

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Karoline Krieger-Lamina

Einstieg in das Thema

- Dzt prekäre Versorgungssituation
- Starker Anstieg von psychischen Krankheiten (va. Suizidalität, Essstörungen und Depressionen) in der Coronapandemie – anhaltender Druck
- Eine bedrohliche Zukunft:
 - Coronapandemie
 - Klimakrise
 - Kriege
 - Wirtschaftskrise
- Ständige Triage

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie beschäftigt sich mit der Vorbeugung Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen, die in der Kindheit oder Adoleszenz auftreten.

Ausbildung - Kinderpsychiatrie

- bis 2007 Additivfach: nach FA-Ausbildung für Erwachsenenpsychiatrie oder Pädiatrie
- ab 2007: Sonderfach für KJPP: 4 Jahre Sonderfach und 2 Jahre Gegenfächer (Pädiatrie, Neurologie, EP)
- Seit 2015: zusätzlich im Titel inbegriffen ist die „ psychotherapeutische Medizin“=> erfordert eine psychotherapeutische Ausbildung bzw Absolvierung des CuPsy-Diploms

KJPP-Einrichtungen in Wien und NÖ

- Wien:

- AKH: stationär, ambulant, Tagesklinik, Hometreatment

- KH Hietzing (Rosenhügel): Ambulanz, stationär, Tagesklinik, Hometreatment, Transitionspsychiatrie

- KH Ottakring: psychosomatische und Mutter-Kind-Station und TKL

- KH Nord: ambulant und Tagesklinik

- PSD: ambulant, Tagesklinik, Hometreatment

- Niederösterreich:

- Tulln, Mauer-Öhling, Hinterbrühl

- Wiener Neustadt, Mistelbach, Waidhofen an der Thaya (TKL)

KJPP im Uniklinikum Tulln 1

- 20 stationäre Betten:
 - => 3 therapeutische Gruppen aufgeteilt nach Alter
 - => eine Akutgruppe
- Tagesklinik
- Ambulanz
- Hometreatment
- Ausbau geplant für 2024:
 - => 4 Familienzimmer, eine Hometreatment-Gruppe

KJPP im Uniklinikum Tulln 2

Fachärzt*innen für KJPP

Assistenz*ärztinnen für KJPP

(Psychiatrische) Krankenpflege

Sozialpädagogik

Psychologie

Psychotherapie

Sozialarbeit

Ergotherapie

Logopädie

Musiktherapie

Physiotherapie

Unterschiede zwischen EP und KJPP 1

- **Behandlung von Minderjährigen:**

- => bis zum vollendeten 14. Lj. entscheiden die Sorgeinhabenden über die Behandlung

- => ab dem 14. Lebensjahr (mündige Minderjährige) entscheidet der/ die Jugendliche selbst, auch über eine Medikation (bis zu 25 Tage)

- **Zuweisungskontext:**

- => häufig nicht der Patient/ die Patientin selbst, sondern Eltern, Schule, Therapeuten, Kindergarten, Jugendhilfe etc...

- => oftmals mangelnde Compliance der Kinder/Jugendlichen und auch der Eltern!

Unterschiede zwischen EP und KJPP 2

- Symptome der Kinder im Kontext ihrer Familien
=> Kinder oft Symptomträger
- Kindheit= Entwicklung
=> viele Verhaltensweisen gelten in bestimmten Entwicklungsphasen in der Kindheit und Jugend, als „altersentsprechend“, schnelle Fluktuation von Symptomen
- Vernetzungsarbeit:
=> wesentliches Element in der KJPP ist der Austausch mit den Bezugspersonen, sowie dem gesamten Helfersystem

Kinder-und Jugendhilfe 1

- **Zuständigkeit:**

- => Institution für alle Kinder und Jugendlichen in Österreich mit einem zugeteilten Sozialarbeiter

- => Ressourcenstärkung der Familien

- => bis hin zu Obsorge-Entzug bei Gefährdung des Kindeswohles

- **Struktur:**

- => MA11 in Wien, BH in NÖ

Kinder-und Jugendhilfe 2

Unterstützungsangebote:

- => sozialpädagogische Familienhilfe
- => sozialpädagogische Krisenintervention als Soforthilfe
- => Jugendintensivbetreuung
- => Jugendcoaching
- => regionale Krisenzentren
- => Wohneinrichtungen

Klassifikationsschemata

- **ICD10:**
 - => **I**nternational **C**lassification of **D**iseases
 - => herausgegeben von der WHO
 - => ICD11 bereits fertig
- **DSM5:**
 - => **D**iagnostisch **S**tatistisches **M**anual
 - => herausgegeben durch die amerikanisch psychiatrische Assoziation
- **OPD:**
 - => **O**perationalisierte **P**sychodynamische **D**iagnostik
 - => psychodynamisch/psychotherapeutisches Diagnoseschema

Orientierungshilfe zur multiaxialen Klassifikation psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Erste Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom

000.0 Keine psychiatrische Störung	F2 Schizophrenie, wahnhafte Störungen	F32 Depressive Episode	F42 Zwangsstörung	F51 Nichtorganische Schizophrenien	F60.3 Emotionale Instabilität ...	F66 Psychische und Verhaltensveränderung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	F9 Verhaltens- und emotionale Störungen im Kindes- und Jugendalter	F93.2 ... mit sozialer Überempfindlichkeit
F0 Organische einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	F20 Schizophrenie	F32.0 Leichte ...	F42.0 Vorwiegend Zwangsgedanken	F51.0 ... Insomnie	F60.4 Historische ...	F68.0 Sexuelle Reifungskrisen	F90 Hyperkinetische Störungen	F93.3 ... mit Geschwister rivalität
F07.0 Organische Persönlichkeitsstörung	F20.0 Paradoxe Schizophrenie	F32.1 Mittelschwere ...	F42.1 ... Zwangshandlungen	F51.1 ... Hypersensibilität	F60.6 Anankastische ...	F68.1 Artifizelle Störung	F90.0 Erbliche Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen	F94 Stör. soz. Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F07.1 Abhängigkeitsstörung	F20.1 Hebeephrenie ...	F32.2 Schwere ... ohne psychische Symptome	F42.2 Gemischt	F51.2 ... Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus	F60.7 Abhängigkeit ...	F68.2 Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen	F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens	F94.0 Elativer Miefismus
F07.2 Organisches Psychosyndrom nach Schädeltrauma	F20.2 Katalone ...	F32.3 Schwere ... mit psychischen Symptomen	F43 Reaktion auf schwere Anpassungsstörungen	F51.3 Schlafwandeln	F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	F68.3 Artifizelle Störung	F90.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Entfernung	F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
F1 Psychische und Verhaltensstörungen	F20.3 Undifferenzierte ...	F33 Rezidivierende depressive Störungen	F43.0 Akute Belastungsreaktion	F51.4 Fälschungen	F62 Andererseits Persönlichkeitsstörung nicht Folge einer Schädigung oder krankheitsbedingt	F68.4 Artifizelle Störung	F91 Störung des Sozialverhaltens	F94.2 Bindungsstörung des Kindesalters mit Entfernung
F1.0 Akute Intoxikation	F20.4 Posttraumatische Depression	F34 Anhaltende affektive Störungen	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	F51.5 Apraxien	F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	F68.5 Artifizelle Störung	F91.0 Auf den familiären Rahmen beschränkt	F95 Todesstörungen
F1.1 Schädlicher Gebrauch Substanzen	F20.5 Schizophrenes Residuum	F34.0 Zyklothymia	F43.2 Anpassungsstörungen	F51.6 Fälschungen	F64 Psychische Faktoren	F68.6 Artifizelle Störung	F91.1 ... bei fehlenden sozialen Bindungen	F95.0 Vorübergehende ...
F1.2 Abhängigkeitsyndrom	F20.6 Schizophrenie simplex	F34.1 Dysphymia	F44 Dissoziative Störungen	F52 Sexuelle Funktionsstör., nicht organisch oder krankheitsbedingt	F65 Mifbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen	F68.7 Artifizelle Störung	F91.2 ... bei vorhandenen sozialen Bindungen	F95.1 Chronische motorische oder vokale ...
F1.3 Entzugssyndrom	F21 Schizophrenie Störung	F40 Phobische Störungen	F45 Somatoforme Störungen	F53 Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett	F66 Persönliche Faktoren	F68.8 Artifizelle Störung	F91.3 ... mit epistatellen Verhaltensstörungen	F95.2 Kombinierte (Tourette-Syndrom)
F1.4 ... mit Delir	F22 Anhaltende wahnhafte Störungen	F40.0 Agoraphobie	F46 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Faktoren	F54 Psychische Faktoren	F67 Persönliche Faktoren	F68.9 Artifizelle Störung	F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F95.3 Kombinierte (Tourette-Syndrom)
F1.5 Psychotische Störung	F23 Vorübergehende wahnhafte Störungen	F40.1 Soziale Phobien	F47 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Faktoren	F55 Mifbrauch von Substanzen, die keine Abhängigkeit hervorrufen	F68 Persönliche Faktoren	F69.0 Panische ...	F92.0 ... mit depressiver Störung	F95.4 Stereotype Bewegungsstörung
F1.6 Anästhetisches Syndrom	F24 Induzierte wahnhafte Störung	F40.2 Isolierte Phobien	F48 Anorexia nervosa	F60.0 Anorexia nervosa	F69 Persönliche Faktoren	F69.1 Schizoide ...	F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	F95.5 Stottern
F1.7 Restzustand und verbleibende psychotische Störung	F25 Schizoaffektive Störungen	F41 Andere Angststörungen	F49.0 Anorexia nervosa	F60.1 Schizoide ...	F69.2 Dissoziale ...	F69.2 Dissoziale ...	F93.1 Phobische Störung	F95.6 Polern

Zweite Achse: Umschriebene Entwicklungsstörungen

F80 Umschriebene ... des Sprechens und der Sprache	F81.1 Isolierte Sprachstörung	F81.2 Rechenstörung ...	F81.3 Kombinierte ...
F80.0 Artikulationsstörungen	F81.1 Isolierte Sprachstörung	F81.2 Rechenstörung ...	F81.3 Kombinierte ...

Dritte Achse: Intelligenzniveau

1. Sehr hohe Intelligenz	2. Hohe Intelligenz	3. Normale Intelligenz	4. Niedrige Intelligenz	5. Leichte intellektuelle Behinderung	6. Mittlere intellektuelle Behinderung	7. Schwere intellektuelle Behinderung	8. Schwerste intellektuelle Behinderung	9. Intelligenzniveau nicht bekannt
IQ über 129	IQ 115-129	IQ 85-114	IQ 70-84	IQ 50-69	IQ 35-49	IQ 20-34	IQ unter 20	Wieder durch klinische noch psychometrische Einschätzung

Vierte Achse: Körperliche Symptomatik

00.00 Keine körperliche Symptomatik	G00-005 Meningeale / Entzündungen	G05 Andere endokrine Störungen	G06 Vaskuläre Syndrome	H00-169 Krankheiten der Augen / Augenlider	O Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	Q75 Andere angeb. Mißbildungen des Schädels und Gesichtsschädelknochen	Q99 Andere Chromosomenaberrationen, nicht andersorts klassifizierbar	V01-Y98 Äußere Ursachen von Erkrankungen und Sterblichkeit
A00-B99 Infektiöse und parasitäre Krankheiten	G06.0 Meningitis	G05.0 Endokrine Störungen	G06.0 Vaskuläre Syndrome	H00-169 Krankheiten der Augen / Augenlider	O Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	Q75.0 Andere angeb. Mißbildungen des Schädels und Gesichtsschädelknochen	Q99.0 Andere Chromosomenaberrationen, nicht andersorts klassifizierbar	V01-Y98 Äußere Ursachen von Erkrankungen und Sterblichkeit
C00-D36 Neubildungen	G06.1 Meningitis	G05.1 Endokrine Störungen	G06.1 Vaskuläre Syndrome	H00-169 Krankheiten der Augen / Augenlider	O Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	Q75.1 Meningitis	Q99.1 Andere Chromosomenaberrationen, nicht andersorts klassifizierbar	V01-Y98 Äußere Ursachen von Erkrankungen und Sterblichkeit
D Krankheiten des Blutes und blutbildenden Organe	G06.2 Meningitis	G05.2 Endokrine Störungen	G06.2 Vaskuläre Syndrome	H00-169 Krankheiten der Augen / Augenlider	O Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	Q75.2 Meningitis	Q99.2 Andere Chromosomenaberrationen, nicht andersorts klassifizierbar	V01-Y98 Äußere Ursachen von Erkrankungen und Sterblichkeit
E Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	G06.3 Meningitis	G05.3 Endokrine Störungen	G06.3 Vaskuläre Syndrome	H00-169 Krankheiten der Augen / Augenlider	O Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett	Q75.3 Meningitis	Q99.3 Andere Chromosomenaberrationen, nicht andersorts klassifizierbar	V01-Y98 Äußere Ursachen von Erkrankungen und Sterblichkeit

F1-F9

F0 Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen

F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen

F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen

F3 Affektive Störungen

F4 Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren

F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen

F7 Intelligenzstörung

F8 Entwicklungsstörungen

F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

F90 – 98 Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter

- F 90. - Hyperkinetische Störungen
- F 91. – Störungen des Sozialverhaltens
- F 92. – Kombinierte Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
- F 93. – Emotionale Störungen des Kindesalters
- F 94. – Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
- F 95. – Ticstörungen
- F 98. – Andere Verhaltens und emotionale Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter

KJPP-Erstgespräch 1

die psychosoziale Anamneseerhebung

- Sozialanamnese
- Entwicklungsanamnese
- Kindergarten-und Schulanamnese
- Familienanamnese
- Bisherige Krankheiten, Behandlungen
- Ressourcen, Stärken

KJPP-Erstgespräch 2

Sozialanamnese:

- **Wohnsituation:** Haus/Wohnung, eigenes Zimmer, viele Umzüge etc..
- **Familiensituation:** Eltern zusammen/getrennt, Rosenkrieg, Patchwork
konflikthafte Beziehungen etc...
- **Obsorgesituation:** alleinige/ gemeinsame, strittig, Obsorgeentzug
- **Soziales Umfeld:** Quantität und Qualität der Freundschaften
- **Freizeitaktivitäten:** Hobbys, Aktivitäten alleine oder in der Gruppe
etc..
- **Kontakt mit der Kinder-und Jugendhilfe** ja/nein, wenn ja, welche
Angebote wurden bereits in Anspruch genommen

KJPP-Erstgespräch 3

Entwicklungsanamnese:

- **Wunschkind** ja/nein
- **Schwangerschaft:** wievielte?, etwaige somatische oder psych. Schwierigkeiten
- **Geburt:** Komplikationen, Spontangeburt/Section, Mehrlingsgeburt
- **Meilensteine der Entwicklung:** Stillen, sprachliche und motorische Entwicklung, (erste Schritte, erste Worte...), Erlangen der Sauberkeit (primäre oder sekundäre Enuresis, Enkopresis), Ein-und Durchschlafschwierigkeiten, schläft das Kind alleine oder bei den Eltern etc...

KJPP-Erstgespräch 4

Kindergarten-und Schulanamnese:

- **Kindergarten:** Eintrittsalter, Trennungsschwierigkeiten, soziale Integration
- **Volksschule:** etw. Übergangsschwierigkeiten vom Kindergarten in VS, soziale Integration, etw. Lerndefizite, etw Phasen von Schulvermeidung
- **Weiterführende Schulausbildung:** Gymnasium/NMS, Abschluss der 9 Pflichtschuljahre, Umstiege, etw. Lernschwierigkeiten, soziale Integration, etw. Phasen von Schulangst, Schulverweigerung, Zukunftspläne oder bereits bestehendes Lehrverhältnis

Das KJPP-Erstgespräch 5

Familienanamnese:

- Somatische Erkrankungen in der Familie
- Psychiatrische Erkrankungen in der Familie
- Hinweise auf familiäre Belastungen
- Hinweise auf genetische Faktoren
- Transgenerationale Traumatisierungen

KJPP-Erstgespräch 6

- **Vorbehandlungen:** frühere Krankenhausaufenthalte, schwere Erkrankungen, Therapien (Psychotherapie, psychologische Testungen, funktionelle Therapien, wie Ergo, Logo, Physio..)
- **Ressourcen und Stärken:** Prüfen von Resilienz, von vorhandenen Skills, vorhandene Ausgleichsaktivitäten, aktuell vorhandenes Helfersystem, soziale Kompetenz etc....
- **Ergänzend somatischer und neurologischer Status**

Psychopathologischer Status 1

- **Äußeres Erscheinungsbild**
- **Kontakt- und Beziehungsfähigkeit** Wie ist der Kontakt zu den Bezugspersonen, wer ist mit, wer kommt mit in den Untersuchungsraum, wie nehmen die Beteiligten Platz, Wer übernimmt die Führung
- **Sprache:**
 - Umfang, Intonation, Artikulation, Vokabular, Komplexität, Sprachverständnis, Gesten
- **Orientierung**
- **Auffassung/Aufmerksamkeit /Konzentration/ Gedächtnis**
- **Aufmerksamkeit:** Das schulfähige Kind ist zu selektiver Aufmerksamkeit fähig, kann Aufmerksamkeit teilen und auch die Aufmerksamkeit bei monotonen Anforderungen aufrechterhalten.
- **Orientierung:** Ab dem Alter von 8.-9. Lebensjahr kann ein Überblick über räumliche Beziehungen hergestellt werden. Die Ausbildung eines Zeitrasters für die Vergangenheit ist erst gegen Ende des Grundschulalters zu erwarten.

Psychopathologischer Status 2

- **Ductus - Formale Denkstörungen/ inhaltliche Denkstörungen:**

- Im Grundschulalter sind Assoziationslockerungen, Inkohärenz des Denkens, fluktuierend, unlogische Schlüsse, tangentialen Denken, Fehlinterpretationen, und konkrete Interpretationen von Sprichwörtern sind noch normal

- Ab dem Jugendalter: Inkohärenz, Sperrungen, Zerfahrenheit, Faseln, subjektive Erkenntnis der Störungen („Gedankenabreißen“), Konkretismus wie bei Erwachsenen

- **Wahrnehmung:** Trugwahrnehmungen sind im Kindesalter äußerst selten, werden aber im Jugendalter häufiger angetroffen

- **Ichstörungen**

- **dissoziative Störungen**

Psychopathologischer Status 3

- **Stimmung/Affekt/Affizierbarkeit/Antrieb**
- **Ängste/ Zwänge**
- **Somatisierung**
- **Vegetative Funktionen: Schlaf / Essen / Ausscheidung**

Psychopathologischer Status 4

- **Physiologische Ängste im Kindes und Jugendalter:**

- 0-6 Monate: laute Geräusche
- 6-9 Monate: Fremde
- 9-12 Monate: Trennung, Verletzung
- 2. Lebensjahr: imaginäre Figuren, Tod, Einbrecher
- 3. Lebensjahr: Tiere, Alleinsein
- 4. Lebensjahr Dunkelheit
- 6 – 12 Jahre: Schule, Verletzung, Krankheit, soziale Situationen
- 13-18 Jahre: Verletzung, Krankheit, soziale Situationen, Sexualität

Psychopathologischer Status 5

- **Motorik:**

- Antrieb und Aktivität, qualitative Auffälligkeiten: z.B. Tics, Stereotypien, Automutilation (Selbstverletzung), Jaktationen, Impulskontrolle

- **Sexualität**

- **Substanzmissbrauch**

- **Suizidalität**

Diagnose 1

Allgemeines:

- Wortursprung: *diagnoskein* „genau erkennen, unterscheiden“, aus griech. *dia* „durch und durch“ (verstärkend im Sinne von „genau“) und griech. *gignoskein* „wahrnehmen, erkennen“, zu griech. *gnosis* „Wissen“
- zusammenfassende Gesamtschau und Beurteilung der erhobenen Befunde
- entweder einzelne Beschwerden und Krankheitszeichen = **Symptom**
- oder typische Symptomkombinationen = **Syndrom**
- auch Normalbefunde oder nicht krankhafte Normabweichungen können zur Diagnosestellung beitragen
- die Befunde werden erhoben durch:
 - die systematische Befragung = **Anamnese**
 - die körperliche Untersuchung
 - chemische oder apparative Untersuchungen
- Die Diagnose ist entscheidend für die weitere Vorgehensweise bei der **Behandlung**

Die Diagnose 2

Thesen zur Diagnose:

- Diagnosen sind Konstrukte/Konzepte, keine „Wahrheiten“
- Diagnosen werden weiter entwickelt und können sich verändern
- Diagnosen sind zeit-und gesellschaftsabhängig
- Diagnosen verhelfen uns zu einer gemeinsamen Sprache

Die Diagnose 3

wozu dient die Diagnose?

- **pragmatisch:**
 - dienen der Abrechnung mit der Krankenkasse
- **für die PatientIn:**
 - ein Name für das, worunter er/sie leidet
 - kann Sicherheit geben, dass es das worunter gelitten wird auch tatsächlich gibt
 - dass man nicht alleine ist, mit dem worunter man leidet
 - kann aber auch als belastend, stigmatisierend empfunden werden (zB PES)
 - Schwierig bei chronifizierten Patient*innen „Diagnose als Identitätsstiftend“
- **für die BehandlerInnen:**
 - bietet die Behandlungsgrundlage
 - Verständigungsgrundlage mit anderen Behandlern/Helfern
 - in der Forschung zur Weiterentwicklung und Vergleichbarkeit

Entstehung kinderpsychiatrischer Krankheitsbilder 1

Mehrdimensionalität:

⇒ 3 Ebenen sind erforderlich, um Ursache vs Wirkung zu erklären und zu verstehen

- **die biologische Ebene:** Grundtemperament, genetische Störung, Gehirnschädigung etc...
- **die Persönlichkeitsentwicklung:** das ganze Leben ist Entwicklung, mit vielen Anpassungs- und Entwicklungsschritten und jede stellt eine Krise für sich da.
- **Umweltfaktoren:** allgemeine Bedingungen, wie Wohlstand/Armut, Frieden/Krieg, familiäre Bedingungen, wie stabiles/instabiles Familiensystem, Einzelkind/Geschwister/Zwillinge

Die frühe Zeit 0-3

- Im kinderpsychiatrischen Bereich besteht eine **massive Mangelversorgung** der sogenannten „frühen Zeit“ (Altersgruppe 0-5 Jahre)
- In dieser frühen, besonders **sensiblen Entwicklungsphase** nehmen viele psychiatrische Krankheitsbilder ihren Anfang, die unbehandelt zu einer Chronifizierung führen können
 - → entwicklungspsychologische, psychodynamische, neurobiologisch-epigenetische Aspekte
 - Bsp. Potentiell langfristige Auswirkungen früher Stresserfahrungen auf die Entwicklung des Stresssystems in Kindes- und Erwachsenenalter.
- Frühe Interventionen und Therapien können dem entgegenwirken und sind als **präventiver Faktor** für Kinder und deren Eltern notwendig

Die frühe Zeit 0-3

- Winnicott „there is no such thing as an infant“ „the good enough mother“
- Der Säugling/das Kleinkind baut *in der Beziehung* mit den Bezugspersonen **Bindungsmuster** auf, die die Erwartungen und Einstellungen gegenüber der Welt prägen, außerdem werden Grundlagen für **Persönlichkeitsmuster** sowie für die Fähigkeiten des **Denkens** und **Lernens**, als auch für die **Liebesfähigkeit** gelegt (Fraiberg)
- Entwicklung der Mentalisierungsfähigkeit (Fonagy) Diese ermöglicht es, sich den Anderen als eine mit Gedanken, Wünschen und Absichten ausgestattete Person vorzustellen und sein Verhalten besser zu verstehen
- gute Beziehungen zu den primären Bezugspersonen sowie eine sichere Bindung sind maßgebliche Resilienzfaktoren für die psychische und physische kindliche Entwicklung gelten

Die frühe Zeit 0-3

- Massiver **volkswirtschaftlicher Nutzen!**

- Bsp.: Peripartale Depression und Angststörungen

- lebenszeitliche Kosten von 75.728 Pfund (entsprechend 87.572€) und 34.840 Pfund pro Frau an Gesundheits- und Sozialleistungen (entsprechend 40.289€)

- Gesamtsumme von 6,6 Milliarden Pfund bzw. 7,63 Milliarden Euro, wobei 75% der Kosten aufgrund nachfolgender Erkrankungen des Kindes entstehen

(Bauer, Knapp & Parsonage, 2016)

- Studie des Wirtschaftsnobelpreisträgers James Heckmann

- **Investitionen in der frühen Zeit lohnen sich mit der Rate von 1:8**

Das bedeutet, dass für jeden investierten Euro rund 8 Euro zurückkommen.

Noch stärker ist dieser Effekt bei sozioökonomisch benachteiligten Kindern (Rate 1:16!).

Berechnung anhand Lebenslaufszzenarien von von Vernachlässigung bedroht oder betroffenen Kindern → Die Kosten-Nutzen-Analyse ergab pro Kind durch den Einsatz früher Hilfen Einsparungen volkswirtschaftlicher Kosten von etwa 400.000 bis 1 Mio. Euro (Jugendwohlfahrt, Arbeitsmarktintegration, Wertschöpfungsverlust, medizinische Behandlung etc.)

z.B. Website Frühe Hilfen Österreich)

(vgl.

Die frühe Zeit 0-3

Indikation für eine kinderpsychiatrische/psychotherapeutische Behandlung

- bei schwierigen Umständen rund um die Schwangerschaft und Geburt
- bei psychiatrischen Erkrankungen von Elternteilen, die die Eltern-Kind-Beziehung beeinträchtigen (z.B. bei Angsterkrankungen, postpartaler Depression oder Borderline-Persönlichkeitsstörung)

Stillface Experiment

- Regulationsstörungen im Bereich des Essens, Schlafens und Schreiens, bei Kleinkindern darüber hinaus etwa in Gestalt von Hyperaktivität oder Selbstverletzung
- Interaktionsstörungen bei körperlichen Erkrankungen und Behinderungen

Die frühe Zeit 0-3

- für die Eltern diese neue Situation des Eltern-Seins eine hochsensible, krisenanfällige Zeit.
- Herausforderung sich in einer neuen Rolle wiederzufinden
- das imaginäre Kind trifft auf das reale Kind
- Verarbeitung von schwierigen Situationen rund um Schwangerschaft und Geburt
 - Reproduktionsmedizin
 - Frühgeburt
 - Komplikationen in der Geburtssituation oder im Wochenbett
 - medizinische Eingriffe/ Behandlungen
 - ghosts in the nursery

Die frühe Zeit 0-3

Bindungsmuster nach Bowlby/ Ainsworth bzw. strange situation test

- sicher
- unsicher - vermeidend
- unsicher – ambivalent
- desorganisiert

Die frühe Zeit 0-3

- **Behandlung:**

- Eltern-Kleinkindtherapie
 - Das Baby als Katalysator
 - Übersetzen für das Kind und die Eltern
 - „Containment“ Bion
 - Interaktionen benennen - vor allem gelungene
- Ev. Interaktionsvideos
- Peripatalpsychiatrie
- Frühe Hilfen
- Ev. Stationäre Eltern-Kindaufenthalte

Schulabsentismus

- Die Definitionen sind uneinheitlich
- Schulabsentismus/ Unterrichtsabsentismus, Schulaversives Verhalten, Schulverdrossenheit, Schulvermeidung, Schulflucht, Schulumüdigkeit, Schulverweigerung, Schule schwänzen, Schulphobie
- Umfassen ein breites Spektrum – Gelegentliches Fernbleiben – Schulabbruch

• Eins

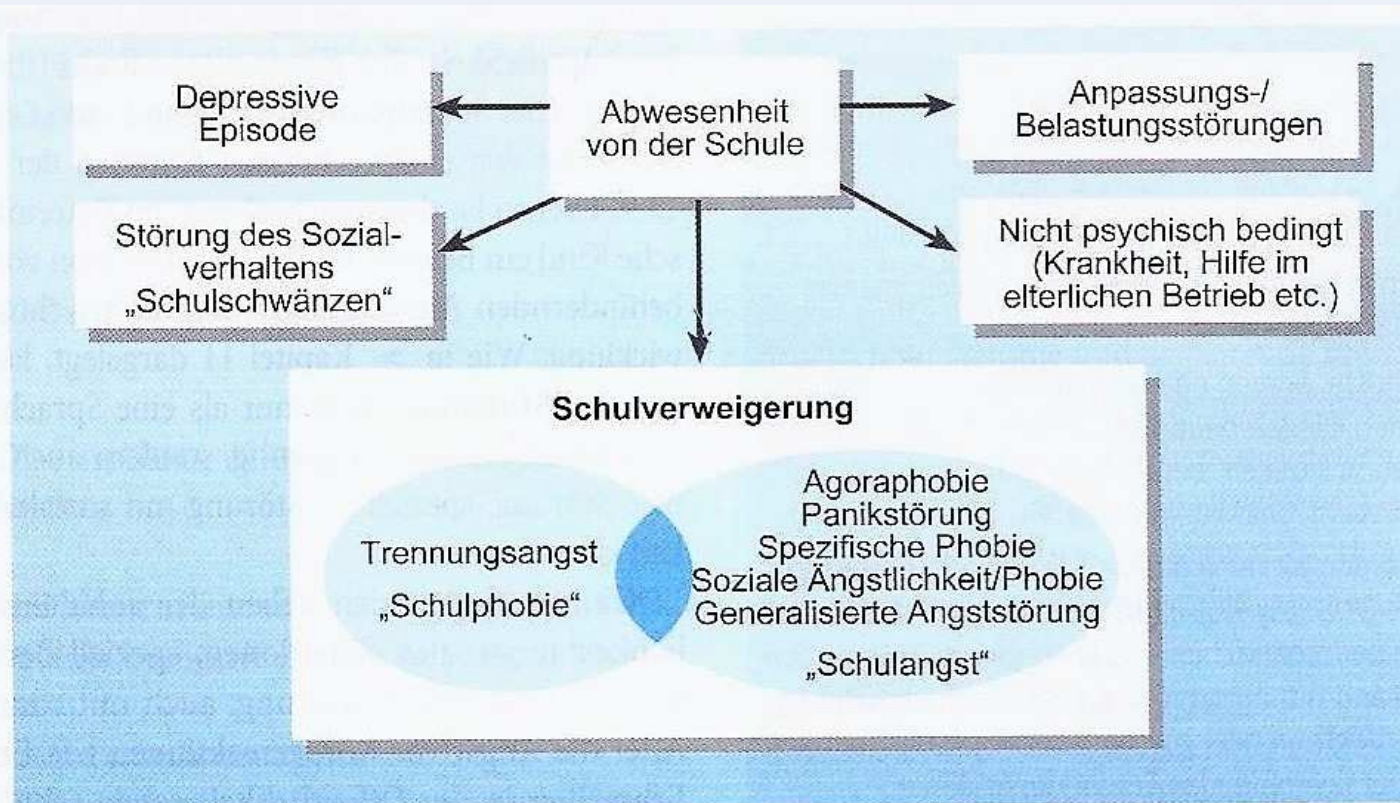


Abb. 13.2 Differenzialdiagnose der Abwesenheit von der Schule

Steinhausen „Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“

Rechtliche Situation

Die Erziehungsberechtigten sind verpflichtet, für den regelmäßigen Schulbesuch ihrer Kinder zu sorgen. Ab 14 sind auch die Jugendlichen verpflichtet. Die Nichterfüllung dieser Pflicht stellt eine Verwaltungsübertretung dar.

Schüler und Schülerinnen müssen nach 3 Tagen ungerechtfertigtem Fernbleiben von der Schule verpflichtend angezeigt werden und es kommt zu einer Verwaltungsstrafe

Mindestens 110 – Höchstens 440 €

Ursachen für Schulabsentismus

Multifaktoriell

- Individuelle Faktoren
- Familiäre Situation
- Schulische Situation

Individuelle Faktoren

- Trennungsängste
- Soziale Ängste
- Versagensängste
- Angst vor Mobbing/ Bullying
- Angst vor dem Schulweg
- Angst vor der Lehrperson
- Große Bedeutung von Peers

Lernschwierigkeiten

Wichtig ist immer eine Leistungsdiagnostik durchzuführen

- IQ Wert
- Teilleistungsstörungen
- Konzentrationsschwierigkeiten

→ großer Einfluss auf die Zufriedenheit in der Schule

Familiäre Situation

- Angst um einen Elternteil (Krankheit)
- Rückhaltefunktion
- Symbiotische Bindungen oder Wenig familiärer Zusammenhalt
- Eltern fungieren als Modellfunktion
- Fehlende Tagesstruktur
- Sozial benachteiligte Familien häufiger betroffen

Schule

- Häufiges Schulschwänzen signalisiert strukturelle Probleme der Schule, weil sie die Integration dieser SchülerInnen nicht oder nur unzureichend gewährleisten kann
- Haltefunktion
- Bullying
- Leistungsaspekt

Interventionen Ebene Kind

- Vor allem ist es wichtig die Betroffenen zu gewinnen „Ohne deine Mitarbeit und dein Wissen (du kennst dich selbst am besten) ist Veränderung nur schwer möglich.“
- Containing (Bion)
- Verlässliche Erwachsene, die das Kind begleiten und unterstützen
 - Als Modellfunktion zur Verfügung stehen Bsp Umgang mit Gefühlen
 - Positives Bestärken
 - Klare Grenzen, Transparenz, Freiraum, Spaß
- Psychotherapie der Betroffenen
- Ev. Psychopharmakologische Therapie (je nach Diagnose)
- Umgang mit Somatisierungen

Interventionen Ebene Kind

- Soziales Kompetenztraining
- Entspannungstraining
- Schaffung von positiven Anreizen
- Langsames Heranführen an die Schule, damit positive Erlebnisse möglich sind
- Üben des Schulweges
- Schaffen einer Tagesstruktur

Interventionen Ebene Eltern

- Vertrauen schaffen
- Stärkung der Eltern in ihrer Erziehungskompetenz
 - Herstellen einer Tagesstruktur
- Eltern Raum für ihre Themen geben
 - Ihre Geschichte
 - Erhebung ihrer Schulgeschichte
 - Ihre Lebenssituation
 - Ihre Probleme (auch mit den Kindern)
- „Ich gebe dir nicht nach und ich gebe dich nicht auf“ Gewaltfreier Widerstand nach Haim Omer

Interventionen Ebene Schule

- Bündnis zwischen LehrerInnen/SchülerInnen/Eltern und ProfessionistInnen
- Stärkung der LehrerInnen
- LehrerInnen müssen die Betroffenen ernst nehmen – Beziehung stärken
- Motivation zur Analyse der Klassensituation
- Umgang mit Mobbing
- Unterstützung in Bezug auf Leistung
- Flexibilität beim Wiedereinstieg

Angststörungen

- Häufige Störungen im Kindes- und Jugendalter 10%
- Mädchen erkranken häufiger 1:2-4
- Körperliche Reaktionen: z.B. motorische Verspannung, erhöhte Herzfrequenz, Durchfall, Übelkeit Schwitzen, Erröten/Erblassen, Kälte oder Hitzewallungen,....
- Nicht vorübergehend, für die Entwicklungsphase unangemessen, mit starken anhaltenden Beeinträchtigungen verbunden, beeinträchtigen die normale Entwicklung und lösen Probleme im sozialen Umfeld aus.

• Eins

Tab. 13.2 Ängste und Angststörungen im Entwicklungsverlauf (nach Schneider 2004)

Alter	Psychologische bzw. soziale Kompetenz	Quelle entwicklungsphasentypischer Ängste	Beginnende Angststörung
0–6 Monate	• Sensorische Fähigkeiten dominieren	• Intensive sensorische Reize • Verlust von Zuwendung • Laute Geräusche	
6–12 Monate	• Sensomotorische Schemata • Ursache und Wirkung • Objektkonstanz	• Fremde Menschen • Trennung	
2–4 Jahre	• Präoperationales Denken • Fähigkeit zu imaginieren, aber unfähig, Phantasie und Realität zu trennen	• Phantasiegestalten • Potenzielle Einbrecher • Dunkelheit	• Trennungsangst • Spezifische Phobie vor Dunkelheit, Monstern usw.
5–7 Jahre	• Konkret-operationales Denken • Fähigkeit, konkret-logisch zu denken	• Naturkatastrophen (Feuer, Überschwemmung) • Verletzungen • Tiere • Medienbasierte Ängste	• Spezifische Phobie vor Tieren, Blut, medizinischen Eingriffen
8–11 Jahre	• Selbstwert basiert auf schulischen und sportlichen Leistungen	• Schlechte schulische und sportliche Leistungen	• Leistungsangst
12–18 Jahre	• Formal-operationales Denken • Fähigkeit, Gefahr zu antizipieren • Selbstwert durch Alterskameraden bestimmt	• Ablehnung durch Gleichaltrige	• Soziale Phobie • Agoraphobie • Panikstörung

Steinhausen „Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“

Ursachen von Angststörungen

- Können aus emotionaler Stabilität entstehen
- Häufiger sind sensible, auf neue Situationen irritiert reagierende Kinder betroffen
- Belastende Lebensereignisse
- Familienbeziehungen
- Modellfunktionen

(bei Trennungsangst häufig eine ängstlich-depressive und überprotektiv-bindende Mutter bei einem gleichzeitig passiven Vater in einer nach außen hin isolierten Familie eine Rolle)

- Unsichere Bindung im Säuglingsalter

F93.0 emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters

- Unrealistische, vereinnahmende Besorgnis über mögliches Unheil, das Hauptbezugspersonen zustoßen könnte oder Furcht, dass sie weggehen und nicht wiederkommen könnten.
- Unrealistische, vereinnahmende Besorgnis, dass irgendein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson trennen werde – Beispielsweise, dass das Kind verlorengeliebt, gekidnappt, ins Krankenhaus gebracht oder getötet wird
- Aus Furcht vor der Trennung resultierende, andauernde Abneigung oder Weigerung, die Schule zu besuchen
- Anhaltende Abneigung oder Weigerung, ins Bett zu gehen, ohne dass eine Hauptbezugsperson dabei oder in der Nähe ist

- Anhaltende unangemessene Furcht allein oder tagsüber ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein
- Wiederholte Albträume über Trennung
- Wiederholtes Auftreten somatischer Symptome (wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen oder Erbrechen) bei Trennung von einer Hauptbezugsperson, wie beim Verlassen des Hauses, um in die Schule zu gehen
- Extremes wiederkehrendes Unglücklichsein (z.B. Angst, Schreien, Wutausbrüche, Apathie oder sozialer Rückzug) in Erwartung von, während oder unmittelbar nach der Trennung von einer Hauptbezugsperson

F 40.1 soziale Phobien

- Beginnen häufig in der Jugend
- Furcht vor prüfender Betrachtung durch andere Menschen
- Vermeidung von sozialen Situationen
- Entweder abgegrenzt oder unbestimmt
- Niedriger Selbstwert, Furcht vor Kritik
- Körperliche Beschwerden: Erröten, Hände zittern, Übelkeit, Drang zum Urinieren

F91 Störungen des Sozialverhaltens

- Wiederholendes andauerndes Muster dissozialen, aggressiven oder aufsässigen Verhaltens
- Oft schwierige psychosoziale Umstände, wie unzureichende familiäre Beziehungen und Schulversagen
- Jungen häufiger betroffen 4:1 in der Kindheit und 2:1 im Jugendalter
- Abgrenzung gegenüber Hyperaktivität häufig unklar
- Schulalter 2-4%, Jugendalter 6-12%

- Extremes Maß an Streiten und Tyrannisieren
- Grausamkeit gegenüber anderen Menschen oder Tieren
- Erhebliche Destruktivität gegenüber Eigentum
- Feuerlegen
- Stehlen
- Häufiges Lügen
- Schule schwänzen
- Weglaufen von zu Hause
- Ungewöhnlich schwere und häufige Wutausbrüche und Ungehorsam

- Eir
So

Tab. 19.3 Risiko- und Schutzfaktoren im Zusammenhang mit Störungen des Sozialverhaltens

	Individuum	Familie	Soziale Umwelt	Gesellschaft
Risiko-faktoren	• Genetische, neurophysiologische und neurochemische Faktoren • Prä- und perinatale Risikofaktoren • Schwieriges Temperament • Männliches Geschlecht • Belastende Lebensereignisse • Zeuge von Gewalt • Drogenmissbrauch • Lernstörungen • Sozial-kognitive Defizite	• Disharmonie der Partner • Trennung/Scheidung • Vernachlässigung/Misshandlung • Dysfunktionale Erziehung • Mangelnde Problemlösungsfertigkeiten und Kommunikation • Psychische Störungen, speziell Alkohol- und Drogenmissbrauch • Kriminalität einschließlich Duldung von Delinquenz • Ökonomische Belastungen • Familiengröße/dichte Geburtenfolge	• Wohndichte und -qualität • Mangel an sozialen Diensten • Soziale Benachteiligung/Desintegration • Schlechte Schulen/niedriges Bildungsangebot • Dissoziale Freunde/Jugendbanden • Hohe Kriminalitätsbelastung • Verfügbarkeit von Drogen	• Ökonomische Strukturveränderungen • Arbeitslosigkeit • Armut • Reduzierte Sozialhaushalte • Ghettoisierung • Unkritische Gewaltdarstellung in den elektronischen Medien • Kulturelle Begünstigung von Gewalt
Schutz-faktoren	• Autonomie • Soziale Kompetenz • Problemlösungsfertigkeiten • Reflexivität/Impulskontrolle • Anpassungsfähigkeit • Selbstwert • Intelligenz • Sensibilität/Empathie • Altruismus • Höheres Bildungsniveau	• Stabile Partnerschaft • Fürsorge und Unterstützung • Emotionale Zuwendung und Disziplin • Belastbarkeit und positive Kommunikation • Hohe Erwartungen • Stabile finanzielle Verhältnisse • Familiengröße < 4 Personen • Genügend Wohnraum	• Versorgung und Unterstützung • Dichtes Netz sozialer Dienste und Angebote • Soziale Integration/Bürgerbeteiligung • Hohe Erwartungen • Niedrige Kriminalitätsbelastung, fehlender Drogenhandel	• Versorgung und Unterstützung • Ökonomische Sicherheit • Soziale Integration/Bürgerbeteiligung • Wirksame Sozialpolitik • Strikte Gesetzesanwendung • Vermittlung von Gewaltlosigkeit (Medien)

Steinhausen „Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen“

Anorexia nervosa

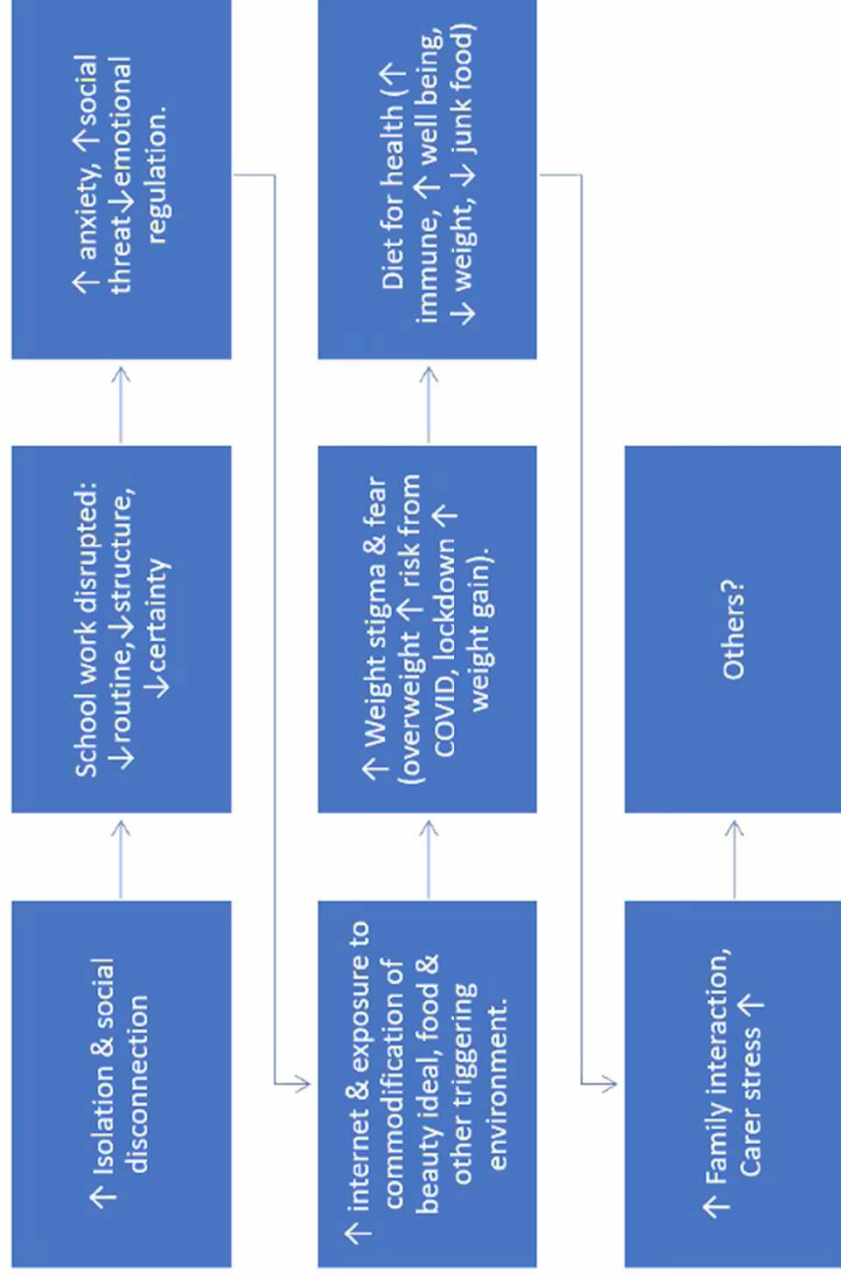
- Psychiatrische Erkrankung mit der höchsten Mortalitätsrate (zwischen 5% und 18%)
- 95% weiblich
- Erkrankungsgipfel liegt zwischen dem 12. und 18. Lebensjahr.
- Prognose bei Spontanverläufen ist schlecht.
- Chronifizierung bei etwa 40%
- „Spontanheilung“ bei etwa 20-30% bezogen auf den Gewichtsverlust, schwere Störungen im psychischen und sozialen Bereich bleiben jedoch bestehen.

Diagnosekriterien

- Untergewicht bei verzerrter Körperwahrnehmung
- Gewichtsgrenze nach ICD 10: BMI (Gewicht in kg : Größe in m²) von 17, 5 bzw. Perzentillenkurve unter 10 bei präpubertären Kindern
- Diverse (teilweise heimliche) willentliche Rituale, um das Körpergewicht niedrig zu halten oder weiter zu senken
- (Irreale) Angst vor Gewichtszunahme

Begleitsymptome

- Primäre oder sekundäre Amenorrhoe
- Kalte Hände, trockene Haut, Haarausfall als Folge des
- verminderten Energieumsatzes
- Obstipation
- Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung
- Gereiztheit
- Konzentrationsschwierigkeiten



Termorshulzen et al 2021, Vullieret et al 2021, Linarden et al 2021

Funktionen der Anorexie:

- Nicht erwachsen werden
- Keine Sexualität
- Autonomie vs Abhängigkeitskonflikt

Schwierigkeiten bei der Behandlung einer Anorexia nervosa

- Die Krankheit ist egosynthyn – oft besteht kein Leidensdruck
- Das “Untergewicht” und das nicht essen wird als Belohnung erlebt
- Versuche das Essverhalten zu normalisieren werden als bedrohlich erlebt

Therapie

- Ärztliche Kontrollen
- Psychotherapie (wenn es somatisch möglich ist)
- Betroffene
- Familientherapie
- Diätologie
- Ev. Medikamentöse Therapie
- Vitamin Substitution
- Stationäre Aufnahme ev. Magensonde notwendig

Depressio

Hauptsymptome

- Gedrückte Stimmung
- Interessens-/Freudlosigkeit
- Antriebsstörung (Ermüdbarkeit)

Andere häufige Symptome

- Konzentration |
- Selbstwertgefühl |
- Schuldgefühl
- Hemmung/Unruhe
- Selbstschädigung
- Schlafstörung
- Appetitminderung

- Säuglinge

Bewegen sich weniger, haben wenig Interesse an Nahrungsaufnahme, Schreien wenig („brave Kinder“!)

Da Säuglinge immer zusammen mit den Eltern zu sehen sind, spricht man hier aber nicht von Depression sondern von Regulationsstörung.

- Kleinkinder

Angst sich zu trennen, Angst vor Gleichaltrigen, wehrt sich nicht wenig Interesse am Spiel

- Pubertät

Zusätzlich zu Symptomen der Kleinkinder und Schulkinder:

- Zunahme der Selbstwertproblematik
- Ängste bezüglich sexueller Orientierung
- Sucht (Alkohol, illegale Drogen, Computerspiele) – Suizidversuche

Therapie

- Therapeutische Maßnahmen
 - Beseitigung der aktuellen Belastungsfaktoren (Elternarbeit; Schulinterventionen, stationäre Aufnahme)
 - Bearbeitung von Traumata je nach Bedarf
 - Vermittlung von Erfahrung von „Selbstwirksamkeit“
 - Einzelpsychotherapie
 - Medikamentöse Therapie: Zugelassen für Kinder ist nur Fluctine. Andere werden aber „off label“ eingesetzt
 - vor allem SSRI's, duale Antidepressiva, selten tricyklische Antidepressiva

Sigmund Freud (1917) „Trauer und Melancholie“:

- *„Bei der Trauer ist die Welt arm und leer geworden, bei der Melancholie ist es das Ich selbst. Der Kranke schildert uns sein Ich als nichtswürdig, leistungsunfähig und moralisch verwerflich, er macht sich Vorwürfe, beschimpft sich und erwartet Ausstoßung und Strafe.“*
- *„Die unzweifelhaft genußreiche Selbstquälerei der Melancholie bedeutet ganz wie das entsprechende Phänomen der Zwangsneurose die Befriedigung von sadistischen und Haßtendenzen, die einem Objekt gelten und auf diesem Wege eine Wendung gegen die eigene Person erfahren haben.(...) dieser Sadismus löst uns das Rätsel der Selbstmordneigung“*

Selbstverletzung

- **keine Diagnose**, sondern Symptom bei leichten, sowie bei schweren Störungsbildern
- **Autostimulation** bei geistiger Behinderung
- teils **appellatives Verhalten**
- Achtung vor **Suchtpotential!**
=>Schmerz führt zur Ausschüttung von endogenen Morphinen, was wiederum seelische Schmerzen lindert
- **Skillstraining:** Strategienentwicklung zum Spannungsabbau, Ressourcenstärkung

Selbstverletzungen

- Autoaggression als Ventilfunktion
- Unlustgefühle vertreiben und Spannung abbauen. (Endorphinhypothese)
- Subjektives Gefühl von Macht und Kontrolle
- Hass auf den eigenen Körper
- Manchmal ist das der einzige Weg für Jugendliche auf dem sie zeigen können, wie es ihnen geht
- Werden diese Wege unterbunden kann es zu einer massiven Zunahme der Suizidalität kommen

Suizidalität bei Jugendlichen

Suizidgedanken in der Adoleszenz
sind nicht per se pathologisch

Nachahmungstendenzen

Nur eine Minderheit der Suizide
passiert mit einer großen
Entschlossenheit - Oft können
junge Erwachsene das Risiko ihres
Handeln nicht abschätzen.

Suizidalität bei Jugendlichen

- Adoleszenz - Zeit der Veränderung - Körper (Hormone, Sexualorgane, Körperwachstum, Zunahme an Kraft) Psyche (intensive Gefühle, wandelndes Selbstgefühl, entdeckte Sexualität)
- Diskrepanz zwischen körperlicher und emotionaler Reife. Überfordert mit der eigenen Sexualität, Wünschen und Phantasien. (z.B. Wunsch zum anderen Geschlecht zu gehören.)
- Herausforderungen - Beziehungen, berufliche Zukunft, Ablösung von den Eltern
- Die Jugendlichen müssen die Welt so sehen, wie sie ist - unvollkommen und nicht berechenbar . Die Entwicklung zum Erwachsenenalter setzt die Fähigkeit voraus Getrenntheit und Verluste zu verarbeiten. Bei Adoleszenten bei denen diese Fähigkeit schlecht ausgeprägt ist kann sich diese Lebensphase als unüberbrückbarer Prozess darstellen.

Suizidalität bei Jugendlichen

- Das narzisstische Regulationssystem ist in diesem Alter sehr anfällig – Suizid als letzte Möglichkeit mächtig zu sein.
- Wie gut Jugendliche mit dieser Phase umgehen können hat viel mit ihren verinnerlichten Objekten zu tun.
- Gesunde Spaltungsprozesse ermöglichen es, die Abhängigkeit von Eltern auf FreundInnen, Idole, oder politische Bewegungen zu übertragen

Suizidalität bei Jugendlichen

- Risikofaktoren: Depressionen, psychotische Erkrankung, impulsives Verhalten, Drogen/Alkoholeinfluss, sexueller Missbrauch, Suizide in der Stammfamilie
- Auslösende Konflikte: Liebesprobleme, Ablösungsprobleme von der Familie, Leistungsprobleme

Chronische Suizidalität

- Selbstzerstörung wird zum Lebensstil
- Aggressionskonflikt – Reaktion auf einen Objektverlust
- Schwaches Ich
- Narzisstische Problematik

Das präsuizidale Syndrom (Ringel 1953)

- Einengung (situativ, dynamisch, Beziehungen, Wertewelt)
- Gehemmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
- Selbstmordphantasien
- Suizidgedanken müssen immer ernst genommen werden

Suizidpakt

Wird ambivalent diskutiert

Es ist nicht zu erwarten, dass dadurch die Suizidneigung abgeschwächt wird

Funktionalität der Suizidalität in der Beziehung kann ersichtlich werden
Entlastungsfunktion für den/die Therapeuten/in

Wichtiger ist ein klares Betreuungssetting

Suizidalität und Zwang

Unterbringung nach UbG§3: => ein FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie kann einen Jugendlichen auch gegen seinen Willen zu einer Behandlung zwingen, wenn folgende drei Kriterien vorliegen:

- **1. Psychiatrische Erkrankung**
- **2. Selbst und/oder Fremdgefährdung**
- **3. Keine Alternative möglich**

Alle drei Bedingungen sind Voraussetzung, um eine Unterbringung des Patienten zu veranlassen

Überprüfung durch das Gericht notwendig (**Erstanhörung** muss innerhalb von vier Werktagen stattfinden), zudem **Zweitgutachten**, durch externen Facharzt/ eine Fachärztin für (Psychiatrie) Kinderpsychiatrie innerhalb von max. 14 Tagen bis zur **Verhandlung**

Der Patient/ Die Patientin hat das Recht auf einen **Patientenanwalt**

Jede weitere beschränkende Maßnahmen (Zwangsmedikation, körperliche Beschränkung, Entzug von Eigenbesitz..) müssen dem Gericht, sowie dem Patientenanwalt zusätzlich in Kenntnis gebracht werden

Interventionen nach einem Suizidversuch

- Stationäre Aufnahme
- Containment
- Der Verleugnung und Verdrängung entgegenwirken
- Versuchen, das Geschehene in Sprache zu bringen
- Erarbeiten der spezifischen Vulnerabilität
- Anbahnung der Nachbetreuung

Der/ die Helfende im Umgang mit suizidalen Patient:innen

Auseinandersetzung mit

- Gefühlen und Fantasien, die Suizidalität im Behandelnden auslösen
- mit eigenen Suizidtendenzen
- mit eigener Einstellung zum Suizid
- mit eigener Macht/ Ohnmacht
- mit eigener Handlungskompetenz bzw. Inkompetenz
- mit eigener Verantwortung bzw. der Eigenverantwortung des Klienten

Der/ die Helfende im Umgang mit suizidalen Patient:innen

Kernberg 1992 „Manchmal kann selbst beim Psychotherapeuten (...) der Wunsch aufkommen, dass ein unmöglicher Patient verschwinden möge; damit inszenieren sich in der Gegenübertragung aufs Neue die Todeswünsche des Patienten“

Übertragung/ Gegenübertragung

- Suizidalität ist immer in einen Beziehungskontext gerichtet
- Mertens 1991: „Therapie ist ein intersubjektives Erfahrungsfeld“
- Bedeutung der Destruktivität in der Reinszenierung konflikthafter Objektbeziehungen
- Suizidale Interaktionstypen –manipulativ, -resignativ, -pseudostabil
- Gegenübertragungen bei Traumatisierten besonders heftig

Henseler 1981

Im besten Fall kann "der Patient seine unerfüllten narzisstischen Träume gegen reale Beziehungen eintauschen. Dieser Austausch entsteht, indem er den Therapeuten als gutes Objekt internalisiert, das ausprobiert wurde und sich bewährt hat.(...) Zunehmend kann der Patient das Arbeitsbündnis benützen, um psychisch zu wachsen und das Leben in der realen Welt als das zu akzeptieren, was es ist: nicht ein narzisstisches Paradies, aber doch bewohnt mit Menschen, die zuverlässige Liebe bieten können, wenn auch nicht totale Befriedigung"

Danke für Eure Aufmerksamkeit

karoline.krieger-lamina@tulln.lknoe.at

k.krieger-lamina@gmx.at