

# Krisen in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

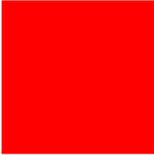
**Dr. med. Falk Burchard**

Chefarzt der LWL Klinik Marsberg,  
Kinder- und Jugendpsychiatrie



**LWL**

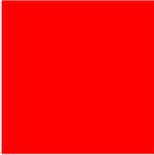
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Jugendkrisen und Risikoverhalten

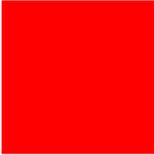
Risikoverhalten wird begünstigt durch

- Geringe soziale Kompetenz
  - Werte und Normen von Peer-Groups
  - Suche nach Grenzen
  - ADHS
  - Störung des Sozialverhaltens
  - Auch zurückgezogen lebende Jugendliche
  - Finales, extremes Denken
  - **Protektive Funktion des Elternhauses**
- 



## Variablen des Individuums

- Unterschiedliche Reaktionsweisen auf die gleiche Situation
  - Aktivierung früherer Erfahrungen
  - Allgemeine Erregbarkeit („Reizfilter“, ADHS, eher hirnorganisch)
  - Spezifische Erregbarkeiten (Kränkungsempfindlichkeit etc.)
  - Affektive Grundstimmung
  - „Psychose“
- 



## Merkmale einer Krise

- Kontrollverlust, beeinträchtigt Selbstwirksamkeitserleben
  - Bedrohtes Selbst- und Beziehungserleben
  - Infragestellung bisherigen Verhaltens, Orientierungsverlust
  - Veränderung der Wahrnehmung und der Realitätsbeziehung
  - Gefühl von Beziehungsverlust und Entfremdung, eingeschränkte Kommunikation
  - Verunsicherung, Angst, Trauer, Hilflosigkeit, Wut
  - Defizite der Affektregulation und der Selbsttröstung, Desaktualisierungsschwäche
  - Primärprozesshaftes, affektgesteuertes, nicht reflexives Denken
  - Spaltung und Projektion/ projektive Identifizierung, schwarz-weiß-Denken
  - Drohende Selbst- und/ oder Fremdgefährdung
- 

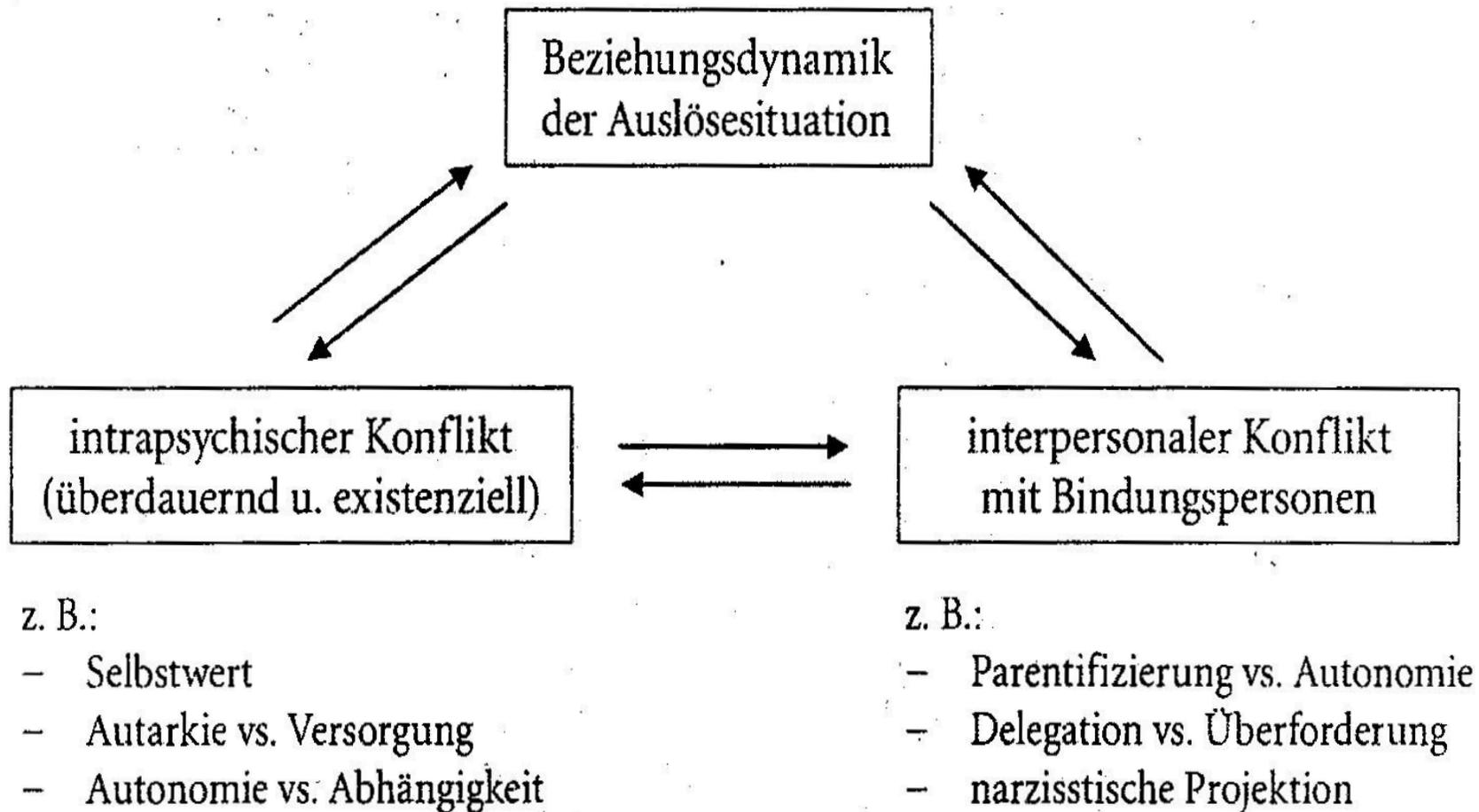
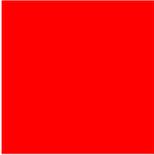
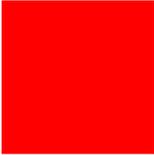


Abb. 1: Psychodynamisches Krisenverständnis



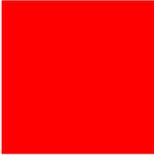
## Anforderungen an das Krisensetting einer Klinik

- Institutsambulanz sollte Klärungsstelle für ambulant/ stationär sein und über kurzfristige ambulante Angebote verfügen können
  - Ruhe und Ungestörtheit von außen
  - Therapeut klärt, schätzt ein und berät
  - Eltern entscheiden über Aufnahme, nicht der Therapeut
  - Ausnahmen
- 



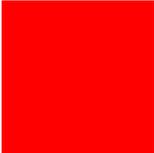
## Ambulante Krisenintervention

- Jede Krisenintervention läuft zuerst über die Ambulanz
  - Ausloten der Möglichkeiten der ambulanten Bewältigung
  - Entlastung aus der aktuellen Situation organisieren
  - Therapeutisches Bündnis knüpfen
  - Konkrete Absprachen treffen
  - Psychotherapie einleiten
  - Intensive ambulante Krisenintervention bis zu 3 \* / Woche
- 



## Indikation für eine stationäre Aufnahme bei Patienten mit suizidalem/ selbstverletzendem Verhalten

- Fehlen sozialer Bindungen
  - Impulsives Verhalten in der Vorgeschichte
  - Konkrete Planungen suizidalen Verhaltens bzw. parasuizidales Verhalten
  - fehlende Absprachefähigkeit/ Verlässlichkeit des Patienten oder des aktuellen Settings in dem der patient lebt
  - Eigen- und/ oder Fremdgefährdung
- 



## Krisen bei Patienten mit Störung des Sozialverhaltens

Keine stationäre Aufnahme, ggfs. Inobhutnahme etc. bei

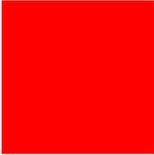
- zielgerichtetem, instrumentellem aggressiven Verhalten
- rein pädagogischem Interventionsbedarf

ggfs. ganz kurze (!) Krisenaufnahme zur Entaktualisierung, ggfs. mit JH-Einrichtung vorbesprochen (Krisenkonzept, begrenzte Anzahl)

- Impulsiv und dissozial agierende Jugendliche
- Gefahr wechselseitiger Ausstoßung und Delegation
- Jugendhilfe oft: Durchhalten müssen und irgendwann Ausstoßung

Stationäre Aufnahme bei

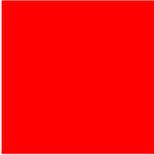
- 
- Begleitende psychiatrische Störung mit engem Zusammenhang zur Notwendigkeit der Krisenintervention
  - Psychotische Symptomatik
  - Impulskontrollstörung zur medikamentösen Einstellung



## Das Ideal

### Komplementarität KJP - Jugendhilfe

- KJP und JH als sich gegenseitig ergänzendes, kooperatives, kohärent arbeitendes System
  - eindeutige Kommunikationsstrukturen
  - kurzfristige Einberufung von Helferrunden
  - KJP sollte nicht als 'ultima Ratio' der JH fungieren
  - keine Beendigung von JH-Maßnahmen aus der Klinik heraus
  - gemeinsame Konzepte der geplanten kurzen Krise zu Entaktualisierung und der Intervallbehandlung
  - Vergleich Konzept „Abstandsbeurlaubung“
- 



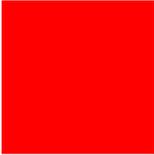
# Vorgehen allgemein

## Allgemein

- Kontakt herstellen, Ruhe und Sicherheit
- Vorgehen an Schutz und Sicherheit orientiert, nur vertretbare Risiken eingehen
- Kontakt zu weiteren potentiellen Helfern herstellen
- Auf sein Gefühl vertrauen
- Beruhigung, Ressourcenaktivierung

## Ärztlich-therapeutisch

- Feststellen der Orientierung, der Bewußtseinslage, der Vitalfunktionen, der allgemeinen Schwere der Erkrankung
  - Diagnostisch-therapeutisches Gespräch
  - Erhebung grober psychischer Befund
  - Körperliche Untersuchung
  - vorläufige Diagnosestellung
  - symptomorientierte Therapie - z.B. sedierende Medikation
- 

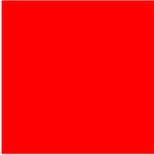


# Entscheidungsprozesse zum Setting

Nachdem die Aufnahmeentscheidung getroffen ist:

## Entscheidung freiwillig / geschlossen

- Entlastung allein durch Situationsveränderung möglich ? Ja und Einschätzbarkeit ? Ja → offen
  - Einvernehmlich: Entlastung durch Verantwortungsübernahme von außen → im offenen Setting auf geschützter Station
  - wenn Patient nicht stabil einwilligungsfähig ist oder nicht einsichtig in die Notwendigkeit → BGB – Genehmigung durch Eltern
  - Wenn Eltern nicht anwesend sind → Inobhutnahme § 42 KJHG
  - Wenn Eltern nicht anwesend sind oder Eltern nicht einsichtig sind bei akuter Gefahr → Psych KG
  - **Freiwillig geschlossen rechtlich nicht möglich**
- 



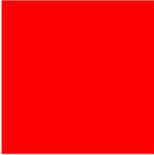
# Marsberger Entscheidungen Krisenintervention

## Aufnahme

- Jede unplanmäßige Aufnahme – zuerst Krisenintervention
- Entscheidung über Vorgehen am Folgetag
- Kurzfristiges ergänzendes Anamnesegespräch am Tag 1 oder Tag 2 nach Aufnahme, in dem Gespräch wird auch über weiteres Vorgehen entschieden

## Entscheidungen zum weiteren Procedere

- Pädagogische Krise ohne Gefährdung: Inobhutnahme
  - Situative Krise – kurze Krisenintervention (1-4 Tage, früher 7 Tage)
  - Kombinierte Krise – verlängerte Krisenintervention (5-12 Tage)
  - V.a. psychiatrische Erkrankung ohne Gefährdung – Wiederaufnahmeangebot
  - V.a. psychiatrische Erkrankung mit Gefährdung – Übergang in Regelbehandlung
- 



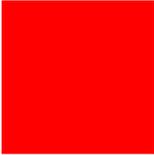
## Wir sehen Aufnahmepflicht, wenn ein Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie einen Patienten gesehen und sofortige Notfall-Einweisung angeordnet hat

- Entlassung dann nach frühestens drei Tagen, wenn (abweichende) Einschätzung der Klinik fundiert getroffen werden konnte

---

Wenn der Einweisung eines Hausarztes bezüglich Selbst- oder Fremdgefährdung nicht entsprochen wird → zeitnah Rückmeldung (telefonisch oder per Fax) an diesen Arzt, um

- den Fall zunächst möglichst wieder zurückzugeben
  - zu informieren, dass der Patient nicht von Klinik versorgt wird
  - ggfs. ambulante Angebote abzustimmen
  - Gelegenheit zu geben, sich nochmals vertiefend zu äußern
  - Einvernehmen über das weitere Procedere herzustellen
- 

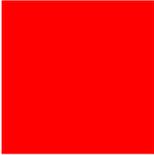


## Befugt zum „Wegschicken“

- Fachärzte für KJPP und approbierte Psychotherapeuten
- vom Chefarzt Befugte Therapeuten

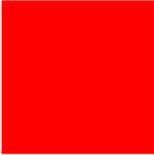
### Facharzt: Möglichst Zweitmeinung einholen bei

- eigener Unsicherheit, „Bauchgefühl“
  - nicht klärbare Divergenzen der Einschätzung mit externen Zuweisern oder internen Kollegen
  - nicht zu klärende Gefährdungsaspekte
  - ein oder mehrere (schwere) Suizidversuche in der Vorgeschichte
  - Suizid in der Familie
  - potentielle Gefährdung der Öffentlichkeit (Fremdgefährdung), Medienwirkung
  - sofortige Einweisung eines anderen Arztes
- 



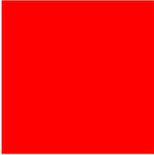
## Anforderungen an das Verhalten des Krisenhelfers

- Geregelt Verantwortungübernahme
  - Attunement an den Krisenpatienten, gemeinsame Affektregulation (Analogie Kleinkind-Mutter)
  - Transparenz - Informationen zur Situation an den Jugendlichen, Vermittlung von Sicherheit und Normalisierung, Klarheit und Struktur, Fokussierung auf Wesentliches
  - (Fehl) Wahrnehmung des Patienten ernst nehmen, aber subjektive Hilflosigkeit des Patienten kritisch prüfen
  - Kennen von Strategien der Deskalation aggressiv geladener Situationen
  - Selbstkontrolle im Umgang mit eigenen negativen Emotionen, nichts persönlich nehmen, Professionelle kritische Selbstreflektion
  - Alte Bindungen stabilisieren, keine neuen Bindungen anbieten
- 



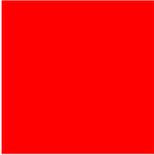
# Unterstützung des Patienten

- Reifungskrisen sind häufig Beziehungskrisen
  - Extrempositionen respektieren, nicht polarisieren
  - Verbundenheit zu Eltern erhalten, nicht völlig aufkündigen, auch wenn Patient dies scheinbar tut
  - nicht der bessere Elternteil sein wollen
  - Verständnis zeigen und gelassen bleiben
  - realitätsbezogene Unterstützung geben
  - „Loslassen“ wenn Hilfe nicht mehr benötigt wird, sich so schnell wie möglich entbehrlich machen
- 



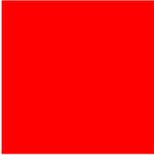
## Unterstützung und Beratung der (Adoptiv/ Pflege)-Eltern

- Reifungskrisen sind häufig Beziehungskrisen
  - Gelassene Haltung vermitteln
  - im Kontakt bleiben, was auch passiert
  - Nicht mit den Eltern konkurrieren
  - Raum für „Neben-Eltern“ geben, nicht konkurrieren
  - Bezüge zur Reifung der Eltern in ihrer damaligen Lebensphase aufzeigen
  - Alleinerziehende Mütter - dem Kind zeigen, dass es gehen darf
  - Jugendliche mit Vorbelastungen - höheres Komplikations- und Krisenrisiko
  - (vorübergehende) Trennung kann eine Option sein
- 



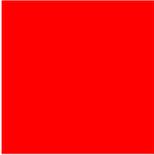
## Im geschützten Rahmen

- Geschützte Station versus Krisenzimmer auf offener Station
  - Interventionsstrategien transparent, vorhersehbar, verbindlich, möglichst vorher mit Patient und Angehörigen vorbesprochen
  - Kurzfristige Maßnahmen wie Time Out oder Fixierung mit schriftlichem Einverständnis der Eltern möglich, „unterbringungsähnliche Maßnahme“
  - Time Out Raum sollte auch sonst genutzt sein („lila Laune Raum“)
  - Aktualisierung/ Reinszenierung von Unterwerfungsszenarien vermeiden
- 



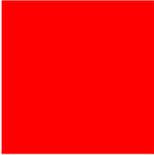
# Umgang mit aggressiven Verhaltensweisen

- freundliche Grundhaltung
  - aggressive Impulse aktiv erfragen
  - räumliche Enge vermeiden, soweit möglich körperliche Bewegung und Ausgang ermöglichen
  - potenziell gefährliche Gegenstände präventiv sichern
  - Grenzen setzen. Unterbrechung dysfunktionaler Lernmechanismen
  - bei Eskalation eingeübter Verfahrensablauf, mehrstufiges Vorgehen: z.B. Ermahnung → selbstgewähltes time out → Bedarfsmedikation → time out → Fixierung
  - Verfahrensablauf sollte vor Anwendung mit Patient/ Sorgeberechtigten vorbesprochen sein
  - nach einer eingreifenden Maßnahme Informieren der Sorgeberechtigten
  - Vorsicht bei traumatisierten Patienten (Reinszenierung)
  - Selbstschutz !!! Nicht allein mit unbekanntem aggr. Patient !
- 



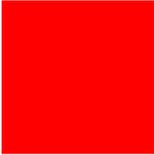
## Wann muß somatisch überwacht (=verlegt) werden?

- unklare Intoxikation
  - Alkoholintoxikation > 1,5 (2) Promille
  - unklare Bewußtseinsstörung
  - unerklärliche neurologische Auffälligkeiten
  - somatische Komplikationen
- 



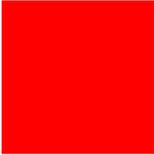
## Variablen der Krisensituation/ Interaktion

- Allgemeine Lebenssituation des Jugendlichen
  - Situation zum Zeitpunkt des Kriseneintritts
  - Reaktion der Umwelt auf die Krise
  - Möglichkeiten der Beeinflussung von Menschen, die auf eine Krise zusteuern
    - im positiven (Talking Down, Hilfsangebot, da sein, Gespräch, Trost, Rat, Reizreduktion usw.)
    - im negativen Sinne: leicht jemanden auf die Palme zu bringen, sehr leicht bei Jugendlichen, sehr leicht bei seelisch labilen Personen jeglichen Alters
- 



## Diagnostische Fragen zur Interaktion in der Krise

- Auslösende Situation ?
  - Mit oder ohne beteiligte Andere ? Konflikt ?
  - Beziehungsdynamik der Auslösesituation
  - Interpersonelle Bedeutung der Symptome, aktuelles Beziehungsszenario mit Begleitpersonen
  - Welche Belastungen wirken noch auf den Patienten ein ?
  - Ansprechbarkeit und Offenheit des Patienten ?
  - Bedrohung des Patienten/ des Untersuchers ?
  - Welche Informationen gibt der Patient verbal/ nonverbal ?
  - Wie reagiert er auf Kontaktaufnahme, verbal, körperliche Annäherung ?
  - Welche Phantasien/ Wünsche weckt der Patient in mir ?  
Wie wirkt er ?
- 



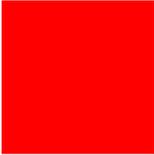
## Diagnostik: Strukturierte Anpassungsressourcen

- Normale Interaktion mit Gleichaltrigen möglich ?
- Normale Interaktionen mit Erwachsenen möglich ?
- Werden Schule/ Ausbildung vorangetrieben ?
- Werden persönliche Ziele verfolgt ?
- Genießt er/ sie Anerkennung durch andere ?
- Kann er positive emotionale Signale geben ?
- Bestehen erotische Beziehungen ?



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



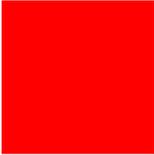
## Diagnostik: Vulnerabilität und Umweltfaktoren

- Welche psychopathologischen Symptome bestehen ?
- Wie sieht die augenblickliche psychosoziale Gesamtsituation aus ?
- Welche Krisenauslöser wirken mit ?
- Welche biographischen Besonderheiten wirken in Bezug auf die Vulnerabilität mit ?
- Welche Entwicklungskonflikte liegen vor ?
- Welche Bewältigungsformen und Risikoverhalten liegt vor?



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



## Adoleszentenkrise – Charakteristik

- plötzliche oder fortschreitende Verengung der Wahrnehmung, der Wertesysteme sowie der Handlungs- und Problemlösefähigkeit
- bisheriges Verhalten, Erfahrungen, Normen, Ziele und Werte werden infrage gestellt
- für den Betroffenen und die Umgebung oft bedrohliche Situation
- akut, flüchtig, abortiv oder diffus verlaufend
- stärker externalisiert und inszeniert, sozial agiert
- auslösende Situationen, oft Konflikte, Zusammentreffen verschiedenartiger Belastungen auszumachen
- stets lediglich eine (vorläufige) Querschnittsdiagnose



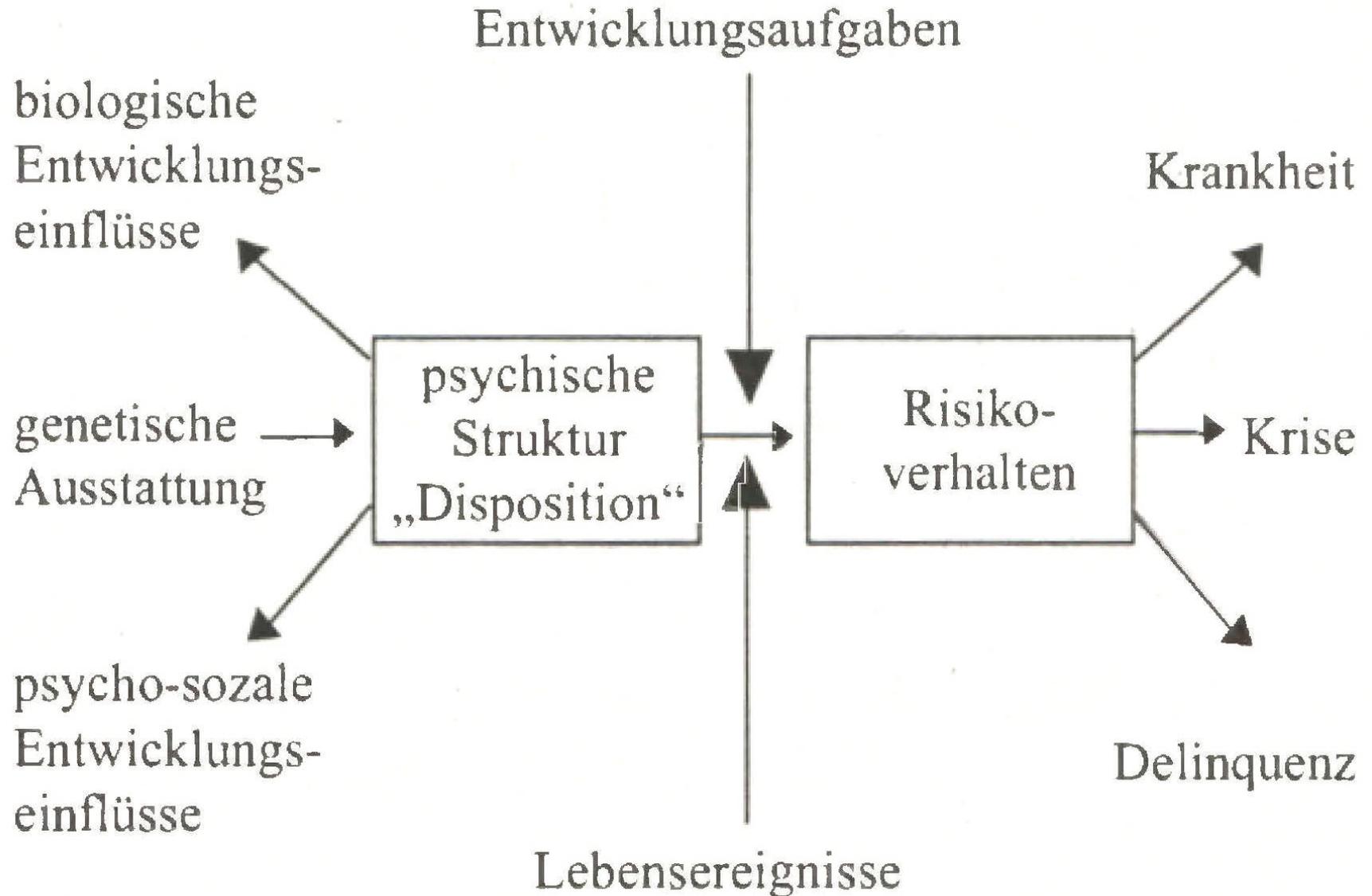
**LWL**

Für die Menschen.

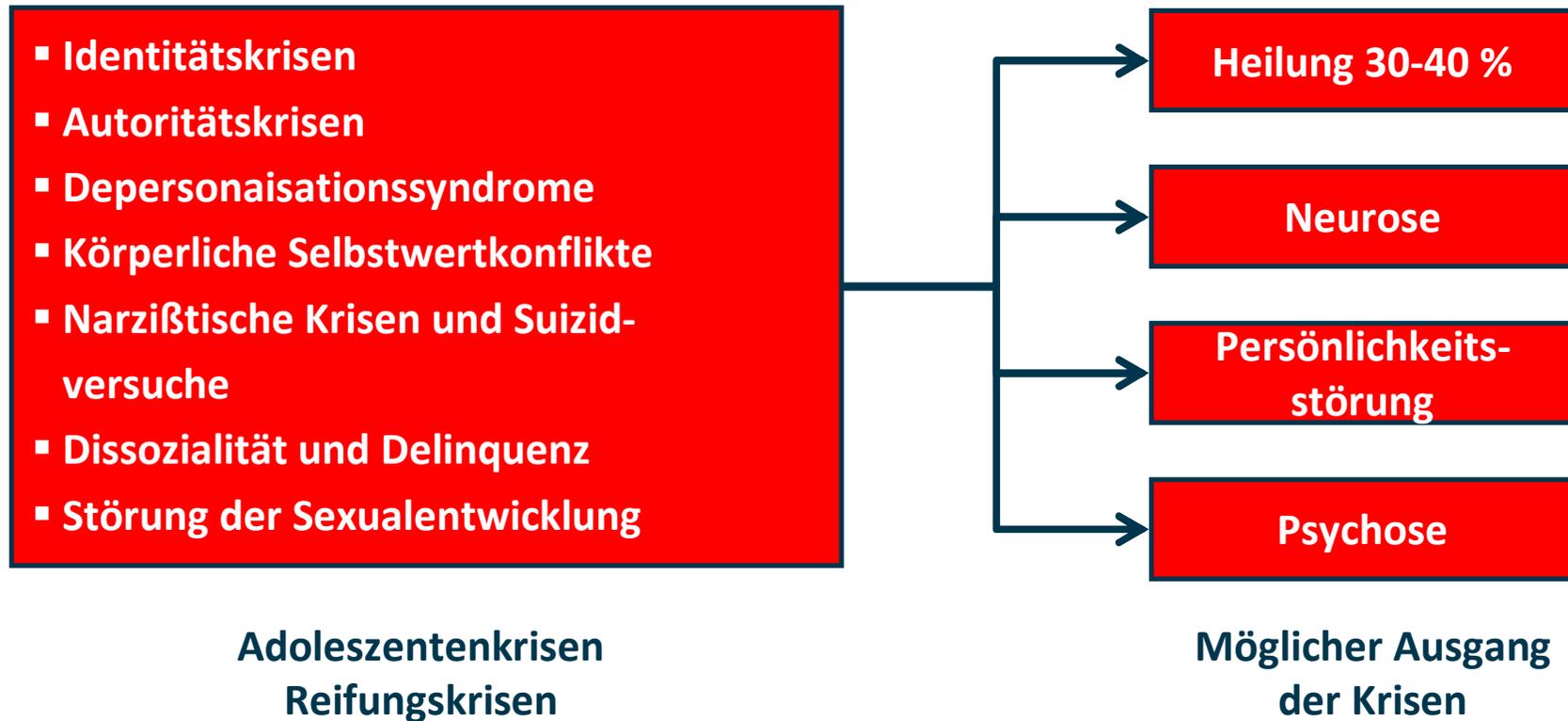
Für Westfalen-Lippe.

# Strukturmodell Adoleszentenkrise

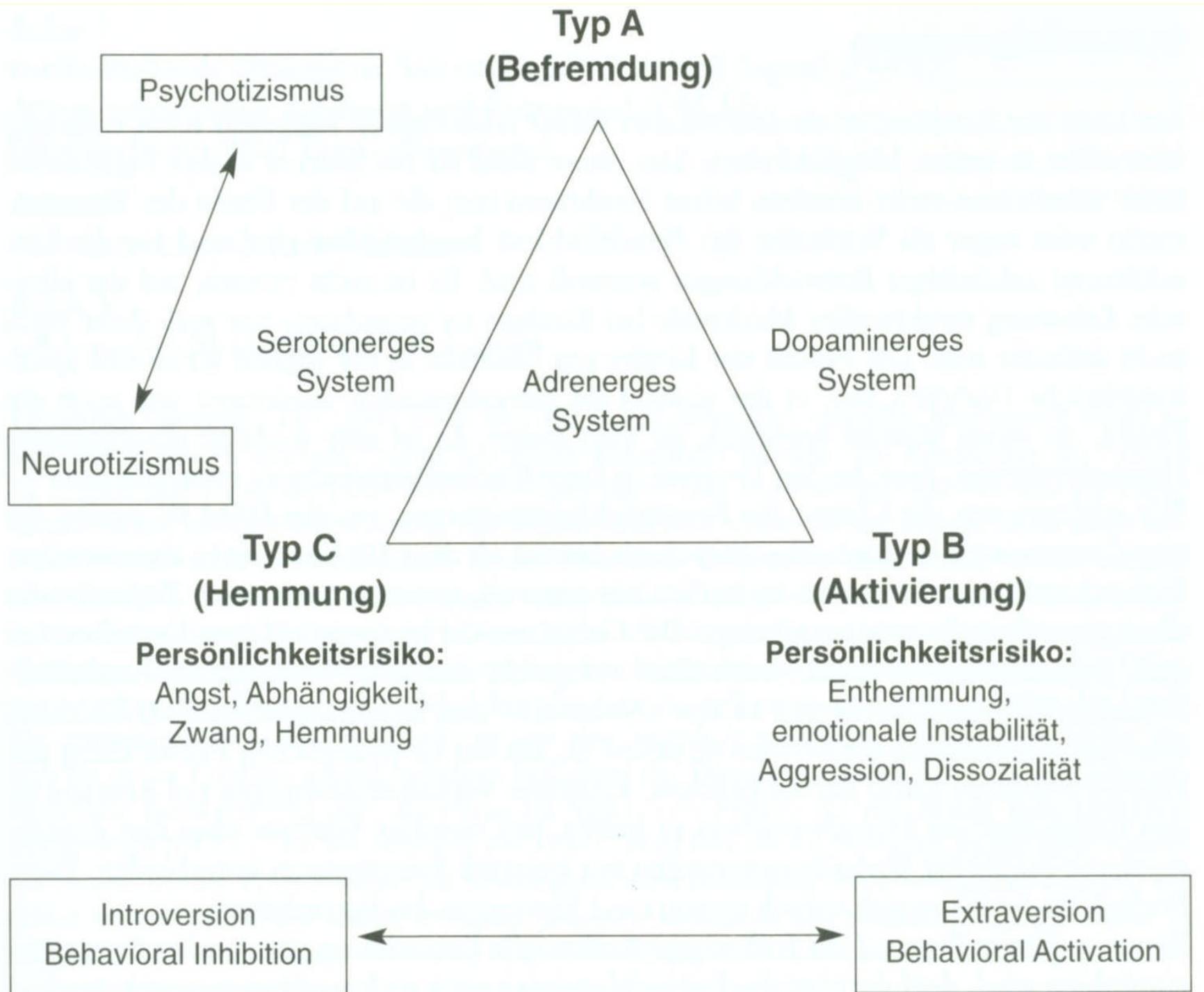
nach Resch 1996

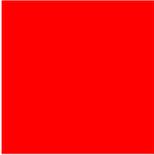


# Adoleszentenkrise - potenzielle Ausgänge



**Abbildung 3:** Adoleszenten- bzw. Reifungskrisen und ihr möglicher Ausgang . Quelle: REMSCHMIDT 1992b, S. 283.





# Adoleszentenkrise (Remschmidt)

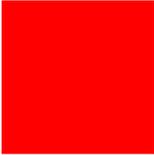
(Cluster A)

## Identitätskrisen

- Insuffizienzgefühle
  - Depressive Verstimmungen
  - Suizidtendenzen
  - Depersonalisation
  - Hypochondrische Befürchtungen
  - Unsicherheit Ziele, Berufswahl, Freunde, sexuell, religiös, moralisch, Gruppenloyalität
- 

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



## Adoleszentenkrise - Längsschnitt

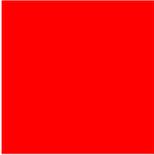
Die aktuelle Störung kann vor dem Hintergrund der biographischen Gesamtsituation und der sich entwickelt habenden Persönlichkeitsstruktur beleuchtet werden und Risiken der weiteren Persönlichkeitsentwicklung aufzeigen

- verzernte Ich-Funktionen (brüchiger Realitätsbezug, Kontaktschwäche, Unschlüssigkeit, Sprunghaftigkeit, Mißtrauen) – Cluster A – Befremdung, schizoid-autistisch-paranoides Spektrum, Asperger Autismus, schizophrene Vorformen etc.



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Adoleszentenkrise (Remschmidt)

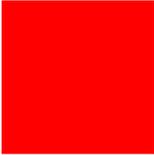
(Cluster B)

## Autoritätskrisen

- Protesthaltung
  - Universell Normen
  - Vater
  - Rückzug aus der Auseinandersetzung, Flucht
  - Drogen, Banden
  - Delinquenz und/ oder Suizidalität
- 

**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Adoleszentenkrise (Remschmidt)

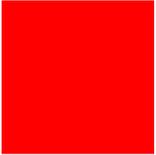
## Cluster B

### Narzistische Krisen

- Überspitzung von Ichbezogenheit
  - Selbstüberschätzung/ übertriebener Ehrgeiz im Wechsel mit starker Kränkbarkeit
  - Mangel an Einfühlungsvermögen
  - Überempfindlichkeit gegen Kritik (Wut/ Depression)
  - Übersteigerte Erwartungen an die Umgebung
  - Starke Neidgefühle
  - Suizidale Zuspitzungen
- 

**LWL**

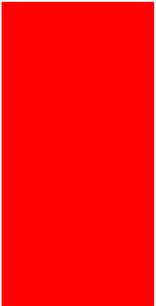
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



## Adoleszentenkrise - Längsschnitt

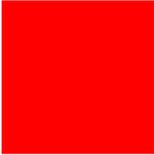
Die aktuelle Störung kann vor dem Hintergrund der biographischen Gesamtsituation und der sich entwickelt habenden Persönlichkeitsstruktur beleuchtet werden und Risiken der weiteren Persönlichkeitsentwicklung aufzeigen

- Aktivierung – Cluster B – dramatisch emotional – Extraversion, Sensation seeking, histrionisch – dissozial – emotional instabil, Impulsivität, Reizbarkeit, narzistische Störungen, Verbindungen zum ADHS, geringe Frustrationstoleranz



**LWL**

Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



# Adoleszentenkrise (Remschmidt)

Cluster C

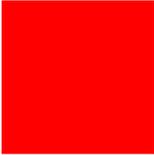
## Körperliche Selbstwertprobleme

- Dymorphophobie, vermehrte Beobachtung des eigenen Körpers
  - Gesicht, Narben, Körpermasse, Entstellungen, Skoliose
  - Auffällige Verhaltensweise infolge der Störung
  - Selbstwertproblematik
  - Kontakthemmung
- 

**LWL**

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.



## Adoleszentenkrise - Längsschnitt

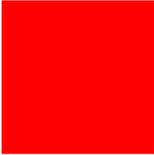
Die aktuelle Störung kann vor dem Hintergrund der biographischen Gesamtsituation und der sich entwickelt habenden Persönlichkeitsstruktur beleuchtet werden und Risiken der weiteren Persönlichkeitsentwicklung aufzeigen

- Hemmung – Cluster C – ängstlich vermeidend – anankastisch, dependent, Introversion, harm avoidance, manche Angstbildungen,



**LWL**

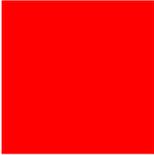
Für die Menschen.  
Für Westfalen-Lippe.



## Adoleszentenkrise – Persönlichkeitsstörung neue Ansätze

Sevecke/ Krischer 2011

- Differenzierung Persönlichkeitsstörung - Adoleszentenkrise ist derzeit nicht möglich
  - jugendspezifisches Modell fehlt
  - ICD-10 und DSM-IV verfolgen kategorialen Ansatz
  - dimensionaler Ansatz würde Auffälligkeiten an Profilen erkennen und könnte Kontinuität und Veränderung besser diskriminieren
  - Z.B. „Big five“ – Extraversion, Verträglichkeit, Offenheit, Neurotizismus, Gewissenhaftigkeit
- 



## Adoleszentenkrise – Persönlichkeitsstörung

Sevecke/ Krischer 2011

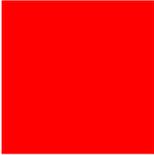
- 46 % aller 13-jährigen und 33 % aller 16-Jährigen weisen Persönlichkeitsauffälligkeiten auf
- diese Auffälligkeiten sind im weiteren Heranwachsen rückläufig
- viele Jugendliche, die in der frühen Adoleszenz auffällig waren, sind im frühen Erwachsenenalter unauffällig
- der Begriff der Adoleszenzkrise wird einer zeitlich begrenzten Entwicklungsproblematik gerecht
- Zeitfaktor (zeitliche Begrenzung) sollte berücksichtigt werden
- Auslöser sollte erkennbar sein
- es sollte keine schwere psychische Dekompensation vorliegen



**LWL**

Für die Menschen.

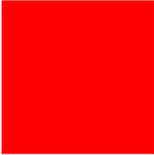
Für Westfalen-Lippe.



## Adoleszentenkrise – *Stabilität von States und Traits*

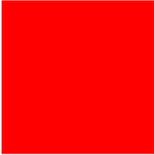
Sevecke/ Krischer 2011

- akute Symptome (state-Merkmale) remittieren schnell
  - stabile Merkmale (trait-Merkmale) sind z.B. Impulsivität oder Affektlabilität
  - PS-Diagnosen enthalten state- als auch trait-Merkmale und sind deshalb zeitlich instabil
  - altersabhängig steigt Strukturstabilität, Persönlichkeitsstörungs-Symptome nehmen ab
  - Reifungsprozesse und Erfahrung reduzieren exzessive Verhaltensmuster
- 



## Krise bei Borderline-Patienten (Bernhardt K et.al. 2005)

- Anlass oft Suizidalität, SVV, andere impulsive Verhaltensweisen, dissoziative Zustände, Pseudohalluzinationen, Flashbacks, Intoxikation
  - Fokus ausschließlich auf aktuelle Krisenfaktoren, Hospitalisierung nicht fördern, Grundprobleme ambulant angehen
  - Behandlungsdauer definiert begrenzt (ca. 3 Wochen)
  - Funktionales Verhalten identifizieren und verstärken
  - Therapiemotivation aufbauen, Therapiepakt, Validierung und Ansporn
  - Klare Absprachen zum Umgang mit suizidalen Krisen, SVV, Dissoziation, provokantem Verhalten
  - Kein SVV, sprechen über Suizid in Gegenwart anderer Patienten, Verhaltensanalyse, Kettenanalyse
  - Einzeltherapie, Bezugspflege, psychoedukative Gruppe, Wochenprotokoll, Hausaufgaben, Expositionsübungen
- 



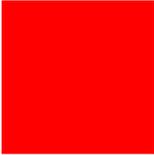
## Suizidalität : Mögliche Hintergrund-Kontexte

akute Reaktion auf zurückliegende Belastungen, wie z.B.

- Familienkonflikte, Schul- oder Leistungsprobleme
- Entwicklungs- oder Beziehungskrisen
- Drogenprobleme
- Verlustereignisse
- Traumatische Lebensereignisse

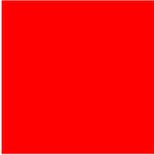
chronische oder repetitiv auftretende Suizidalität

- 
- im Rahmen multipler komorbider Störungen
  - dissimulierend versus aggravierend



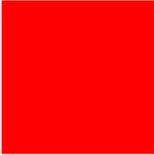
## Risikofaktoren für Suizidalität

- Depression, Sucht, Schizophrenie, bipolare Störung, emotional instabile Persönlichkeit, Angsterkrankungen, Anorexia nervosa, Störung des Sozialverhaltens
  - Vorausgegangene Suizidversuche
  - vorbestehende Suizidalität
  - Suizid im Umfeld
  - Suizid/ Depression in der Familie
  - narzistisch-depressive Symptomatik bei Jungen (!)
  - Identitätskrisen
- 



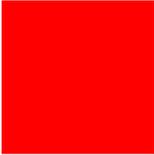
## Hilfreiche Fragen

- Denkst du im Moment an Suizid ?
  - Warst Du schon mal in eine solchen Situation ?
  - Hast Du schon mal überlegt wie Du dich umbringen würdest ?
  - Hast Du schon mal versucht dir das leben zu nehmen ? Wie ? Wann? Was war danach ?
  - Bist Du in Behandlung gewesen und wenn ja wo ?
  - Hast Du Zukunftspläne ? – Welche ?
  - Gibt es einen oder mehrere Menschen die Dir besonders wichtig sind ?
  - Gibt es in Deiner Familie Menschen die versucht haben sich umzubringen ?
  - Hilft Dir dieses Gespräch gerade, Abstand zu bekommen ?
  - Was würde Dir helfen, Abstand von diesen Gedanken zu bekommen ?
- 



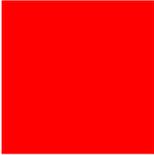
## Therapie der Suizidalität

- Einschätzung der Absprachefähigkeit
  - Antisuiizidvertrag
  - Begleitung/ Überwachung im stationären Setting
  - ggfs. geschützte Behandlung
  - Medikamente zur Distanzierung (z.B. Lorazepam, Quetiapin)
  - Behandlung der Grunderkrankung
  - (auch forensisch) wichtig ist zu jedem Zeitpunkt der Behandlung die Dokumentation des Befundes und Einschätzung der Suizidalität
  - Entlassung erst nach ausreichender emotionaler Stabilisierung
  - Nachbehandlung nach Entlassung
- 



## Fehler im Umgang mit suizidalen Patienten

- Suizidankündigungen nicht ernst nehmen
  - Psychiatrische Störung übersehen
  - Stationäre Einweisung unterlassen/ verzögern
  - Bagatellisierungstendenzen des Patienten fehldeuten
  - Mangelnde Exploration der Umstände die zur Suizidalität geführt haben
  - Nichtberücksichtigung der Fremdanamnese
  - Zu rasche Suche nach positiven Veränderungsmöglichkeiten
  - Fehlbeurteilung der Ruhe nach dem Entschluss und vor dem geplanten Suizid
  - Einseitige und unverbindliche Therapieempfehlungen
  - Selbstüberschätzung des Beurteilers
- 



# Literaturverzeichnis

- BAVING, L.(2002) Im Spannungsfeld zwischen Jugendpsychiatrie und Jugendhilfe. Krisenintervention aus der Sicht einer Kinder- und Jugendpsychiaterin. Forum Erziehungshilfen Nr. 5 S. 280-286
- BERNHARDT, K., et al. (2005) Stationäres Interventionskonzept auf Basis der Dialektisch-behavioralen Therapie zur Behandlung akuter Krisen bei Borderline-Patienten. In.: Psychother Psych Med; 55:397-404
- DU BOIS, R./RESCH, F. (2005): Klinische Psychotherapie des Jugendalters. Ein integratives Praxisbuch. Stuttgart, Verlag W. Kohlhammer.
- FEGERT, J., KÖLCH, M. (2011) Klinikmanual Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie. Springer-Verlag
- HERPERTZ-DAHLMANN et.al. (2003) Entwicklungspsychiatrie
- KLOSINSKI, G. (2002) So genannte Adoleszenten Krisen: Entstehung, Klinik, Psychodynamik, Verlauf, Hilfe. Psychotherapie 7. Jhrg. Bd. 7, Heft 1S. 125-133
- NEU, P. (2011) Akutpsychiatrie – Das Notfallmanual. Schattauer
- ORTITZ-MÜLLER, W., SCHEUERMANN, U. Gahleitner, SB (2010) Praxis Krisenintervention. Verlag W. Kohlhammer.
- PARASKEVI, M., BRÜNE, M., JUCKEL, G. (2011) Ärztlich – therapeutisches Vorgehen bei psychiatrischen Notfällen. Deutsches Ärzteblatt 108, Heft 13, S. 222-230
- RUDOLF, G.A.E. (1999) Psychiatrische Therapie Urban + Fischer 4. Auflage
- REMSCHMIDT, H. (1992a): Adoleszenz . Entwicklungen und Entwicklungskrisen im Jugendalter. Stuttgart; New York, Georg Thieme Verlag.
- REMSCHMIDT, H. (1992b): Psychiatrie der Adoleszenz. Stuttgart; New York, Georg Thieme Verlag.
- REMSCHMIDT, H. (1997): Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter. Stuttgart; New York, Georg Thieme Verlag.
- SCHÜRMAN, I. (2011) Ressourcenorientierte Krisenintervention. In Lenz, A. Empowerment. Handbuch für die ressourcenorientierte Praxis
- SEVECKE, K. / KRISCHER, M. (2011): Aktuelle Entwicklungslinien in der Persönlichkeitsforschung im Jugendalter. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie. Online publiziert am 02. August 2011.
- STEINHAUSEN, H.Chr. (2006) Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen 6. Aufl.
- WALTER, J., HOFFMANN, S., ROMER, G. (2005) Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 54: 487-504
- 