es gäbe weniger Stress«.
- »Ich brauche eine Pause« oder »Mein Leben beenden« oder »Das Leben ist scheiße«.

Flucht – Die Vergangenheit

In dieser Kategorie geht es um Aussagen, die sich im Allgemeinen auf die Vergangenheit beziehen oder die beinhalten, sich von den Erfahrungen und Gefühlen der Vergangenheit lösen zu wollen.

Beispiele:

- »Meine Kindheit war nicht schön« oder »Ich möchte neu anfangen«.
- »Ich möchte mit meiner Vergangenheit brechen.«

Flucht – Der Schmerz

Diese Kategorie bezieht sich auf spezifische Aussagen über psychische Schmerzen und den Wunsch, die Schmerzen zu beenden.

Beispiele:

- »Ich will keinen Schmerz mehr empfinden.«
- »Kein Elend mehr.«
- »Ich möchte den Kummer und die Schmerzen beenden.«

Flucht – Verantwortlichkeiten

In dieser Kategorie geht es um Aussagen, die sich darauf beziehen, sich aus der Verantwortung zu ziehen.

Beispiele:

- »Ich will nicht mehr zuständig sein.«
- »Keine Verantwortung zu haben.«
- »Ich hasse die Arbeit in der Buchhandlung.«

Übersicht zur Kodierung der Wunderfrage

Die Suizidstatusform (SSF; Jobes 2012) ist ein Instrument zur Beurteilung des Suizidrisikos, das versucht, die Suizidalität eines Patienten sowohl unter quantitativen als auch unter qualitativen Gesichtspunkten zu messen. Das vorliegende Kodierhandbuch dient der Analyse qualitativer Daten aus einem bestimmten Beurteilungssitem der SSF, nämlich der Antwort auf die Wunderfrage. In der SSF werden suizidale Patientinnen und Patienten aufgefordert, eine schriftliche Antwort auf die Frage zu geben: »Was mir am meisten helfen würde, nicht mehr suizidal zu sein, wäre: ...«

In diesem Handbuch werden drei konzeptionelle Dimensionen (Orientierung; Realitätsprüfung; klinischer Nutzen) verwendet, um die verschiedenen schriftlichen, offenen Antworten auf die Wunderfrage zu ordnen.

Die Kodierung hat zum Ziel, die SSF weiter zu testen und zu verbessern, um sie als valides und reliables Instrument zur Beurteilung des Suizidrisikos zu etablieren. Die Kodierung der Antworten auf die Wunderfrage wird insbesondere klinisch und wissenschaftlich Tätigen helfen, eine bedeutende Facette der Suizidalität ihrer Patientinnen und Patienten zu verstehen, nämlich die »eine Sache«, die den Unterschied im Hinblick auf das potenzielle Suizidrisiko ausmachen kann.

Allgemeine Richtlinien für die Kodierung

Schritt 1

Die Kodierer erhalten einen Stapel von Karteikarten. Auf jeder Karte steht die Antwort einer Patientin oder eines Patienten auf die Wunderfrage. Die Kodierer werden gebeten, eine erste Sortierung vorzunehmen und jede Antwort nach den drei konzeptionellen Dimensionen zu bewerten:

1. Orientierung (Selbst- vs. Beziehungsorientierung vs. Nicht kodierbar)
2. Realitätsprüfung (Realistisch vs. Unrealistisch vs. Nicht kodierbar)
3. Klinischer Nutzen (Klinisch relevante Information vs. Keine klinisch relevante Information vs. Nicht kodierbar)

Die drei Auswahlmöglichkeiten für jede Kodierungsdimension schließen sich gegenseitig aus; daher kann eine Antwort nicht gleichzeitig »Selbst« und »Beziehungsbezogen« sein. Jede Antwort sollte in Bezug auf diese drei Kodierungsdimensionen kodiert werden und daher drei Kodierungsantworten haben.

Beispiel:

»Ich möchte eine bessere Beziehung zu meinen Mitschülern haben.«

1. Orientierung (Beziehung)
2. Realitätsprüfung (Realistisch)
3. Klinischer Nutzen (Klinisch relevante Informationen)

Schritt 2

Nach der ersten Zuordnung wird eine zweite vorgenommen, um zu prüfen, ob die Kodierer mit ihrer Auswahl einverstanden sind. Zum besseren Verständnis des Entscheidungsprozesses sollten die Kodierer die Gründe für ihre spezifische Kodierung erläutern. Darüber hinaus sollten die Kodierer ihren Grad an Sicherheit bezüglich der Kodierung, und zwar für jede einzelne Antwort getrennt, angeben. Die Konfidenzstufen sind wie folgt:

1 = bedeutet ein geringes Maß an Sicherheit.

2 = bedeutet ein mittleres Maß an Sicherheit.

3 = bedeutet ein hohes Maß an Sicherheit.

Kodierungsdefinitionen und Beispiele

Kodierungsdimension Eins: die Orientierung der Antwort

Selbst

Diese Kategorie bezieht sich auf alles, was mit dem Selbst zu tun hat: Es kann sich um etwas handeln, das die Person tut oder nicht tut, fühlt oder nicht fühlt, denkt oder nicht denkt, oder um Beschreibungen, die sich auf sich selbst beziehen.

Beispiele:

- »Mich selbst mehr mögen.«
- »Weniger depressiv sein.«
- »Nicht länger diese schlechten Gefühle haben.«
- »In der Schule bessere Noten bekommen.«
- »Mehr Hobbys haben und selbstbewusster sein.«
- »Für eine Weile verreisen.«

Beziehung

Diese Kategorie bezieht sich auf alles, was mit Beziehungen oder anderen zu tun hat: Es kann sich um jede Art von sozialer Beziehung handeln (Familie, Kollegen, Liebesbeziehungen usw.), und es kann sich entweder um eine bestehende Beziehung, eine alte Beziehung oder das Fehlen einer Beziehung handeln.

Beispiele:

- »Ich möchte, dass Christian mich wieder liebt.«
- »Jemanden zu haben, mit dem ich reden kann und der mich versteht.«
- »Irgendwie mehr und bessere Freunde zu haben.«
- »Die Erinnerungen an den elterlichen Missbrauch loswerden.«
- »Meine Mutter wiedersehen, die gestorben ist.«
- »Probleme mit meinem Freund.«

Nicht kodierbar

In dieser Kategorie gibt es keine inhaltliche Antwort oder gar keine Antwort: Sie wird auf den anderen beiden Dimensionen nicht weiter kodiert.

Beispiele:

- »Ich weiß es nicht.«
- »Woher soll ich das wissen?«
- »Ist doch egal.«
- »Ich bin nicht mehr suizidgefährdet.«

Kodierungsdimension zwei: die Realitätsprüfung der Antwort

Realistisch

Diese Kategorie bezieht sich auf jedes Item, das prinzipiell erreicht werden kann oder das eine hohe Wahrscheinlichkeit hat, realisiert zu werden.

Beispiele:

- »Gute Freunde haben.«
- »Jemanden zum Reden haben.«
- »Sich selbstbewusst fühlen.«
- »Öfter mit einem netten Mann ausgehen.«
- »Die Prüfung bestehen.«
- »Eines Tages eine große Familie haben.«

Unrealistisch

Diese Kategorie bezieht sich auf alle Ziele, die theoretisch nicht möglich sind oder die wahrscheinlich nicht erreicht werden können.

Beispiele:

- »Frei von jeglichem Stress sein.«
- »In der Vergangenheit nicht vergewaltigt worden zu sein.«
- »Nicht denken, nicht fühlen, sich keine Sorgen machen.«
- »Ein modernes Wunder«.

Nicht kodierbar

Die Antwort hat keinen Inhalt oder gar keine Antwort; sie wird auf den beiden anderen Dimensionen nicht weiter kodiert.

Beispiele:

- »Ich weiß es nicht.«
- »Woher soll ich das wissen?«
- »Ist doch egal.«
- »Ich bin nicht mehr suizidgefährdet.«

Kodierung der dritten Dimension: der klinische Nutzen der Antwort

Klinisch relevante Informationen

Diese Kategorie enthält alle Bemerkungen, die neue Erkenntnisse hinsichtlich eines Ansatzpunktes für die Therapie oder die Anwendung einer bestimmten therapeutischen Technik liefern. Mit anderen Worten: Gibt die Antwort Hinweise auf mögliche klinische Interventionen oder beeinflusst sie diese?

Beispiele:

- »Besser in der Schule sein.« (Akademische Fähigkeiten)
- »Wieder eine Beziehung zu Katharina aufbauen.« (Soziale Kompetenz)
- »Öfter mal ausgehen.« (Soziale Kompetenz)
- »Gute Freunde haben.« (Soziale Kompetenz)
- »Nicht missbraucht worden zu sein.« (Missbrauchsprobleme)
- »Weniger Stress.« (Progressive Entspannung)

Keine klinisch relevante Information

Diese Kategorie bezieht sich auf jedes Item, das vage ist oder bereits bewältigte Suizidalität erfordert oder nicht durch eine klinische Intervention angegangen werden kann.

Beispiele:

- »Wiedergeboren werden«.
- »Im Lotto eine Million Euro gewinnen.«
- »Madonna heiraten.«

Nicht kodierbar

In dieser Kategorie gibt es keinen Inhalt der Antwort oder gar keine Antwort: Sie wird auf den anderen beiden Dimensionen nicht weiter kodiert.

Beispiele:

- »Ich weiß es nicht.«
- »Woher soll ich das wissen?«
- »Ist doch egal.«
- »Ich bin nicht mehr suizidgefährdet.«

Spezifische Richtlinien und Entscheidungshilfen für die Kodierung

Dieser Abschnitt soll eine Anleitung zur Kodierung und bestimmte Entscheidungsregeln bei Unsicherheit bieten. Im Zusammenhang mit der Kodierung der Wunderfrage können mindestens drei mögliche Kodierungsdilemmata auftreten.

Dilemma 1: mehrere Antworten

Sie können in jeder der drei Dimensionen auftreten.

Beispiel:

»Nicht so gestresst sein, mehr Verabredungen haben, dass dieses Semester vorbei ist.«

1. Orientierung (Selbst)
2. Realitätsprüfung (Realistisch)
3. Klinischer Nutzen (Klinisch relevante Informationen)

Wenn zwei oder mehr Antworten aufgeschrieben werden, gilt die Regel, die erste Antwort in einer Reihe von Antworten zu verwenden. In diesem Fall ist die Antwort »nicht so gestresst sein«.

Dilemma 2: genaue versus pauschale Einschätzung

Tritt nur in der Dimension »Realitätsprüfung« auf: Die Kodierenden sollten die Angaben für bare Münze nehmen, ohne zu versuchen, über die Details der Aussage zu spekulieren. Im ersten Beispielsatz könnte es sein, dass die Patientin gegen ihren Freund eine einstweilige Verfügung erwirkt hat. Im zweiten Beispiel könnte es sein, dass der Klient in München nicht wohnen kann oder keine Mittel hat, um dort zu leben. Im dritten Beispiel könnte der Betroffene nicht in der Lage sein, eine andere Arbeit zu finden. All dies spielt für die gegenwärtige Einschätzung jedoch keine Rolle. Die Aufgabe besteht darin, zu beurteilen, ob eine gegebene Antwort bei pauschaler Beurteilung realisierbar ist. Sofern eine Antwort eine Chance hat, wahr zu werden, soll sie als realistisch kodiert werden. Alle oben angeführten Beispiele wären realistisch.

Beispiele:

»Wieder mit meinem Freund Christian zusammenkommen.«

»Zurück nach München zu gehen.«

»Eine andere, erfüllende Arbeit finden.«

Dilemma 3: Unrealistisch, aber klinisch relevant

Tritt nur in der Dimension »Klinischer Nutzen« auf.

Beispiel:

»Frei von jeglichem Stress zu sein.«

Dies würde als »unrealistisch« kodiert werden müssen, da es einfach unmöglich ist. Es hat jedoch einen klinischen Nutzen bzw. ist eine klinisch relevante Information, weil es uns sagt, dass die Person Schwierigkeiten mit Stress und möglicherweise mit der Stressbewältigung hat. Eine Realitätsprüfung mit der Bewertung »unrealistisch« bedeutet also nicht unbedingt eine Bewertung »keine klinisch relevante Information«. Mit anderen Worten: Nur weil eine Antwort unrealistisch ist, bedeutet das nicht, dass sie klinisch nicht nützlich ist.

Das SSF-Kodierungsblatt für die Wunderfrage

Pat.-ID	Orientierung	Realitätsprüfung	Klinischer Nutzen
	Selbst	Realistisch	Klinisch relevante Informationen
	Beziehung	Unrealistisch	Keine klinisch relevante Information
	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar
	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3
	Selbst	Realistisch	Klinisch relevante Informationen
	Beziehung	Unrealistisch	Keine klinisch relevante Information
	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar
	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3
	Selbst	Realistisch	Klinisch relevante Informationen
	Beziehung	Unrealistisch	Keine klinisch relevante Information
	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar
	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3
	Selbst	Realistisch	Klinisch relevante Informationen
	Beziehung	Unrealistisch	Keine klinisch relevante Information
	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar
	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3
	Selbst	Realistisch	Klinisch relevante Informationen
	Beziehung	Unrealistisch	Keine klinisch relevante Information
	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar
	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3
	Selbst	Realistisch	Klinisch relevante Informationen
	Beziehung	Unrealistisch	Keine klinisch relevante Information
	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar
	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3
	Selbst	Realistisch	Klinisch relevante Informationen
	Beziehung	Unrealistisch	Keine klinisch relevante Information
	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar	Nicht kodierbar
	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3	Konfidenz 1 2 3

DAS CAMS-ARBEITSBLATT ZUM VERSTÄNDNIS IHRER SUIZIDALITÄT

Datum der Sitzung: Sitzungsnummer:

1. Die persönliche Geschichte Ihrer Suizidalität:

Warum sind Sie suizidal? Wie verstehen Sie Ihre Suizidalität?

Wie ist Ihre Einstellung zum Suizid?

Was ist Ihre persönliche Geschichte?

.....
.....
.....

2. Auslöser Ihrer Suizidalität

Problem Nr. 1:

Problem Nr. 2:

Nun lassen Sie uns herausfinden, welche Faktoren Ihre Suizidalität bedingen und diese auslösen bzw. verstärken. Bitte füllen Sie nur die Abschnitte aus, die für Ihr eigenes Erleben von Suizidalität relevant sind. Ihre Antworten können sich mit Ihren Aussagen überschneiden, die Sie bei der Arbeit mit der Suizid-Status-Form in der ersten Sitzung angegeben haben. Im Behandlungsverlauf können neue Informationen hinzugefügt werden, um Ihr persönliches Erleben der Suizidalität bestmöglich zu reflektieren.

Was sind die »direkten Auslöser«, die unmittelbar dazu führen, dass Sie sich suizidal fühlen?

Bestimmte Gedanken, z.B. »Es wäre für alle leichter, wenn ich tot wäre.«

.....
.....
.....

Bestimmte Gefühle, z.B. »Ich schäme mich einfach so sehr.«

.....
.....
.....

Bestimmte Verhaltensweisen, z.B. »Wenn ich den ganzen Tag rumhänge und nichts tue.«

.....

.....

.....

.....

Was sind die »indirekten Auslöser«, die dazu führen, dass Sie sich suizidal fühlen?

Indirekte Auslöser sind Faktoren, die zur Entwicklung von Suizidalität beitragen, aber die nicht zwangsläufig immer sofort zu akuten suizidalen Gedanken und Handlungen führen, z.B. Obdachlosigkeit, Depression, Substanzmissbrauch, traumatische Erfahrungen, Isolation.

.....

.....

.....

.....

Bestimmte Themen (z.B. Muster in Beziehungen oder im Selbstkonzept)

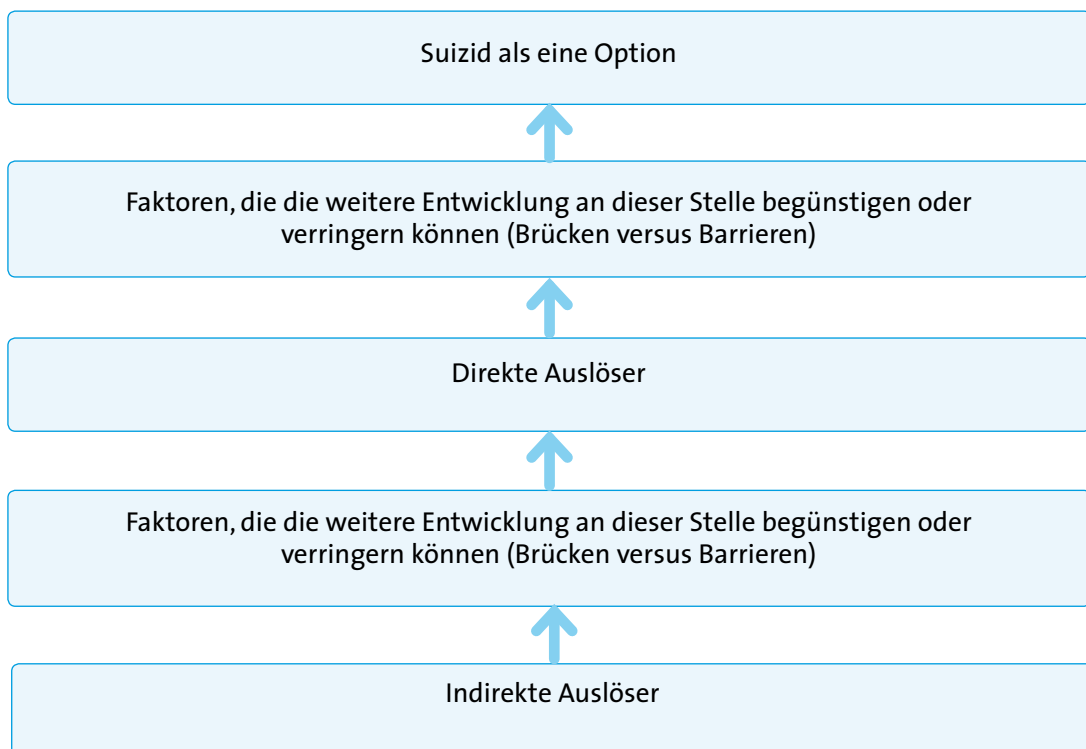
.....

.....

.....

.....

3. Konzeptualisierung der Suizidalität



CAMS-RATING-SKALA

Therapeutin, Therapeut: Initialen Patientin, Patient:

Datum der Sitzung:

Beurteilende Fachperson: Datum der Beurteilung:

Sitzungsnummer.: Video Audio

Anleitung: Der CAMS-Ansatz beinhaltet einige wichtige therapeutische Kernelemente, die sich in den Abschnitten der CAMS-Beurteilungsskala widerspiegeln. Beurteilen Sie die behandelnde Person in jeder Sitzung auf einer 7-Punkt-Skala von 0 bis 6 und notieren Sie ihre Einschätzung bitte neben die jeweilige Kennziffer des Items. Am Ende jedes Abschnitts haben Sie zusätzlich die Möglichkeit, handschriftlich Ihr Feedback zu ergänzen.

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

Teil 1: Therapeutische Philosophie von CAMS

Zusammenarbeit

1. Die behandelnde Person zeigte Empathie mit der Suizidalität der Patientin, des Patienten.
0 = Die behandelnde Person nahm eine verurteilende, kontrollierende Haltung gegenüber der suizidalen Patientin, dem suizidalen Patienten ein.
2 = Die behandelnde Person begegnete den suizidalen Gedanken der Patientin, des Patienten auf neutrale Art.
4 = Die behandelnde Person reagierte auf die suizidale Patientin den suizidalen Patienten auf eine nicht verurteilende, verständnisvolle Art.
6 = Die behandelnde Person zeigte ein tiefes Verständnis und Wertschätzung dafür, warum und wie die Patientin, der Patient suizidal ist.
2. Alle Einschätzungen erfolgten interaktiv mit wesentlichen Beiträgen sowohl durch die behandelnde Person als auch durch die Patientin, den Patienten.
0 = Die behandelnde Person dominierte die Erhebung und übergang und unterbrach die Patientin, den Patienten.
2 = Die behandelnde Person beteiligte die Patientin, den Patienten etwas im Erhebungsprozess.
4 = Die behandelnde Person beteiligte die Patientin, den Patienten effektiv im Erhebungsprozess.
6 = Die Erhebung erfolgte interaktiv mit wesentlichen Beiträgen sowohl durch die behandelnde Person als auch durch die Patientin, den Patienten.

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

3. Der Behandlungsplan wurde gemeinschaftlich erarbeitet und angepasst mit wesentlichen Beiträgen sowohl durch die behandelnde Person als auch durch die Patientin, den Patienten.

0 = Die behandelnde Person beteiligte die Patientin, den Patienten nicht an der Behandlungsplanung, z.B. saß er nicht neben dem Patienten oder drängte die Patientin, dem Patienten sehr direktiv eine Behandlung auf.

2 = Die behandelnde Person beteiligte die Patientin, den Patienten etwas bei der Behandlungsplanung, aber ignorierte deren Beiträge überwiegend.

4 = Die behandelnde Person zeigte sich interessiert an den Beiträgen der Patientin, des Patienten zur Erarbeitung bzw. Überprüfung des Behandlungsplans.

6 = Die behandelnde Person beteiligte die Patientin, den Patienten wesentlich bei der Behandlungsplanung.

4. Alle Interventionen im Rahmen der Sitzungen wurden gemeinsam ausgewählt und überarbeitet mit wesentlichem Einfluss sowohl durch die behandelnde Person als auch durch die Patientin, den Patienten.

0 = Die behandelnde Person ignorierte oder interessierte sich nicht für die Meinung der Patientin, des Patienten zu den therapeutischen Interventionen.

2 = Die behandelnde Person zeigte sich ein wenig interessiert an den Beiträgen der Patientin, des Patienten zu den Interventionen.

4 = Die behandelnde Person zeigte sich durchgängig interessiert an Beiträgen der Patientin, des Patienten und nahm diese auf, um die therapeutischen Interventionen gemeinsam auszuwählen und individuell anzupassen.

6 = Die behandelnde Person bemühte sich sehr um die Meinung der Patientin, des Patienten, um die Interventionen gemeinsam auszuwählen und individuell anzupassen.

Zusätzliche Kommentare, Vorschläge und Rückmeldungen für die behandelnde Person zum Thema »Zusammenarbeit«:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

Fokus auf Suizidalität

5. Die behandelnde Person erläuterte die CAMS-spezifische Vorgehensweise, den Schwerpunkt der Behandlung auf alle Suizidalität bedingenden Faktoren zu legen. Wenn Inhalte aufkamen, die bei dieser Patientin, diesem Patienten nicht direkt oder indirekt zu suizidalen Gedanken oder Verhaltensweisen führen, wurden diese Inhalte als wichtig anerkannt, aber nicht zum Schwerpunkt der aktuellen Arbeit gemacht.

0 = Die behandelnde Person ignorierte die CAMS-spezifische Herangehensweise gänzlich und legte den Schwerpunkt der Sitzung auf Inhalte, die keinen Bezug zur Suizidalität der Patientin, des Patienten haben.

2 = Die behandelnde Person beachtete die CAMS-spezifische Herangehensweise grundsätzlich, aber lenkte das Gespräch nicht durchgängig zurück zu den Suizidalität bedingenden Faktoren.

4 = Die behandelnde Person verdeutlichte die CAMS-spezifische Herangehensweise und führte die Patientin, den Patienten konstruktiv zurück zu den Gründen und Auslösern seiner Suizidalität.

6 = Die behandelnde Person verdeutlichte die CAMS-spezifische Herangehensweise zu jedem Zeitpunkt und lenkte den Schwerpunkt geschickt zurück zu den Gründen und Auslösern der Suizidalität der Patientin, des Patienten.

Zusätzliche Kommentare, Vorschläge und Rückmeldungen für die behandelnde Person zum Thema »Fokus auf Suizidalität«:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

Teil 2: Der Behandlungsrahmen von CAMS

Risikoerfassung

6. Das Behandlungsteam aus Patientin, Patient und Therapeutin, Therapeut begann die Sitzung wie vorgegeben mit der Erhebung der SSF und vollendete diese.

Anmerkung: In der ersten Sitzung bearbeitet das Behandlungsteam Sektion A und B der SSF, in den nachfolgenden Sitzungen die Sektion A der SSF.

0 = Das Behandlungsteam bearbeitete die SSF zu keinem Zeitpunkt in der Sitzung.

2 = Das Behandlungsteam bearbeitete die SSF, aber nicht am Anfang der Sitzung.

4 = Die Bearbeitung des SSF wurde am Anfang der Sitzung begonnen, aber nicht zeitnah abgeschlossen.

6 = Die Bearbeitung des SSF wurde am Anfang der Sitzung begonnen und ohne Verzögerungen abgeschlossen. Anmerkung: In der ersten Sitzung wurde mit der Bearbeitung des SSF innerhalb der ersten 5 bis 10 Minuten begonnen, in den nachfolgenden Sitzungen direkt am Anfang der Sitzung.

Zusätzliche Kommentare, Vorschläge und Rückmeldungen für die behandelnde Person zum Thema »Risikoerfassung«:

.....

.....

.....

.....

Behandlungsplanung

7. Das Behandlungsteam erarbeitete und/oder überprüfte einen Stabilisierungsplan, z. B. einen Sicherheitsplan (SP) oder Krisenbewältigungsplan (KP) oder CAMS-Stabilisierungsplan (CSP), der auch die regelmäßige Teilnahme an Therapiesitzungen sowie mögliche Verhinderungsgründe beinhaltet sowie die Begrenzung von letalen Mitteln, einen Abbau von sozialer Isolation und die Verwendung einer Krisenkarte.

0 = Der Stabilisierungsplan wurde in der Sitzung nicht erarbeitet bzw. überprüft.

2 = Der Stabilisierungsplan wurde erarbeitet bzw. überprüft, aber beinhaltet Optionen, die für die Patientin, den Patienten im Fall einer suizidalen Krise wahrscheinlich nicht umsetzbar oder nicht hilfreich sind.

4 = Der Stabilisierungsplan beinhaltet Handlungsoptionen, die der Patientin, dem Patienten wahrscheinlich helfen, wenngleich das Gespräch über den Stabilisierungsplan etwas detaillierter hätte sein können, um die Wahrscheinlichkeit der Effektivität dieser Handlungsoptionen noch zu erhöhen.

6 = Der Stabilisierungsplan beinhaltet nützliche, patientenbezogene Umgangsweisen, die detailliert besprochen und im Verlauf wiederholt betrachtet und ggf. verbessert wurden.

8. Der Behandlungsplan bezog sich auf die wichtigsten direkten und indirekten Auslöser der suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen der Patientin, des Patienten.

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

Anmerkung: Direkte Auslöser von Suizidalität sind: Bestimmte Gedanken (z.B. »Es wäre leichter für alle, wenn ich tot wäre«), Gefühle (z.B. »Ich schäme mich so sehr«), Verhaltensweisen (z.B. Streit mit der Partnerin, dem Partner).

Indirekte Auslöser von Suizidalität sind : Zugrundeliegende und verstärkende Faktoren, die jedoch nicht zwingend zu akuten suizidalen Gedanken führen, z.B. Obdachlosigkeit, Depression, Missbrauch von Suchtmitteln, PTBS, soziale Isolation.

0 = Der Behandlungsplan zielte nicht auf die wichtigsten Auslöser von suizidalen Gedanken und Handlungen ab.

2 = Der Behandlungsplan zielte auf verschiedene Suizidalität bedingende Faktoren ab, aber legt den Schwerpunkt nicht genug auf die für die Patientin, den Patienten relevanten Auslöser.

4 = Der Behandlungsplan beinhaltet mehrere der für die Patientin, den Patienten wichtigsten Auslöser von Suizidalität.

6 = Der Behandlungsplan bezog sich auf die wichtigsten Triebfedern der Suizidalität, die wesentlich zu suizidalen Gedanken und Verhaltensweisen der Patientin, des Patienten beitragen.

9. Der Behandlungsplan beinhaltet die Anwendung von suizidalitätsbezogenen, problemfokussierten Interventionen, die auf den Abbau der Auslöser von suizidalen Gedanken und Handlungen der Patientin bzw. des Patienten abzielen.

Anmerkung: Suizidalitätsbezogene Interventionen können beinhalten: Entfernen des Zugangs zu letalen Mitteln, Hinterfragen von Suizidalität verstärkenden Überzeugungen und Verringerung von sozialer Isolation; all das, was sich auf Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bezieht, die eng mit suizidalen Gedanken und Handlungen der Patientin, des Patienten zusammenhängen.

0 = Der Behandlungsplan beinhaltet keine auf Suizidalität bezogenen Interventionen zum Abbau der Triebfedern der Suizidalität.

2 = Der Behandlungsplan beinhaltet die Anwendung von einigen, auf die Suizidalität bezogenen Interventionen zur Verringerung der Wirkung von bekannten Auslösern, angepasst an die individuellen Auslöser und Gründe der Patientin, des Patienten.

4 = Der Behandlungsplan beinhaltet die Anwendung von auf die Suizidalität bezogenen Interventionen, aber es wäre noch etwas Mühe notwendig, um diese Interventionen auf die individuellen Auslöser der Patientin des Patienten perfekt anzupassen.

6 = Der Behandlungsplan beinhaltet die Anwendung von auf die Suizidalität bezogenen Interventionen, die sehr gut zu den besonderen Themen und Ursachen der Patientin, des Patienten passen und die als Auslöser der Suizidalität erarbeitet worden sind.

Zusätzliche Kommentare, Vorschläge und Rückmeldungen für die behandelnde Person zum

Thema »Behandlungsplanung«:

.....

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

Interventionen (Maßnahmen)

10. Die Sitzung beinhaltete die Anwendung von auf Suizidalität bezogenen, problemfokussierten Interventionen, die auf die Verringerung und den Abbau der Auslöser und Ursachen der Suizidalität abzielen.

Anmerkungen: Suizidalitätsbezogene Interventionen können z.B. sein: Entfernen des Zugangs zu letalen Mitteln, Hinterfragen von Suizidalität verstärkenden Überzeugungen und Verringerung von sozialer Isolation; alles, was sich auf die Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen auswirkt, die eng mit suizidalen Gedanken und Handlungen des Patienten zusammenhängen. Im Fall der Verwendung des CAMS-Arbeitsblattes zum Verständnis der Suizidalität sollte in den nachfolgenden Sitzungen darauf eingegangen werden, wenn dies erforderlich erscheint.

0 = Das therapeutische Vorgehen in der Sitzung beinhaltete keine Interventionen zur Verringerung der Suizidalität bzw. zum Abbau der Auslöser von Suizidalität.

2 = Das therapeutische Vorgehen in der Sitzung bezog sich auf die Auslöser der Suizidalität, aber es wurde nicht ausreichend erarbeitet, wie diese bei der Patientin, beim Patienten dazu führen, einen Suizid als eine Option zur Lösung der eigenen Probleme zu erwägen.

4 = Das therapeutische Vorgehen in der Sitzung beinhaltete die Anwendung von auf Suizidalität bezogenen Interventionen, wenngleich diese etwas genauer auf individuellen Auslöser der Patientin, des Patienten hätten eingehen können.

6 = Das therapeutische Vorgehen in der Sitzung beinhaltete die Anwendung von optimal passenden Interventionen zur Verringerung der Suizidalität der Patientin, des Patienten.

11. Die Sitzung beinhaltete ein Gespräch über Hoffnung, Gründe für das Leben, Pläne, Ziele, Sinn und die Bedeutung des Lebens.

0 = Das therapeutische Vorgehen in der Sitzung bezog sich nicht auf Hoffnung, Gründe für das Leben, Pläne, Ziele, Sinn und Bedeutung des Lebens.

2 = Das therapeutische Vorgehen in der Sitzung beinhaltete ein kurzes Gespräch über Hoffnung, Gründe für das Leben, Pläne, Ziele und die Bedeutung des Lebens, aber die behandelnde Person beteiligte die Patientin, den Patienten nicht genügend in der Diskussion über diese Inhalte.

4 = Das therapeutische Vorgehen beinhaltete ein Gespräch über Hoffnung, Gründe für das Leben, Pläne, Ziele, Sinn und die Bedeutung des Lebens, aber die behandelnde Person verwendete diese Inhalte nicht ausreichend für die Entwicklung von Behandlungszielen.

6 = Das therapeutische Vorgehen beinhaltete eine gemeinsame Diskussion über Hoffnung, Gründe für das Leben, Pläne, Ziele und die Bedeutung des Lebens und diese Inhalte wurden bei der Entwicklung von Behandlungszielen verwendet.

Zusätzliche Kommentare, Vorschläge und Rückmeldungen für die behandelnde Person zum Thema »Interventionen«:

.....

.....

.....

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

Teil 3: Gesamtbewertung von CAMS

12. Wurden die CAMS-Vorgaben für die therapeutische Arbeit eingehalten?
- 0 = Die behandelnde Person fokussierte nicht auf die Zusammenarbeit mit der Patientin, dem Patienten und auf die Auslöser von Suizidalität. Die Vorgaben zur Bearbeitung des SSF bzw. die Behandlungsvorgaben wurden nicht eingehalten.
- 2 = Die behandelnde Person führte die Sitzung adäquat durch, aber die Inhalte der Sitzung entsprachen nur geringfügig den Elementen von CAMS.
- 4 = Die behandelnde Person konzentrierte sich auf die Auslöser der Suizidalität und erfüllte die Vorgaben der Bearbeitung des SSF und der Behandlung, wenngleich die Sitzung zwischenzeitlich etwas unfokussiert oder wenig partizipativ war.
- 6 = Der Behandler beachtete alle Aspekte des CAMS, wie die durchgängige Zusammenarbeit mit der Patientin, dem Patienten. Sie legte im gesamten Sitzungsverlauf den Fokus auf die Auslöser von Suizidalität und erfüllte alle Vorgaben zur Bearbeitung des SSF und zur Behandlung.
13. Wie empfänglich war die Patientin, der Patient für diese Art der Behandlung?
- 0 = Die Patientin, der Patient war nicht bereit, sich in der CAMS-Sitzung um eine Arbeit an den Auslösern der eigenen Suizidalität zu bemühen.
- 2 = Die Patientin, der Patient zeigte etwas Interesse für das CAMS-Konzept, aber versuchte einige Male, das Gespräch auf ein anderes Thema zu lenken oder zögerte, gemeinsam mit der behandelnden Person den SSF und die eigenen Auslöser von Suizidalität zu arbeiten.
- 4 = Die Patientin, der Patient war grundsätzlich gewillt, sich in die CAMS-Behandlung einzubringen, aber benötigte mehrfach Aufforderungen, um bei der Sache und der jeweiligen Aufgabe zu bleiben.
- 6 = Die Patientin, der Patient war im gesamten Sitzungsverlauf sehr engagiert und fokussiert, die eigene Suizidalität mit Hilfe von CAMS zu verändern.
14. Wie wohl fühlte sich der Therapeut?
- 0 = Die behandelnde Person fühlte sich in der Besprechung der Suizidalität der Patientin, des Patienten im Rahmen von CAMS nicht wohl.
- 2 = Die behandelnde Person erfüllte die wichtigsten Anforderungen von CAMS, aber zeigte keine Spontaneität in der Sitzung, was sich im Fehlen von weiterführenden Fragen, im Engagement sowie in der Besprechung der durch die Patientin bzw. den Patienten angebotenen relevanten Inhalte zeigte.
- 4 = Die behandelnde Person schien sich mit der Praktizierung des CAMS-Ansatzes in der Sitzung wohlfühlen, es gab nur punktuell Unsicherheiten, wie die Patientin, der Patient in das Vorgehen einbezogen werden kann.
- 6 = Die behandelnde Person fühlte sich im Sitzungsverlauf durchgängig wohl und beherrschte die CAMS-Philosophie und -Vorgehensweise; der Ansatz wurde kreativ verwendet und es gab eine Bereitschaft, kalkulierbare Risiken einzugehen und sich mit der Patientin, dem Patienten vollständig um eine Verringerung der Suizidalität zu bemühen.

0	1	2	3	4	5	6
schlecht	wenig	mittelmäßig	zufrieden stellend	gut	sehr gut	exzellent

Zusätzliche Kommentare, Vorschläge und Rückmeldungen für die behandelnde Person:

.....

.....

.....

15. Methoden, die der Therapeut in der Sitzung verwendet hat. Wählen Sie alle aus, die zutreffen:

- Fördern von Ressourcen
- Validierung / Gehört-Werden
- Achtsamkeitsübungen
- Verhaltensorientierte Techniken
- Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)
- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT)
- Andere, bitte beschreiben Sie:

.....

.....

.....

16. Grundlegende theoretische Orientierung in der Sitzung. Wählen Sie nur eine:

- Verhaltenstherapeutisch / kognitiv-Verhaltenstherapeutisch
- Psychodynamisch / psychoanalytisch
- Humanistisch / klientenzentriert / existenziell
- Systemisch / auf das Familiensystem bezogen
- Andere, bitte beschreiben Sie:

.....

.....

.....

Zusätzliche Kommentare, Vorschläge und Rückmeldungen für die behandelnde Person:

.....

.....

.....

HÄUFIG GESTELLTE FRAGEN ZU CAMS (FAQS)

Frage: Bei der Anwendung von CAMS ist so viel Papierkram zu bearbeiten. Ist es okay, nur einzelne Teile der SSF zu verwenden und nicht notwendigerweise alle Formulare?

Antwort: Ja, es ist viel Papierkram. Allerdings wird das meiste innerhalb der Sitzungen mit den Patientinnen und Patienten bearbeitet. Und bedenken Sie bitte, dass eine umfangreiche und gründliche Dokumentation der Einschätzung und der Behandlung der beste Schutz ist, den man in Haftungsfällen bei Behandlungsfehlern hat. Ich muss dennoch sagen, dass ich viele Behandelnde kenne, die nur bestimmte Teile der SSF einsetzen. Zum Beispiel, nutzen einige Behandelnde nur die Abschnitte zur Beurteilung der Suizidalität (A und B) auf den ersten beiden Seiten der ersten SSF-Sitzung, andere nutzen ungern die HIPAA-Seiten (den psychopathologischen Befund, Anmerkung der Übersetzerinnen), sondern nutzen andere Dokumentationsformen. Innerhalb des gesamten Manuals habe ich mich bemüht, die flexible und adaptive Natur von CAMS und der SSF zu betonen. Deshalb begrüße ich es, wenn Behandelnde alle Materialien nutzen, die ihnen passend erscheinen, egal ob nur einige davon oder alle.

Offenkundig ist es meine eigene Überzeugung, dass die CAMS-Materialien von einem Forschungs-, Behandlungs- und Haftungsstandpunkt aus vollständig eingesetzt werden sollten. Ich möchte ergänzen, dass ich in letzter Zeit nicht mehr so gern gesagt habe, dass auch eine Auswahl möglich ist, denn wenn Sie den vollen Haftungsschutz durch CAMS wünschen, sollten Sie die vollständige SSF nutzen.

Frage: Kann ich das anhaltende Suizidrisiko in einem Fall weiterhin verfolgen, obwohl die Patientin oder der Patient technisch die Kriterien für eine Beendigung der Behandlung erfüllt?

Antwort: Ja, selbstverständlich. Ich kenne eine Reihe von Behandelnden, die weiterhin Verlaufssitzungen zu machen, obwohl die Kriterien zum Abschluss der CAMS-Behandlung erfüllt sind. In manchen Fällen, benötigt der Behandelnde etwas mehr Zeit, um abzusichern, dass der Patient bezüglich seiner Bindung an einen Suizid wirklich »über den Berg ist«. Diese praktische Entscheidung liegt im Ermessen der Behandelnden.

Frage: Wie stark sollte ich mich bemühen, andere Menschen aus dem Lebensfeld der Patientin, des Patienten einzubeziehen, um die CAMS-Stabilisierungsplanung und die Behandlung der Triebfedern der Suizidalität zu unterstützen?

Antwort: Es ist wie bei jeder therapeutischen Entscheidungsfindung: Es hängt vom Fall ab. Aber ich neige dazu, mich sehr für den Einbezug von anderen einzusetzen. Selbstverständlich geht dies ausschließlich mit dem schriftlichen Einverständnis der Person, wenn sie erwachsen ist. Manche Patientinnen und Patienten zögern, andere mit einzubeziehen; andere scheinen das zu begrüßen. Es ist vielleicht wichtiger, zumindest den potenziellen Wert der Einbeziehung nahestehender Personen gemeinsam in Betracht gezogen zu haben. Mit anderen Worten, wenn Sie letztendlich der Meinung sind, dass es nicht im Interesse der Patientin oder des Patienten ist, andere einzubeziehen, ist es dennoch wichtig, ihre klinische Entscheidungsfindung über diese professionelle Einschätzung zu dokumentieren. Bei Kindern ist die Einbeziehung der Eltern in der Regel ein »Muss« – wie viel oder wie wenig Einbezug sinnvoll erscheint, beurteilen Sie, je nachdem, was zum Wohl des Kindes ist.

Frage: Wann ist jemand zu jung für CAMS?

Antwort: Der jüngste Patient, bei dem ich CAMS angewendet habe, war 12 Jahre alt. CAMS wurde jedoch auch schon bei Kindern im Alter von fünf Jahren eingesetzt (Anderson u.a. 2016). Bei Kindern und Jugendlichen müssen die Behandelnden eine aktivere und direktivere Rolle einnehmen, um die Konstrukte der SSF in eine altersgerechte Sprache zu übersetzen, damit sie diese einschätzen und verstehen können. Das gleiche gilt für Patientinnen und Patienten mit kognitiven Einschränkungen. So lang man geduldig und zielführend an einem guten Verständnis der SSF-Konstrukte arbeitet, gibt es keinen Grund, CAMS nicht bei einem breiten Spektrum von suizidalen Patientinnen und Patienten einzusetzen.

Frage: Was ist zu tun, wenn die Patientin oder der Patient sich weigert, sich neben die behandelnde Person zu setzen?

Antwort: Es gibt bestimmte Fälle, in welchen Nähe-Distanz-Probleme die für CAMS empfohlene Sitzordnung verhindern können. Die Ablehnung, den Sitzplatz zu wechseln, muss verstanden und respektiert werden, Sie sollten diese auf keinen Fall erzwingen. In solchen Fällen kann mit CAMS von Angesicht zu Angesicht gearbeitet werden.

Ich schätze den therapeutischen Wert von Stühlen oder Sesseln, die direkt nebeneinander stehen, sehe aber auch, dass es Unwohlsein hervorrufen kann. Wir müssen die Wünsche der Patientinnen und Patienten in dieser Angelegenheit immer respektieren und würdigen, während wir uns gleichzeitig für die Bedeutung der gemeinsamen Zusammenarbeit einsetzen und Kämpfe vermeiden sollten.

Frage: Ich habe einen langjährigen Behandlungsfall, in dem meine Kolleginnen und ich total feststecken, die Bedeutung des Themas Suizid ist in unserem Team umstritten. Kann ich CAMS an dieser Stelle wirklich neu in die Behandlung einführen und hoffen, dass es hilft?

Antwort: Ja, das können Sie. Ich hatte drei Langzeitbehandlungen, in denen eine Korrektur des Behandlungsplans, insbesondere in Bezug auf das Thema Suizidalität, dringender erforderlich war. Ich würde vorschlagen, die Idee in der Behandlung einzuführen, dass Sie Ihre Arbeit überprüfen wollen. So können Sie einen neuen Ansatz (CAMS) vorschlagen, der Ihnen beiden tatsächlich einen Neuanfang und die Möglichkeit geben kann, sich anders als bisher mit dem Thema Suizidalität auseinanderzusetzen. Ich bekomme häufig Feedback von Behandelnden, die CAMS ausschließlich im Rahmen solcher Fälle anwenden. Sie berichten mir oft, dass die Patientinnen und Patienten von CAMS fasziniert und angesprochen sind. Nicht selten äußern diese Langzeitpatienten oft ihre Anerkennung für das Bemühen des Behandelnden, die Behandlung neu auszurichten.

Frage: CAMS dauert einfach zu lange, wie kann ich den Ansatz in meinen vollen Klinikarbeitsalltag einbauen?

Antwort: Es ist wahr, dass CAMS viel Zeit beanspruchen kann, vor allem an Anfang. Aber wenn Sie mit CAMS etwas vertrauter sind und es wiederholt eingesetzt haben, wird Ihnen alles leichter und schneller von der Hand gehen. Viele der evidenzbasierten Behandlungen sind etwas aufwendiger und dauern etwas länger. Angesichts der Suizidgefahr – also der Entscheidung zwischen Leben oder Tod –, würde ich unterstreichen wollen, dass diese Extrazeit für das Leben gut genutzt ist.

Frage: Ich mag CAMS, aber wir müssen bei der Arbeit elektronische Dokumentationssysteme nutzen. Was kann ich tun, solange der SSF nur in Papierform vorliegt?

Antwort: Aktuell ist meine Antwort, dass Sie den SSF einscannen können oder Sie legen eine Dokumentation Ihres SSF als »Psychotherapienotiz« als eine separate Datei an (unter Beachtung der Datenschutzregeln bei der Befunderhebung) und verweisen auf den Einsatz von CAMS in Ihrer elektronischen Dokumentation. Aktuell arbeiten wir intensiv an der Entwicklung einer elektronischen Version des SFF (E-SSF), aber wir wissen auch, dass eine elektronische Version nicht mit der Papierversion vergleichbar ist, sodass wir empfehlen, die Papierversion so lange zu nutzen, bis weitere Validierungsdaten für die E-SSF vorliegen.

Frage: Kann ich CAMS bei psychotischen Patienten einsetzen?

Antwort: Ich habe lange gesagt, dass CAMS nicht effektiv bei Patienten mit Denkstörungen einsetzbar ist. Aber in den letzten Jahren habe ich viele Behandelnde gesehen, die CAMS erfolgreich bei Patientinnen und Patienten mit einer schweren mentalen Erkrankung wie einer Psychose eingesetzt haben. Also versuchen Sie es. Wenn es nicht funktioniert, wechseln Sie zu einem anderen Ansatz.

VOLLSTÄNDIGES FALLBEISPIEL HERR B.

Suizidstatusform-4 (SSF4): erste Sitzung

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen. (Bitte zutreffende Zahl einkreisen.) Ordnen Sie anschließend in der linken Spalte die Fragen nach ihrer Wichtigkeit. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

Wichtigkeit	1. Beurteilen Sie den psychischen Schmerz (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, <i>nicht</i> Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):
3	niedriger psychischer Schmerz 1 2 3 4 5 hoher psychischer Schmerz Ich finde psychisch am schmerzhaftesten: <i>mein Leben, meine Heirat</i>
4	2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen Stresses (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein): niedriger Stress 1 2 3 4 5 hoher Stress Für mich ist am meisten mit Stress verbunden: <i>alles</i>
5	3. Beurteilen Sie Ihre innere Unruhe (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; <i>nicht</i> Verärgerung oder Gereiztheit): niedrige innere Unruhe 1 2 3 4 5 hohe innere Unruhe Ich habe am ehesten das Bedürfnis, etwas zu tun, wenn: <i>ich mit meiner Frau streite</i>
1	4. Beurteilen Sie Ihre Hoffnungslosigkeit (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun): wenig Hoffnungslosigkeit 1 2 3 4 5 viel Hoffnungslosigkeit Ich bin am hoffnungslosesten in Bezug auf: <i>mein Gefühl in der einer Falle zu sitzen</i>
2	5. Beurteilen Sie Ihren Selbsthass (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren): wenig Selbsthass 1 2 3 4 5 viel Selbsthass Was ich an mir am meisten hasse, ist: <i>Ich bin ein Verlierer</i>
	6. Beurteilen Sie Ihr Suizidrisiko insgesamt: extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) 1 2 3 4 5 extrem hoch (werde mich umbringen)

1. Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen und Gedanken über sich selbst?

Überhaupt nicht Völlig
 1 2 3 4 5

2. Inwiefern sind Ihre Suizidgedanken abhängig von Gefühlen oder Gedanken anderen gegenüber?

Überhaupt nicht Völlig
 1 2 3 4 5

Wichtig- keit	Gründe für das Leben	Wichtig- keit	Gründe für den Tod
1	Frau	3	Frau und Kinder
2	Kinder	1	das Gefühl, in der Falle zu sitzen, Flucht
		2	versager
		4	erbärmlich

Mein Wunsch zu leben, ist:

Überhaupt nicht vorhanden sehr stark
 1 2 3 4 5 6 7 8

Mein Wunsch zu sterben, ist:

Überhaupt nicht vorhanden sehr stark
 1 2 3 4 5 6 7 8

Was mir am meisten helfen würde, nicht mehr suizidal zu sein, wäre

frei, nicht gefangen zu sein

.....

.....

Abschnitt B (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen. (Bitte zutreffende Zahl einkreisen.) Ordnen Sie anschließend in der linken Spalte die Fragen nach ihrer Wichtigkeit. Dabei steht 1 für die wichtigste und 5 für die unwichtigste Frage.

<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Suizidgedanken	Beschreiben Sie: <i>die meisten Nächte, vor dem Schlafengehen</i>
		Häufigkeit	<i>2-3 mal pro Tag</i> pro Woche pro Monat
		Dauer	Sekunden <i>30</i> Minuten 2 Stunden
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Suizidplan	Wann: <i>abends, spät in der Nacht</i>
			Wo: <i>in meinem Arbeitszimmer zuhause</i>
		Wie: <i>Schuss in die Stirn</i>	Zugang zu Suizidmitteln: <input checked="" type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Suizidvorbereitungen	Beschreiben Sie: <i>Suizidpläne entworfen</i>
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Probehandlungen	Beschreiben Sie: <i>hat sich die Pistole an den Kopf gehalten</i>
Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Suizidanamnese	Ein Versuch Beschreiben Sie: /
			Mehrere Versuche Beschreiben Sie: /
Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Impulsivität	Beschreiben Sie: <i>»Niemand würde sagen, dass ich impulsiv bin.«</i>
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Substanzmissbrauch	Beschreiben Sie: <i>Trinkexzesse, war schon mal abstinent</i>
Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Bedeutende Verluste	Beschreiben Sie: /
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Sich als Belastung für andere wahrnehmen	Beschreiben Sie: <i>»Sie werden ohne mich besser dran sein.«</i>
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Soziale Isolation / Beziehungsschwierigkeiten	Beschreiben Sie: <i>zieht sich von anderen zurück, Eheprobleme</i>
Ja	<input checked="" type="radio"/> Nein	Gesundheitliche Probleme / Schmerzen	Beschreiben Sie: <i>keine</i>
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schlafstörungen	Beschreiben Sie: <i>manchmal extreme Schlaflosigkeit, schon länger bestehende Schlafstörungen</i>
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	rechtliche / finanzielle Schwierigkeiten	Beschreiben Sie: <i>keine rechtlichen Probleme, hohe finanzielle Belastung</i>
<input checked="" type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Schamgefühle	Beschreiben Sie: <i>nennt sich Loser, »Ich bin ein Versager.«</i>

Abschnitt C (Patientin, Patient) Behandlungsplan

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet ✓	3 Monate
2	Unglückliche Ehe	Ehe retten, Kommunikation verbessern	Paartherapie, Einsicht, KVT Verhaltensaktivierung	3 Monate
3	Hoffnungslosigkeit	Hoffnung stärken	Hope Kit, Lesen von »Choosing to live«	3 Monate
<input checked="" type="radio"/> JA	<input type="radio"/> NEIN	Patientin, Patient versteht den Behandlungsplan und stimmt ihm zu?		
JA	<input checked="" type="radio"/> NEIN	Patientin, Patient ist in unmittelbarer Suizidgefahr (Krankenhausaufenthalt angezeigt)?		

.....
 Unterschrift Patientin, Patient

Datum

.....
 Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

CAMS-Stabilisierungsplan

Möglichkeiten, den Zugang zu tödlichen Mitteln zu reduzieren:

1. Ich gebe die Waffen meinem Bruder – hinterlasse eine Nachricht auf dem AB um 21:00 Uhr

2. Reduziere meinen Alkoholkonsum / überlege zu den Anonymen Alkoholikern zu gehen?

3.

Dinge, die ich tun kann, wenn ich in eine suizidale Krise gerate (vergleichbar mit einer Krisenkarte):

1. mit dem Hund spazieren gehen

2. Sport im Fernsehen schauen

3. rausgehen und ein paar Körbe werfen

4. Tagebuch schreiben

5. versuchen, mit meiner Frau oder den Kindern zu sprechen

6. Notfallnummer (z. B. Krisendienst):

555-123-4576 (Nummer von Jobs); Krisendienst 800-273-TALK

Menschen, die ich anrufen kann, um nicht allein zu sein oder die ich um Hilfe bitten kann:

1. meinen Bruder

2. meinen Nachbarn Fred

3.

Die Behandlung wie vereinbart wahrnehmen:

Mögliche Hindernisse

Lösungen, um die ich mich bemühen werde:

1. Ich werde kommen.

(nicht zutreffend)

2.

Abschnitt D (Therapie) ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingeengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingeengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: prinzipiell kooperativ, reagiert gereizt auf das Thema Schusswaffe

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

Noch keine gesicherte Diagnose; Verdacht auf depressive Episode, generalisierte Angststörung; beobachten: Alkoholabusus, Schlafstörungen

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

- niedrig Begründung: *Ziemlich hohes Risiko, ist aber mit der CAMS-Behandlung*
 mittel *..einverstanden, das Aushändigen der Schusswaffe an den Bruder*
 hoch *..senkt das Risiko*

Fallnotizen: *Der 50-jährige Patient klagt über Eheprobleme und Hoffnungslosigkeit.
Habe bislang eher schlechte Erfahrungen mit psychiatrischer Behandlung gemacht.
Depressive Symptomatik, schädlicher Gebrauch von Alkohol. Patient willigt ein,
seine Waffe abzugeben und CAMS eine Chance zu geben. Ggf. Paartherapie,
medikamentöse Therapie, KVT, Verhaltensaktivierung.*

Nächster Termin:

Behandlungsmodalität:

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

*o.p.B. = ohne pathologischen Befund

Suizidstatusform-4 (SSF4) Update: Verlaufssitzung 2

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, nicht Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz hoher psychischer Schmerz
1 2 3 4 5

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress hoher Stress
1 2 3 4 5

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; nicht Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe hohe innere Unruhe
1 2 3 4 5

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit viel Hoffnungslosigkeit
1 2 3 4 5

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass viel Selbsthass
1 2 3 4 5

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko insgesamt**:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) extrem hoch (werde mich umbringen)
1 2 3 4 5

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;

seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen 1. Sitzung 2. Sitzung

Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen, in denen die Kriterien für den Abschluss von CAMS erfüllt wurden: SSF-4 Behandlungsergebnis / Abschlusssitzung verwenden

Status

Behandlung abgebrochen Nicht gekommen Abgesagt
stationäre Behandlung Sonstiges: Paartherapie

Behandlungsplan Update

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet ✓	3 Monate
2	Unglückliche Ehe	Ehe retten, Kommunikation verbessern	Empfehlung einer Paartherapie	3 Monate
3	Hoffnungslosigkeit	Hoffnung stärken	über Hope Kit informieren, »Choosing to Live« lesen	3 Monate

.....
Unterschrift Patientin, Patient

.....
Datum

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

.....
Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: verbessert sich weiterhin
.....
.....

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

Schwere unipolare Depression – rezidivierend
Alkoholmissbrauch – nach eigenen Angaben seit 3 Wochen kein Konsum mehr
.....
.....

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

- niedrig
- mittel
- hoch

Begründung: Folgt CAMS gut – aufgeregt und gespannt angesichts der Paartherapie – beginnt mit der Einnahme eines Antidepressivums (SSRI)

Fallnotizen: Herr B. geht es deutlich besser, er nimmt an Treffen der Anonymen Alkoholiker teil und hat dort einen Mentor; er ist mit der Paartherapie zufrieden, arbeitet an seiner Hoffnungslosigkeit und will sein virtuelles Hope Kit auf dem Handy weiterentwickeln, liest »Choosing to live« und schreibt jeden Abend Tagebuch.

Nächster Termin:

Behandlungsmodalität: Psychiatrische Behandlung + Paartherapie

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Suizidstatusform-4 (SSF4) Update: Verlaufssitzung 3

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, nicht Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz hoher psychischer Schmerz
1 2 3 4 5

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress hoher Stress
1 2 3 4 5

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; nicht Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe hohe innere Unruhe
1 2 3 4 5

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit viel Hoffnungslosigkeit
1 2 3 4 5

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass viel Selbsthass
1 2 3 4 5

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko insgesamt**:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) extrem hoch (werde mich umbringen)
1 2 3 4 5

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;

seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen 1. Sitzung 2. Sitzung

Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen, in denen die Kriterien für den Abschluss von CAMS erfüllt wurden: SSF-4 Behandlungsergebnis / Abschlusssitzung verwenden

Status

Behandlung abgebrochen Nicht gekommen Abgesagt
stationäre Behandlung Sonstiges: Paartherapie

Behandlungsplan Update

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet ✓	3 Monate
2	Unglückliche Ehe	Ehe retten, Kommunikation verbessern	Empfehlung einer Paartherapie	3 Monate
3	Hoffnungslosigkeit	Hoffnung stärken	über Hope Kit informieren, »Choosing to Live« lesen	3 Monate

.....
Unterschrift Patientin, Patient

.....
Datum

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

.....
Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: *verbessert sich weiterhin*
.....
.....

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

Schwere unipolare Depression – rezidivierend
.....

Alkoholmissbrauch – nach eigenen Angaben seit 3 Wochen kein Konsum mehr
.....
.....

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

niedrig

mittel

hoch

Begründung: Folgt CAMS gut – aufgeregt und gespannt angesichts der Paartherapie – beginnt mit der Einnahme eines Antidepressivums (SSRI)

Fallnotizen: Herr B. geht es deutlich besser, er nimmt an Treffen der Anonymen Alkoholiker teil und hat dort einen Mentor; er ist mit der Paartherapie zufrieden, arbeitet an seiner Hoffnungslosigkeit und will sein virtuelles Hope Kit per Telefon weiterentwickeln, liest »Choosing to live« und schreibt jeden Abend Tagebuch.

Nächster Termin:

Behandlungsmodalität: Psychiatrische Behandlung + Paartherapie

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Suizidstatusform-4 (SSF4) Update: Verlaufssitzung 4

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, nicht Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz hoher psychischer Schmerz
1 2 3 4 5

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress hoher Stress
1 2 3 4 5

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; nicht Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe hohe innere Unruhe
1 2 3 4 5

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit viel Hoffnungslosigkeit
1 2 3 4 5

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass viel Selbsthass
1 2 3 4 5

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko insgesamt**:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) extrem hoch (werde mich umbringen)
1 2 3 4 5

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;

seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen 1. Sitzung 2. Sitzung

Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen, in denen die Kriterien für den Abschluss von CAMS erfüllt wurden: SSF-4 Behandlungsergebnis / Abschlusssitzung verwenden

Status

Behandlung abgebrochen

Nicht gekommen

Abgesagt

stationäre Behandlung

Sonstiges: Antidepressive Medikation und Paartherapie

Behandlungsplan Update

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet ✓	3 Monate
2	Untreue, Vertrauen der Ehefrau	Umgang mit Untreue ↑ Vertrauen der Ehefrau	Paartherapie, erkenntnisorientierte Psychotherapie	3 Monate
3	Hoffnungslosigkeit + Selbstwert	↑ Hoffnung ↑ Selbstwerts	KVT-Hausaufgaben, erkenntnisorientierte Psychotherapie	3 Monate

.....
Unterschrift Patientin, Patient

Datum

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: *Krisensitzung – Herr B. ist sehr belastet*

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

Schwere unipolare Depression, Alkoholmissbrauch

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

- niedrig
- mittel
- hoch

Begründung: Grobe Enthüllung seiner Untreue, berichtet von einer Affäre, in der er eine Tochter gezeugt hat, die in Kanada lebt

Fallnotizen: Schwierige Sitzung; Herr B. hat in der Paartherapie »eine Bombe platzen lassen«, indem er von einer Affäre berichtete, die er vor 20 Jahren hatte und aus der er eine Tochter hat. Mutter und Tochter leben in Kanada; Ehefrau sehr aufgebracht, aber willens in der Paartherapie weiterzuarbeiten; fand ihn bei der Recherche nach Betäubungsmitteln im Internet. Herr B. hat mich – wie im CAMS-Stabilisierungsplan vereinbart – angerufen

Nächster Termin:

Behandlungsmodalität: stationäre psychiatrische Behandlung, Medikation, Paartherapie

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Suizidstatusform-4 (SSF4) Update: Verlaufssitzung 5

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, nicht Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz hoher psychischer Schmerz
1 2 3 4 5

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress hoher Stress
1 2 3 4 5

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; nicht Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe hohe innere Unruhe
1 2 3 4 5

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit viel Hoffnungslosigkeit
1 2 3 4 5

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass viel Selbsthass
1 2 3 4 5

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko insgesamt**:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) extrem hoch (werde mich umbringen)
1 2 3 4 5

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;

seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen 1. Sitzung 2. Sitzung

Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen, in denen die Kriterien für den Abschluss von CAMS erfüllt wurden: SSF-4 Behandlungsergebnis / Abschlusssitzung verwenden

Status

Behandlung abgebrochen

Nicht gekommen

Abgesagt

stationäre Behandlung

Sonstiges: Antidepressive Medikation und Paartherapie

Behandlungsplan Update

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet ✓	3 Monate
2	Vertrauen der Ehefrau	Vertrauen verbessern	»Date« mit der Ehefrau 6-monatiger Verhaltensvertrag	3 Monate
3	Selbstwahrnehmung	Selbstwert verbessern	Biografische Arbeit + KVT	3 Monate

.....
Unterschrift Patientin, Patient

.....
Datum

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

.....
Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: *Wirkt ruhiger, nicht mehr in der Krise*

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

Schwere unipolare Depression, Alkoholmissbrauch

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

- niedrig
- mittel
- hoch

Begründung: Ist besser zurecht als in der letzten Sitzung – arbeitet in der Paartherapie intensiv an dem Thema der Treue in der Ehe

Fallnotizen: Herr B. und seine Frau scheinen in der Paartherapie erfolgreich einige Dinge gemeinsam zu bearbeiten; sie setzen auf einen 6-monatigen Verhaltensvertrag, um das gegenseitige Vertrauen wieder aufzubauen. Herr B. ist erleichtert, dass seine Frau sein Geheimnis nun kennt und sie gewillt ist, ihm 6 Monate zu gewähren, in denen er sich beweisen kann
Arbeitet am Selbstwert als neues Problem und Ziel

Nächster Termin:

Behandlungsmodalität: Antidepressive Medikation + Paartherapie

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Suizidstatusform-4 (SSF4) Update: Verlaufssitzung 6

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, nicht
Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz hoher psychischer Schmerz
1 2 3 4 5

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck
zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress hoher Stress
1 2 3 4 5

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten
irgendetwas tun; nicht Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe hohe innere Unruhe
1 2 3 4 5

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern,
ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit viel Hoffnungslosigkeit
1 2 3 4 5

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen,
kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass viel Selbsthass
1 2 3 4 5

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko insgesamt**:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) extrem hoch (werde mich umbringen)
1 2 3 4 5

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;

seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen 1. Sitzung 2. Sitzung

Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen, in denen die Kriterien für den Abschluss von CAMS erfüllt wurden: SSF-4 Behandlungsergebnis / Abschlusssitzung verwenden

Status

Behandlung abgebrochen

Nicht gekommen

Abgesagt

stationäre Behandlung

Sonstiges: Antidepressive Medikation und Paartherapie

Behandlungsplan Update

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet ✓	3 Monate
2	Vertrauen der Ehefrau	Vertrauen verbessern	6-monatiger Vertrag, Paartherapie, Erkenntnisorientierte Arbeit	3 Monate
3	Selbstwahrnehmung	Verbessern von Selbstliebe und Mitgefühl	Tagebuch, KVT- Hausaufgaben	3 Monate

.....
Unterschrift Patientin, Patient

.....
Datum

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

.....
Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: *vorsichtig hoffnungsvoll, aufgehellter Affekt*

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

Schwere depressive Episode

Alkoholmissbrauch

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

- niedrig
- mittel
- hoch

Begründung: hat das Gefühl, eine zweite Chance mit seiner Frau zu bekommen – nur ein vorüberziehender Gedanke an Suizid innerhalb der letzten Woche

Fallnotizen: Herr B. geht es besser – er hat das Gefühl, dass seine Ehe vielleicht gerettet werden kann. Sein Affekt ist aufgehellter, er arbeitet mit seinem Mentor bei den Anonymen Alkoholikern und nimmt an den Treffen teil. Herr B. gefällt es, Tagebuch zu schreiben, er findet den Verhaltensvertrag sehr hilfreich, um das Vertrauen seiner Frau wieder zurück zu gewinnen, er wirkt vorsichtig hoffnungsvoll

Nächster Termin:

Behandlungsmodalität:

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Suizidstatusform-4 (SSF4) Update: Verlaufssitzung 7

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, nicht Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz hoher psychischer Schmerz
1 2 3 4 5

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress hoher Stress
1 2 3 4 5

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; nicht Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe hohe innere Unruhe
1 2 3 4 5

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit viel Hoffnungslosigkeit
1 2 3 4 5

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass viel Selbsthass
1 2 3 4 5

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko insgesamt**:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) extrem hoch (werde mich umbringen)
1 2 3 4 5

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;

seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen 1. Sitzung 2. Sitzung

Nach drei aufeinanderfolgenden Sitzungen, in denen die Kriterien für den Abschluss von CAMS erfüllt wurden: SSF-4 Behandlungsergebnis / Abschlusssitzung verwenden

Status

Behandlung abgebrochen Nicht gekommen Abgesagt
stationäre Behandlung Sonstiges: *Antidepressive Medikation und Paartherapie*

Behandlungsplan Update

Problem Nr.	Problembeschreibung	Ziele und Kriterien zur Zielerreichung	Interventionen	Dauer
1	Selbstgefährdungspotenzial	Sicherheit und Stabilität	Stabilisierungsplan erarbeitet ✓	3 Monate
2	Vertrauen der Ehefrau	vertrauenswürdig sein	Paartherapie, Einsichtsorientierte Psychotherapie	3 Monate
3	Selbstachtung	Selbstliebe und Mitgefühl	Tagebuch schreiben, Einsichtsorientierte Psychotherapie	3 Monate

.....
Unterschrift Patientin, Patient

Datum

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: *In allen Belangen verbessert*

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

Schwere unipolare Depression

Alkoholmissbrauch

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

- niedrig
- mittel
- hoch

Begründung: scheint sich wirklich verändert zu haben – die Paartherapie läuft gut und die abendlichen »Dates« sind ein Erfolg!

Fallnotizen: Herr B. geht es viel besser. Der Mentor der Anonymen Alkoholiker ist eine große Unterstützung und die antidepressive Medikation scheint ebenfalls zu helfen. Schlaf und Stimmung sind verbessert. Herr B. hat das Gefühl, dass er sich mit seiner Frau versöhnen kann. Er folgt dem Paar-Verhaltensvertrag sehr genau. Beenden der CAMS-Behandlung in der nächsten Sitzung möglich

Nächster Termin:

Behandlungsmodalität: Antidepressive Medikation + Paartherapie

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

Suizidstatusform-4 (SSF4) Abschlussstzung

Initialen: DJ Therapeutin, Therapeut: Herr B. Datum:

Abschnitt A (Patientin, Patient)

Geben Sie bitte bei jeder Frage an, wie Sie sich *jetzt gerade* fühlen.

1. Beurteilen Sie den **psychischen Schmerz** (Gefühle von Verletzung, Leid oder Elend, nicht Anspannung, Stress oder körperlicher Schmerz):

niedriger psychischer Schmerz hoher psychischer Schmerz
1 2 3 4 5

2. Beurteilen Sie das Ausmaß Ihres aktuellen **Stresses** (allgemeines Gefühl, unter Druck zu stehen, von etwas überfordert zu sein):

niedriger Stress hoher Stress
1 2 3 4 5

3. Beurteilen Sie Ihre **innere Unruhe** (emotionale Dringlichkeit, das Gefühl, Sie müssten irgendetwas tun; nicht Verärgerung oder Gereiztheit):

niedrige innere Unruhe hohe innere Unruhe
1 2 3 4 5

4. Beurteilen Sie Ihre **Hoffnungslosigkeit** (die Erwartung, dass sich die Dinge nicht bessern, ganz egal, was Sie tun):

wenig Hoffnungslosigkeit viel Hoffnungslosigkeit
1 2 3 4 5

5. Beurteilen Sie Ihren **Selbsthass** (das allgemeine Gefühl, sich selbst nicht zu mögen, kein Selbstwertgefühl zu haben, sich selbst nicht zu respektieren):

wenig Selbsthass viel Selbsthass
1 2 3 4 5

6. Beurteilen Sie Ihr **Suizidrisiko insgesamt**:

extrem niedrig (werde mich nicht umbringen) extrem hoch (werde mich umbringen)
1 2 3 4 5

In der letzten Woche:

Suizidale Gedanken: Ja Nein

Bewältigung dieser Gedanken / Gefühle: Ja Nein

Suizidales Verhalten: Ja Nein

Abschnitt B (Therapeutin, Therapeut)

Kriterien zum Abschluss von CAMS in drei aufeinanderfolgenden Sitzungen erfüllt?

Ja Nein (Falls nein, bitte CAMS fortsetzen.)

** Kriterien für ein Abklingen der Suizidalität, wenn: Suizidrisiko insgesamt < 3;
seit der vorigen Sitzung: kein suizidales Verhalten und effektiver Umgang mit suizidalen Gedanken und Gefühlen

Behandlungsergebnisse / Nachsorge (Bitte Zutreffendes markieren)

Fortsetzung der Psychotherapie (teil-)stationäre Weiterbehandlung

einvernehmliches Beenden der Therapie Behandlungsabbruch durch Patient*in

Sonstiges: Herr B. wird weiter zu den Treffen der Anonymen Alkoholiker gehen,
Paartherapie + antidepressive Medikation weiterführen

Nächster Termin (falls zutreffend):

.....
Unterschrift Patientin, Patient

.....
Datum

.....
Unterschrift Therapeutin, Therapeut

.....
Datum

Abschnitt C (Therapeutin, Therapeut): ergänzende Dokumentation nach der Sitzung

Psychischer Befund (bitte Zutreffendes einkreisen; o.p.B. = ohne pathologischen Befund):

Bewusstsein: wach somnolent soporös komatös

Sonstiges:

Orientierung: zur Person örtlich zeitlich zur Situation

Stimmung: euthym gehoben dysphorisch agitiert gereizt

Affektivität: flach reduziert eingengt angemessen labil

Formales Denken: klar und kohärent eingengt weitschweifig umständlich

Sonstiges:

Inhaltliches Denken: o.p.B. Zwänge Wahn Beziehungsideen bizarr düstere Gedanken

Sonstiges:

Abstraktionsfähigkeit: o.p.B. angemessen konkretistisch

Sonstiges:

Sprache: o.p.B. beschleunigt verlangsamt verwaschen einfach inkohärent

Sonstiges:

Gedächtnis: unauffällig

Sonstiges:

Realitätsbezogenheit: o.p.B.

Sonstiges:

Besondere Beobachtungen: *Besten Zustand, in dem ich Herr B. je gesehen habe -
wirkt glücklich*

Diagnostische Einschätzung / Diagnose(n):

unipolare schwere Depression

Alkoholmissbrauch

Suizidrisiko insgesamt (bitte ankreuzen und begründen):

- niedrig
- mittel
- hoch

Begründung: Erfüllt die Kriterien zum Beenden von CAMS
.....
.....

Fallnotizen: Herr B. ist so weit, dass er CAMS beenden und eine weiterführende, über die Suizidalität hinausgehende Behandlung in Anspruch nehmen kann.
Die Paartherapie ist anstrengend, läuft aber gut. Die Anonymen Alkoholiker und der Mentor sehen einen Unterschied und er arbeitet mit den 12 Schritten.
Die antidepressive Medikation scheint ebenfalls hilfreich zu sein. Herr B. wird 1x/ Woche Psychotherapie + Paararbeit + antidepressive Medikation weiterführen

Unterschrift Therapeutin, Therapeut

Datum

.....