

NOTFALLPLÄNE ZUR RÜCKFALLPROPHYLAXE SUIZIDALEN VERHALTENS FÜR DIE EXISTENZANALYTISCHE PRAXIS

CLEMENS FARTACEK, ANTON NINDL, RUPERT DINHOBL & MARTIN PLÖDERL

Menschen, die bereits einen Suizidversuch durchgeführt haben, tragen ein hohes Risiko für neuerliches suizidales Verhalten und sind daher eine wichtige Zielgruppe in der Suizidprävention. Der Notfallplan ist eine international etablierte und nachweislich wirksame Methode zur Rückfallprophylaxe von suizidalem Verhalten. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es diese Methode vorzustellen und für die existenzanalytische Praxis zu adaptieren. Für Letzteres wurden die persönlichen Gründe der Klienten zu leben und die Methode der Personal Existenzanalyse bei der Notfallplankonstruktion ergänzt. Unsere Erfahrungen mit dem Notfallplan sowie Anregungen für die Anwendung bei PatientInnen mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung werden diskutiert.

SCHLÜSSELWÖRTER: Suizid, Notfallplan, Personale Existenzanalyse, Suizidprävention

SAFETY PLAN INTERVENTIONS FOR RELAPSE PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR IN EXISTENTIAL ANALYSIS THERAPY

Individuals who already have attempted suicide are at high risk for recurrence of suicidal behavior and are an important target group in suicide prevention. Safety planning is an internationally established and evidence-based tool to prevent recurrence of suicidal behavior. The objective of the paper at hand is to introduce this tool and adapt it for Existential Analysis therapy. The latter was realized by adding clients' personal reasons for living and the method of Personal Existential Analysis in the safety planning process. Our experiences with the safety plan and suggestions for its application to clients with borderline personality disorder are discussed.

KEYWORDS: suicide, safety planning, Personal Existential Analysis, suicide prevention

Im Jahr 2015 suizidierten sich in Österreich 1.249 Menschen. Das sind zweieinhalb Mal mehr Suizid- als Verkehrstote (BMG 2016). Ein vorangegangener Suizidversuch gilt als stärkster Risikofaktor für neuerliche Suizidversuche und Suizide (Franklin et al. 2016). Darüber hinaus zeigen Studien, dass mit jedem Auftreten akut suizidaler Zustände, künftige länger anhalten wie auch leichter ausgelöst und intensiver erlebt werden (Joiner & Rudd 2000; Witte et al. 2005). Dementsprechend erscheint es verständlich, dass die Rückfallprophylaxe in der Suizidprävention einen hohen Stellenwert hat (z.B. Michel & Jobs 2011).

Ein international etabliertes Konzept zur Rückfallprophylaxe stellt der *Notfallplan* dar. Dabei handelt es sich um eine mit den Klienten erarbeitete verschriftlichte Liste individueller Bewältigungsstrategien, die dabei unterstützen soll, akut suizidalen Zuständen präventiv entgegenzuwirken. Solche Notfallplaninterventionen reduzieren nachweislich suizidales Verhalten (Bryan et al. 2017) und werden schulübergreifend in etlichen Leitlinien (Bernert et al. 2014) und in der *best practice* für die Behandlung suizidaler Klienten angeführt (<http://www.sprc.org/>).

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, das derzeit wohl etablierteste Notfallplankonzept von Stanley und Brown (2012) vorzustellen und es für die existenzanalytische Praxis zu adaptieren. Dafür werden zunächst die relevanten suizidologischen Grundlagen zu akut suizidalen Zuständen kurz zusammenfasst. Danach stellen wir die

Schritte des Notfallplans nach Stanley und Brown (2012) vor, um darauf aufbauend auf Modifikationsvorschläge für die existenzanalytische Praxis einzugehen. Abschließend geben wir einige Anregungen für die Anwendung bei Klienten¹ mit Borderline-Persönlichkeitsstörung.

Akut suizidale Zustände

In der suizidologischen Literatur werden akut suizidale Zustände als Phasen im suizidalen Prozess mit einem besonders hohen Suizidrisiko beschrieben (Fartacek 2016): Anders als bei Suizidgedanken, die den Suizid als eine unter vielen Möglichkeiten bei gegebener Distanzierungsfähigkeit in Erwägung ziehen, geht die Kontrolle über die Suizidalität in akut suizidalen Zuständen verloren. Der Suizid wird wie in einem Tunnel als einziger Ausweg erachtet. Dissoziiert wirkend sind die Betroffenen aus dieser Fokussierung nur schwer zu lösen, weshalb Alvarez (1972, 120) diesen Zustand auch als „closed world of suicide“ benennt. Die Konsequenzen des Suizides für sich oder signifikante andere werden nicht mehr berücksichtigt und Gründe zu leben sind nicht mehr zugänglich.

Namhafte Suizidologen verschiedener Schulen erklären das Auftreten akut suizidaler Zustände durch die Emergenz eines spezifischen *State of Mind*, der in der scientific community als *suizidaler Modus* bezeichnet wird (Michel

¹ Das generische Maskulinum wird wegen der besseren Lesbarkeit verwendet und gilt für beide Geschlechter.

& Jobes 2011). Dieser ist theoretisch sowie empirisch fundiert, weist eine hohe ökologische Validität auf (Fartacek 2016) und wäre im dreidimensionalen Menschenbild der Existenzanalyse als Copingreaktion der Psychodynamik der Ebene der Psyche zuzuordnen (Längle 1998; Kolbe 2010). Hinsichtlich der Genese suizidaler Entwicklungen kann man aus heutiger Sicht von einer zugrundeliegenden komplexen multifaktoriellen Wechselwirkung ausgehen (Fartacek et al. 2016), die vor dem Hintergrund des Strukturmodells der Existenzanalyse (Längle 2002) als Erschütterung aller vier Grundmotivationen imponiert (Nindl 2004). Während sich einige Facetten dieser Wechselwirkung über einen längeren Zeitraum aufschaukeln können, wird davon ausgegangen, dass der suizidale Modus zudem in situ durch Kernthemen getriggert wird (z.B. der Glaube, nicht lebenswert zu sein oder zur Last zu fallen; Michel & Jobes 2011). Der Inhalt der Kernthemen kann interindividuell variieren und oft erst anhand der individuellen Biographie verstanden (Michel & Jobes 2011) und durch idiographische Verfahren fassbar gemacht werden (Fartacek et al. 2015).

Nottfallpläne zur Prävention akut suizidaler Zustände

Der Notfallplan von Stanley und Brown (2012) stellt eine mit den Klienten in kooperativer Haltung erarbeitete verschriftlichte Liste individualisierter Warnzeichen und Bewältigungsstrategien dar, die sie dabei unterstützen soll, suizidale Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen und akut suizidalen Zuständen präventiv entgegenzuwirken. Die Notfallplan-Konstruktion umfasst folgende sechs Schritte (für eine genauere deutschsprachige Beschreibung siehe Fartacek et al. 2014):

1. *Exploration von Warnzeichen* (z.B. Stressoren, Emotionen, Kognitionen, Verhaltensweisen), die auf suizidale Entwicklungen aufmerksam machen und festlegen, ab wann der Notfallplan zur Anwendung kommt.
2. *Exploration internaler Bewältigungsstrategien*, die ohne Hilfe anderer Menschen angewendet werden können und ermöglichen, sich von Suizidgedanken und -impulsen selbstständig abzulenken (z.B. Trainieren, Beten, kalte Dusche).
3. *Exploration sozialer Ressourcen*, die dabei helfen, sich von Suizidgedanken abzulenken (z.B. Kontakt mit Angehörigen, Besuch von Kaffeehäusern).
4. *Exploration von Helfern aus dem privaten Umfeld*, die sich bereit erklären, in Krisensituationen durch Entlastungsgespräche zur Seite zu stehen.

5. *Exploration professioneller Helfer*, die eine adäquate notfallpsychiatrische Versorgung ermöglichen (z.B. niedergelassene Psychiater, psychiatrische Ambulanzen).
6. *Beseitigung potenzieller Suizidmethoden*, sodass diese in akut suizidalen Zuständen nicht zur Verfügung stehen (z.B. vorübergehende Verwahrung der Medikamente durch einen Angehörigen).

Anregungen zur Erarbeitung von Notfallplänen in der existenzanalytischen Praxis

Der Versuch einer existenzanalytischen Adaptierung des Notfallplankonzeptes von Stanley und Brown (2012) hat uns zwei wesentliche Ergänzungen vornehmen lassen. Erstens halten wir es für wichtig, die *Gründe* der Klienten *zu leben* im Notfallplan zu implementieren, nachdem sich deren Präsenz im Sinne Frankls (1946/1991) empirisch als protektiver Faktor gegen suizidales Verhalten erwiesen hat (Johnson et al. 2011). Zweitens verknüpfen wir die Notfallplankonstruktion mit der *personalen Existenzanalyse* (PEA; Längle 1993). Nachdem der suizidale Modus als bedrohliches psychodynamisches Geschehen verstanden werden kann, erscheint es für die Rückfallprophylaxe aus existenzanalytischer Sicht als zentral, die Person in suizidalen Entwicklungen aus ihrer Blockierung zu lösen, wofür die PEA indiziert ist (Längle 1998). Im Folgenden wollen wir einen möglichen Prozess zur Erarbeitung von Notfallplänen vorstellen, der diese Ergänzungen berücksichtigt:

Therapeutische Allianz

Zu Beginn gilt es im Sinne der therapeutischen Allianz auf die Indikation, das Ziel und den Ablauf der Notfallplankonstruktion einzugehen. Dabei fragen wir auch die Teilnahmebereitschaft der Klienten an. Denn es könnte sein, dass die im Notfallplan implizierte Entscheidung gegen neuerliches suizidales Verhalten noch nicht möglich ist. Dies ist eine für die Therapie wichtige Erkenntnis und kann ein Indiz dafür sein, dass die Krisenintervention noch nicht abgeschlossen ist.

Gründe zu leben

Nach der Einwilligung in die Notfallplanerstellung, gilt es das *Wofür* anzufragen. Damit sind die Gründe zu leben gemeint, die es dem Klienten ermöglichen – trotz des Leids, das er erfahren hat und in künftigen Krisen möglicherweise wieder erleben wird – am Leben festzuhalten. Dies ist im Sinne des von Viktor Frankl aufgegriffenen Gedanken Nietzsches „Wer ein Warum zu leben hat, er-

trägt fast jedes Wie“ (Frankl 1991, 101) zu verstehen. Die Gründe zu leben, die dem Klienten nach erfolgreicher Krisenintervention wieder zugänglich sein sollten (Granello 2010), sind im Notfallplan explizit anzuführen. Sie sollen in kritischen Phasen daran erinnern, wofür es wert ist, den Notfallplan anzuwenden.

Deskription des suizidalen Prozesses

Im nächsten Schritt geht es darum, eine kohärente Deskription der individuellen suizidalen Dynamik zu gewinnen. Existenzanalytisch betrachtet entspricht dies der PEA_0 . Hierfür halten wir die Klienten dazu an, die Entwicklung von Beginn der Krise bis zum Suizidversuch zu schildern. Dabei liegt der Fokus auf dem Verlauf der Suizidalität und auf signifikanten Belastungen (z.B. kritische Lebensereignisse, Symptome), die zum Voranschreiten der suizidalen Entwicklung beigetragen haben könnten. Der Übersicht halber kann es hilfreich sein, signifikante Aspekte des geschilderten Prozesses chronologisch auf einer Zeitachse einzuzeichnen.

Auf Tuchfühlung mit dem Kernthema des suizidalen Modus

Anhand der Deskription kann nun das Kernthema des suizidalen Modus gehoben werden. Hierfür fokussiert man die Geschehnisse (z.B. zwischenmenschliche Konflikte) unmittelbar vor dem sogenannten *point of no return* – also die Schwelle, bevor die Betroffenen in den suizidalen Modus kippen – (z.B. *Gab es einen Zeitpunkt, ab dem Sie sich vor den Suizidgedanken nicht mehr schützen konnten bzw. die Kontrolle über diese verloren haben? Gab es irgendwelche Ereignisse, die in diesem Moment das Fass zum Überlaufen gebracht haben?*). Darauf bezogen lässt sich nun die primäre Emotion, der Impuls und phänomenologische Gehalt im Sinne der PEA_1 heben. Im phänomenologischen Gehalt (*Was gab Ihnen das zu verstehen?*) lassen sich oftmals die relevanten Kernthemen berühren. Wir sehen im Kontext der Krisenintervention jedoch davon ab, potenzielle Traumatisierungen hinter den Kernthemen im Detail zu explorieren, um keine Destabilisierung zu riskieren (siehe hierzu Tutsch & Bukovski 2016).

Innere Stellungnahme und Bündnis gegen den suizidalen Modus

Um die innere Stellungnahme (PEA_2) einzuleiten, fragen wir die Klienten zunächst, inwieweit sie verstehen, dass die Krise in diesem Ausmaß eskalieren konnte und was dazu beigetragen hat (z.B. *Verstehen Sie, was da in Ihnen vorgegangen ist, dass es so weit kommen konnte?*). Je nach Reflexionsvermögen der Klienten und Transparenzgrad der PEA_0 und PEA_1 ist ihnen der Zusammenhang zwi-

schen Suizidversuch, Belastungen und Kernthemen mehr oder weniger klar. Der Therapeut steht mit seiner Expertise zur Verfügung, um ein im Konsens validiertes Modell für die individuelle suizidale Dynamik mit den Klienten zu formulieren. Sich akut suizidale Zustände als aktiven selbstdestruktiven Anteil vorzustellen, der unter bestimmten Bedingungen emergiert, wird unserer Erfahrung nach von vielen Klienten als hilfreiches Bild erachtet.

Auf Basis des Verständnisses der individuellen suizidalen Dynamik werden die Klienten nun zur inneren Stellungnahme angeleitet (z.B. *Was sagen Sie aus heutiger Sicht dazu?*). An dieser Stelle kann es auch hilfreich sein, dem suizidalen Modus die bereits explorierten Gründe zu leben gegenüberzustellen. Fällt diese Entscheidung gegen den suizidalen Modus aus, sind die Klienten in der Regel zu einem kollaborativen Bündnis gegen den Suizid bereit. Gelingt es noch nicht, eine lebensbejahende Haltung einzunehmen, hat dieser Moment unserer Erfahrung nach dennoch ein besonderes Potenzial, ein Bündnis einzugehen, am Leben zu bleiben, um sich gemeinsam der Ergründung dessen zu widmen, was im Leben fehlt und wie dies realisiert werden kann.

Der Notfallplan

Als Handlungsplan kann der Notfallplan, wie er von Stanley und Brown (2012) konzipiert wurde, vor dem Hintergrund der PEA als Ausdruck (PEA_3) verstanden werden (vgl. Längle 1993). Dabei profitiert die Warnzeichenexploration enorm von einer gründlichen Deskription des suizidalen Prozesses (PEA_0). In Ergänzung zu Stanley und Brown (2012) erachten wir es als wichtig, bei den Warnzeichen explizit auf deren Spezifität für suizidale Entwicklungen einzugehen (*Tritt das Warnzeichen nur im Kontext suizidaler Entwicklungen auf oder auch in anderen Situationen?*), um falsch-positive Vorhersagen zu reduzieren (Fartacek et al. 2014). Manchmal sind dabei Wechselwirkungsgefüge von mehreren Faktoren spezifischer als einzelne (z.B. Partnerschaftskonflikt in Kombination mit Alkohol und wochenlang vorangegangenen Schlafstörungen). Zudem können Symptome erst ab einer bestimmten Intensität oder Dauer zum Warnzeichen werden (z.B. Leeregefühle länger als drei Tage). Um den prädiktiven Wert von Warnzeichen zu erhöhen, empfehlen wir deren Validierung anhand weiterer suizidaler Krisen, falls vorhanden.

Nachdem die Ressourcen, Lebensumstände und Art der suizidalen Dynamik zwischen den Klienten stark variieren können, sind die von Stanley und Brown (2012) veranschlagten Schritte nicht bei allen Klienten gleich ergiebig. So lassen sich bei manchen Klienten beispielsweise keine geeigneten Helfer im privaten Umfeld festmachen. Bei anderen Kli-

enten verläuft die suizidale Dynamik so rasch, dass nach erfolgloser Anwendung internaler Bewältigungsstrategien gleich zur Kontaktaufnahme mit professionellen Helfern übergegangen werden sollte. Demnach sind die Notfallstrategien für jeden Klienten zu individualisieren.

Wir haben gute Erfahrungen damit gemacht, den Notfallplan in sensu (inklusive der inneren Stellungnahme) durchzuspielen. Dies ermöglicht, potenzielle Barrieren und Probleme bei der Anwendung vorab zu erkennen und erste Übungseffekte zu erzielen. Weiters gilt es, die Notfallplankonstruktion als *work in progress* zu sehen und den Notfallplan nach jeder Krise zu evaluieren und gegebenenfalls zu optimieren.

Wichtig erscheint uns auch, den Notfallplan in den Worten des Klienten zu formulieren, damit er für diesen verständlich ist. Zudem soll die Form des Notfallplans so sein, dass dieser vom Klienten immer bei sich getragen werden kann (z.B. im Scheckkartenformat). Manche Klienten wollen sich den Notfallplan selbst kreativ gestalten. Mittlerweile ermöglichen auch Apps den Notfallplan digital am Handy überall bei sich zu haben (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.moodtools.crisis.app>).

Notfallpläne bei Klienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung

Nachdem der vorliegende Kongressband der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) gewidmet ist, wollen wir noch ein paar Anregungen zur Anwendung von Notfallplänen bei diesem Klientel geben.

Unsere Erfahrungen mit dem Notfallplan bei Klienten mit BPS sind im klinischen Kontext bislang positiv. Wir empfinden den Notfallplan als unterstützend, indem er eine klare, gemeinsam vereinbarte Struktur zum Umgang mit suizidalen Krisen vorgibt, die bei Klienten mit BPS häufig auftreten können (Paris 2004). Weiters kann er für manche Klienten eine korrigierende Erfahrung sein. Denn Klienten mit BPS erleben das Ende der klinischen Versorgung oftmals als Zurückweisung oder Beziehungsabbruch. Der Notfallplan symbolisiert hingegen, dass das Bündnis gegen den suizidalen Modus (bei Einhaltung der vereinbarten Struktur) und die therapeutische Beziehung über die Entlassung hinaus bestehen bleibt. Dies kann es den Klienten erleichtern ins ambulante Setting überzugehen, ohne mit Suizidalität reagieren zu müssen, um die Entlassung zu verhindern, was auch das hohe Hospitalisierungsrisiko dieses Klientels reduzieren kann.

Unserer Erfahrung nach unterscheidet sich die oben beschriebene Notfallplankonstruktion bei Klienten mit BPS nicht wesentlich von der Anwendung bei anderen Klienten.

Es erscheint jedoch hilfreich, auf die Unterscheidung von nicht-suizidalem selbstverletzendem Verhalten und suizidalem Verhalten sowie von akuter und chronischer Suizidalität einzugehen (siehe hierzu Plöderl 2012). Denn der Notfallplan ist zwar zur Prävention von akut suizidalen Zuständen bzw. suizidalem Verhalten, nicht aber zur Prävention von chronischer Suizidalität und nicht-suizidaler Selbstverletzung gedacht, die sogar eine beruhigende, suizidpräventive Funktion haben können (Paris 2004).

Weiters kann der suizidale Prozess bei Klienten mit BPS sehr rasch verlaufen (teilw. weniger als zehn Minuten; Fartacek 2016). Ein solch kurzer Prozess erschwert natürlich die Notfallplanung und setzt voraus, dass die Warnzeichen schnell erkannt werden. Nachdem Klienten mit BPS bei der differenzierten Emotionswahrnehmung häufig Defizite aufweisen, kann es hilfreich sein, das Erkennen der individuellen Warnzeichen zu trainieren. Dabei können regelmäßige Selbstbeurteilungen der Warnzeichen helfen (z.B. Linehan 1993), wie dies beispielsweise durch Diary Cards (z.B. Dinhobl et al. 2010) oder elektronische Tagebücher (z.B. Fartacek et al. 2016) realisiert werden kann.

Das hohe Tempo suizidaler Prozesse von Klienten mit BPS gilt es auch bei den Bewältigungsstrategien zu berücksichtigen. So sollen beispielsweise nur jene professionellen Anlaufstellen angeführt werden, die auch adäquat rasch reagieren können (z.B. psychiatrische Ambulanzen, Krisenhotlines). Inwieweit hierfür Krisentelefonzeiten, die von manchen Therapeuten in freier Praxis angeboten werden, geeignet sind, gilt es gegebenenfalls zu klären.

Resümee

Der Notfallplan nach Stanley und Brown (2012) stellt ein international etabliertes und nachweislich wirksames Konzept zur Rückfallprophylaxe von suizidalem Verhalten dar. Aus existenzanalytischer Perspektive fällt jedoch auf, dass die Person in diesem Konzept unzureichend Berücksichtigung findet, weil es sich um eine reine Handlungsanleitung für den Umgang mit künftigen suizidalen Krisen handelt. Ob der Klient den Notfallplan überhaupt anwenden will und wofür es wert ist, dies zu tun, wird nicht thematisiert. Die Schritte der Notfallplankonstruktion könnten apersonal „absolviert“ werden, ohne dass die zugrundeliegende Entscheidung für das Leben je angefragt wurde. Dementsprechend treten wir dafür ein, dieses Konzept um die Gründe zu leben zu erweitern und die Notfallplankonstruktion in den Prozess der personalen Existenzanalyse zu integrieren.

Gemäß unseren bisherigen Eindrücken wird der Notfallplan von unseren Klienten gut angenommen und von Kli-

enten und Therapeuten als haltgebende Struktur in suizidalen Krisen erlebt. Wir hoffen, dass unsere Adaptation dazu beiträgt, Notfallpläne als *best practice* Intervention bei suizidalen Klienten auch für die existenzanalytische Praxis nutzbar zu machen.

Anschriff des Verfassers:

MAG.RER.NAT. DR.PHIL. CLEMENS FARTACEK
 Psychotherapeut, Klinischer und Gesundheitspsychologe am
 Universitätsinstitut für klinische Psychologie & am Bereich für
 Krisenintervention und Suizidprävention der Universitätsklinik
 für Psychiatrie und Psychotherapie, Christian Doppler Klinik,
 Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Uniklinikum Salzburg
 Ignaz-Harrer-Str. 79
 A-5020 Salzburg
 c.fartacek@salk.at

Literatur

- Alvarez A (1972) *The savage God*. New York: Random House
- Bernert RA et al. (2014) A review of multidisciplinary clinical practice guidelines in suicide prevention. *Academic Psychiatry* 38, 585–592
- BMG (2016) *Suizidprävention Austria*. Wien: Bundesministerium für Gesundheit
- Bryan CJ et al. (2017) Effect of crisis response planning vs. contracts for safety on suicide risk in US Army soldiers: A randomized clinical trial. *Journal of Affective Disorders* 212, 64–72
- Dinhobl R, Aistleitner U, Plöderl M & Fartacek C (2010) Existenzanalytische Anwendung dialektischer Verhaltenstherapieelemente. *Existenzanalyse* 27, 81–86
- Fartacek C (2016) *Die nichtlineare Dynamik suizidaler Prozesse*, Dissertation an der Alpen-Adria-Universität Klagenfurt
- Fartacek C, Kralovec K, Pichler EM, Fartacek R & Plöderl M (2014) Notfallpläne zur Rückfallprävention von suizidalem Verhalten. *Suizidprophylaxe* 41, 68–73
- Fartacek C, Plöderl M & Schiepek G (2015) Idiographisches Systemmonitoring in der Suizidprävention. In: Sammet I et al. (Hg) *Der therapeutische Prozess*. Stuttgart: Kohlhammer, 82–94
- Fartacek C, Schiepek G, Kunrath S, Fartacek R & Plöderl M (2016) Real-time monitoring of nonlinear suicidal dynamics. *Frontiers in Psychology* 7, 130
- Frankl V (1946/1991) *Ärztliche Seelsorge*. Wien: Deuticke
- Franklin JC, Ribeiro JD, Fox KR, Bentley KH., Kleiman EM et al. (2016) Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin* 143, 187–232
- Granello DH (2010) A suicide crisis intervention model with 25 practical strategies for implementation. *Journal of Mental Health Counseling* 32, 218–235
- Johnson J, Wood AM, Gooding P, Taylor PJ & Tarrier N (2011) Resilience to suicidality. *Clinical Psychological Review* 31, 563–591
- Joiner TE & Rudd MD (2000) Intensity and duration of suicidal crisis vary as a function of previous suicide attempts and negative life events. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68, 909
- Kolbe C (2010) Zur Bedeutung der Psychodynamik in der existenzanalytischen Psychotherapie. *Existenzanalyse* 27, 46–54
- Längle A (1993) *Personale Existenzanalyse*. In: Wertbegegnung. Wien: GLE, 133–160
- Längle A (1998) Verständnis und Therapie der Psychodynamik in der Existenzanalyse. *Existenzanalyse* 98, 16–27
- Längle A (2002) Die Grundmotivationen menschlicher Existenz als Wirkstruktur existenzanalytischer Psychotherapie. *Fundamenta Psychiatrica* 1, 5–13
- Linehan MM (1993) *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Michel K & Jobes D (Hg) (2011) *Building a therapeutic alliance with the suicidal patient*. Washington, D.C.: American Psychological Association
- Nindl A (2004) Wenn das Leben keinen Sinn mehr hat: Existenzanalytische Überlegungen zu Suizidalität und Suizidprophylaxe. *Existenzanalyse* 21, 63–66
- Paris J (2004) Half in love with easeful death: The meaning of chronic suicidality in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 12, 42–48
- Plöderl M (2012) *Suizidalität: Das Leben beenden oder das Leiden beherrschen*, Abschlussarbeit Existenzanalyse
- Stanley B & Brown GK (2012) Safety planning intervention. *Cognitive and Behavioral Practice* 19, 256–264
- Tutsch L & Bukovski R (2016) Trauma: Dissoziation und Integration. *Existenzanalyse* 33, 4–15
- Witte TK, Fitzpatrick KK, Joiner TE & Schmidt NB (2005) Variability in suicidal ideation. *Journal of Affective Disorders* 88, 131–136