

Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter

Crisis Intervention during Childhood and Adolescence

Hellmuth Braun-Scharm

Zusammenfassung

Das Kindes- und Jugendalter weist in Bezug auf Krisen und Kriseninterventionen im Vergleich zum Erwachsenenalter folgende Unterschiede auf:

- altersbedingt abweichende Diagnoseverteilungen
- abweichende Geschlechterverteilungen
- Überwiegen von suizidalen Gedanken und Suizidversuchen (weniger Suizide als Erwachsene)
- Zunahme von Kriseninterventionen anstelle von elektiven/regulären Therapieaufenthalten

Schlüsselwörter Kinder- und Jugendliche – Krisenintervention – Notfall – Suizidversuch – Suizid – Selbstverletzung

Summary

There are differences in crisis and crisis intervention during childhood and adolescence when compared to adults.

- age related alteration in the distribution of diagnosis
- alteration in sex
- suicidal thoughts and suicidal attempts prevail, but less suicides than adults
- increase of crisis intervention rather than elective or regular inpatient therapy

Keywords children and adolescents – crisis intervention – emergency – attempted suicide – suicide attempt – deliberate self harm – self harming behavior

Krise im allgemeinen Sinne bedeutet eine rasche oder unerwartete Labilisierung eines Humansystems durch biologische, psychische und oder soziale Stressoren in der Weise, dass eine Restabilisierung mithilfe der habituellen Copingstrategien nicht mehr erreicht werden kann und das System somit in seiner Identität bedroht ist.

Für den Umgang mit der Krise (d. h. für die Krisenintervention) ist es weiterhin von Wichtigkeit, dass es sich bei der Krise um einen Zustand von kurzer oder zumindest absehbarer Dauer handelt. Daraus folgt, dass Kriseninterventionen unabhängig von dem Rahmen, in dem sie stattfinden, in der Regel kurz sind und durch das Abklingen der Krise beendet werden. Diese gängigen, vorwiegend zeitlich determinierten Definitionen von Krise und Krisenintervention haben in vielen Fällen etwas Artifizielles, da Krisen nur selten als solitäre, inselhafte Ereignisse in einer ansonsten ungestörten Entwicklung auftreten, sondern häufig Zuspitzungen, episodische Überlagerungen oder zeitweise Entgleisungen von schwierigen oder pathologischen Entwicklungen und Verläufen sind. Insofern sind die Definitionen von Krise und Krisenintervention immer individuell und werden je nach Kontext unterschiedlich vorgenommen. Bei rezidivierenden Krankheitsverläufen können Krisen Bestandteile der typischen Verlaufsmuster sein. Bei chronischen oder progredienten Verläufen sind Krisen eher die Ausnahme. Krisen können aber auch bei ansonsten gesunden Menschen auftreten.

In der aktuellen Medizin, die vermehrt durch Kostenfaktoren und Vollbelegungsdruck geprägt ist, hat im stationären Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie die Krisenintervention außerdem den Status eines Steuerungsmittels erhal-

ten. Ein erhöhter Anteil an Kriseninterventionen führt direkt zur Erhöhung der Fallzahl und Verkürzung der Liegezeiten, damit auch zu einem höheren Angebot an freien Plätzen.

In Abwesenheit genauer epidemiologischer Daten liegen Schätzungen vor, dass die Zahl der Kriseninterventionen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat, und zwar zu Lasten der längeren sogenannten therapeutischen Aufenthalte. Durch kürzere Aufenthaltszeit und höhere Fallzahl im Kriseninterventionsbereich hat sich das Diagnosespektrum im kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich deutlich verschoben (siehe unten).

Aus den oben genannten Gründen werden zwei Krisenformen nebeneinandergestellt:

1 Krisen als Zuspitzungen eines zugrunde liegenden länger dauernden Prozesses

2 Krisen im engeren Sinne

Ad 1) Krisen als Zuspitzungen. Typische Beispiele sind:

- 1.1 Schizophrene Psychosen mit akuten Zuständen von Paranoia, Verwirrtheit, Erregtheit oder Katatonie
- 1.2 Depressionen mit akuten Symptomen von Agitiertheit, Rückzug oder Suizidalität (siehe unten)
- 1.3 Bipolare Störungen, vor allem in Form akuter, bisweilen gereizter Manien oder akuter Depressionen
- 1.4 ADHS mit akuter Impulsivität und Aggressivität
- 1.5 Störung des Sozialverhaltens mit vorwiegend aggressiven Zuspitzungen

Ad 2) Krisen im engeren Sinne („Notfälle“), dazu zählen:

- 2.1 Rauschzustände und Intoxikationen mit substanzabhängiger Problematik, häufig in Zusammenhang mit suizidalen Absichten (bei Jugendlichen vor allem Alkohol, Cannabis und Amphetamine [Extasy])
- 2.2 Suizidversuche durch Ingestion von Substanzen, Schneiden und Ritzen, Strangulationsversuche etc.
- 2.3 Missbrauchs- und Misshandlungssituationen
- 2.4 Gewaltdelikte, z. B. Amokläufe, Brandstiftungen und andere eher delinquente Situationen
- 2.5 Familiäre und andere psychosozial-interaktive Beziehungskrisen durch Streitsituationen, Trennung, Scheidung etc.

3 Verschiebung des Diagnosespektrums

Durch die Zunahme von Notfällen und Krisen haben folgende Diagnosen in Relation zu anderen Diagnosen zugenommen:

- 3.1 Störungen des Sozialverhaltens
- 3.2 Komplexe ADHS-Störungen
- 3.3 Chronische Familienbeziehungsstörung
- 3.4 Selbstverletzungen bei Persönlichkeitsstörungen (insbesondere Borderline)
- 3.5 Suizidale Krisen jeglicher Art

4 Zur Suizidalität

Suizidalität weist alters- und geschlechtsspezifische Aspekte auf, die zu einem spezifischen Inanspruchnahmeverhalten im Kindes- und Jugendalter führen.

- 4.1 Im Kindesalter sind Suizide und ernsthafte Suizidversuche sehr selten. Es dominieren suizidale Gedanken und suizidale Gesten im Rahmen familiärer Konflikte.
- 4.2 Das Jugendalter führt zu einer drastischen Zunahme der Suizidalität, insbesondere in Form von Suizidversuchen. Suizidversuche werden begünstigt durch schulische und familiäre Belastungen, subklinische psychopathologische Auffälligkeiten, wie Selbstwertproblematik, Zukunftssangst, Selbstunsicherheit oder Introvertiertheit, sowie beginnende depressive Störungen und andere manifeste psychiatrische Störungen (im Jugendalter von zunehmender Bedeutung). Die enge Koppelung von Suizidalität mit bestimmten psychiatrischen Diagnosen, wie z. B. mit Schizophrenie, Sucht- oder Persönlichkeitsstörungen, ist bei Kindern und Jugendlichen jedoch weniger ausgeprägt.

Statistische Daten belegen seit langem, dass die Suizidrate (Suizide pro 1000 der Bevölkerung) mit steigendem Alter zunimmt, während die Suizidversuchsrate mit steigendem Alter abnimmt. Daraus folgt, dass die Zahl der Suizidversuche im Jugendalter am höchsten ist, während die Zahl der Suizide im höheren Alter am höchsten ist. Gekoppelt mit dem Ge-

schlechtereffekt (Suizide sind beim männlichen, Suizidversuche beim weiblichen Geschlecht häufiger), führt dies dazu, dass im Jugendalter besonders weibliche Jugendliche mit Suizidversuchen in Behandlung kommen.

5 Prinzipien der klassischen Krisenintervention

Unabhängig von spezifischen (psychiatrischen) Störungen können folgende Regeln auch bei Kindern und Jugendlichen empfohlen werden:

- 5.1 Je früher, desto besser
- 5.2 Konzentration auf die aktuelle Problemlage
- 5.3 Zeitliche Begrenzung
- 5.4 Aktive therapeutische Haltung
- 5.5 Interdisziplinarität (z. B. Jugendamt, andere Therapeuten etc.)
- 5.6 Einbezug des sozialen Umfeldes, insbesondere der Familie und der Schule

6 Praktisches Modell der Krisenintervention

Das praktische Vorgehen richtet sich nach folgenden Punkten:

- 6.1 Kontakt herstellen
- 6.2 Anamnese und Analyse (Situationsanalyse, Auslöser, Hintergrund, aktuelle Lebenssituation, Coping- und Ressourcenanalyse)
- 6.3 Problemdefinition (Krise in verständliche Worte fassen, Symptome rekapitulieren, bisherige Lösungsversuche benennen)
- 6.4 Zieldefinition (realisierbare Zukunftsperspektive formulieren, Hoffnung vermitteln)
- 6.5 Problembearbeitung
- 6.6 Termination und Perspektivenklärung
- 6.7 Follow-up

7 Medikation

- 7.1 Schnell und kurz wirksame, interaktionsarme und gut steuerbare Medikamente bevorzugen. Unübersichtliche Polypharmazie vermeiden
- 7.2 Bei suchtgefährdeten Personen Mittel mit Suchtpotenzial vermeiden
- 7.3 Gerade bei starker Depressivität sind Antidepressiva wegen der möglicherweise verzögert eintretenden Wirkung normalerweise keine Medikamente für Kriseninterventionen
- 7.4 Im Vordergrund steht eine angemessene Stabilisierung und Sedierung der Patienten mit Benzodiazepinen und niedrig potenten Neuroleptika

8 Das Kinder- und Jugendalter weist (in Bezug auf Krisen und Kriseninterventionen) im Vergleich zum Erwachsenenalter folgende Charakteristika auf:

- 8.1 Alterstypische Diagnosemuster mit teilweise abweichenden Geschlechterverteilungen
- 8.2 Überwiegen von suizidalen Gedanken und Suizidversuchen mit weichen Methoden
- 8.3 Hoher Anteil von familiären Krisen

Literatur

- Schnyder U, Sauvant J-U (Hrsg.) (2000): Krisenintervention in der Psychiatrie. Bern: Hans Huber
- Eggers Ch, Fegert J, Resch F (Hrsg.) (2003): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Berlin: Springer

PD Dr. med. Hellmuth Braun-Scharm
St. Anna Virngrund Klinik
Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Dalkinger Str. 8-12 • 73479 Ellwangen
Tel: 07961-881-2601 ü Fax: 07961-881-2603
E-Mail: hellmuth.braun-scharm@klinik-ellwangen.de

Kasuistik 1:

Die 15-jährige H. ist irakische Kurdin und zusammen mit ihrer Familie (Eltern und Brüder) unter unklaren Umständen nach Deutschland geflohen. In Deutschland wird der Vater arbeitslos, die Mutter erkrankt an einem inoperablen Tumor. In der Familie entwickelt sich ein Streit zwischen den traditionell islamistisch orientierten Brüdern und der zunehmend westlich-modern orientierten Schwester. Als sich H. eines Tages ins Krankenhaus begibt, werden eine Armfraktur und eine Kopfplatzwunde diagnostiziert, die durch einen der Brüder verursacht worden seien.

Das Jugendamt schreitet wegen körperlicher Misshandlung ein, entzieht den Eltern das Aufenthaltsbestimmungsrecht und bringt H. in einem therapeutischen Heim unter. Im Heim zeigt H. ein lebhaftes Temperament und einige Symptome, die je nach Sichtweise als posttraumatisch oder histrionisch eingeordnet werden können: Einschlafstörungen mit Panikattacken, Flashback-Erlebnisse der Misshandlungssituationen, emotionale Instabilität mit Depressionen und suizidalen Krisen, polarisierendes Beziehungsverhalten, Selbstverletzungen (oberflächliches Ritzen) und Aggressivität.

Es folgen mehrere kurze stationäre Aufenthalte in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken in Form von Kriseninterventionen, eine stabile psychiatrische Diagnose wird nicht gestellt. Bis zuletzt bleibt offen, ob H. wieder in ihre Familie zurückkehrt (Wunsch von H.) oder in eine therapeutische Wohngruppe geht (Wunsch des Jugendamtes).

Folgende Probleme treffen in diesem Fall aufeinander:

- transkulturelle Probleme und Migration
- Generationskonflikt
- Geschwisterkonflikt
- Arbeitslosigkeit, Verarmung und Statusverlust
- schwere Erkrankung und drohender Tod der Mutter
- Reifungskrise der (post-)pubertären Tochter mit Ablösungs- und Autonomiekonflikt
- möglicherweise beginnende psychiatrische Störung bei H.

Kasuistik 2:

Der 17-jährige F. wird wegen einer plötzlich und nicht durch exogene Faktoren erklärbare Depression mit starker Antriebslosigkeit stationär aufgenommen (initiale Krisenintervention). Auch nach der stationären Aufnahme bleibt die Depression bestehen, eine Psychogenese ist nicht erkennbar. Nach Beginn einer antidepressiven Medikation mit SSRI erfolgt die Entlassung nach ca. 4 Wochen in deutlich gebessertem Zustand.

Nach weiteren 2 Monaten der Stabilisierung und vorübergehender ambulanter Behandlung erfolgt die Wiederaufnahme von F. aufgrund einer akuten Manie mit Antriebssteigerung, Stimmungshoch, Logorrhoe, Schlafstörungen, Hypersexualität, Drogenabusus und Größenideen, aber ohne psychotische Symptome (initiale Krisenintervention). In der Anamnese ergibt sich, dass sich der Vater im Rahmen einer depressiven (bipolaren?) Erkrankung suizidiert hat.

Die Behandlung beginnt mit einer neuroleptischen Medikation und führt zu einer Reduktion der manischen Symptomatik. Es entwickeln sich aber anhaltende manisch-depressive Mischzustände, so dass schließlich eine medikamentöse Dauerprophylaxe mit Lithium und Lamotrigin erfolgt. Seitdem (ca. 3 Jahre) ist der Patient symptomfrei und absolviert eine handwerkliche Ausbildung.

In diesem Fall haben zwei Kriseninterventionen zu einem längeren stationären therapeutischen Aufenthalt geführt.