

# **Notfall - Kinder - und Jugendpsychiatrie**

# Überblick

- Einführung
- Praktisches Handeln
  - Fremdgefährdung
  - Zwangsbehandlung
  - Selbstgefährdung
- Diskussion

# Notfallsituationen

- Selbstgefährdung
  - Unklare Zustände und Medikamente – Elektrolytstörungen
  - Suizidale Krise
  - NSSV
  - Akute Anorexia nervosa
  - Akutes Psychotisches Zustandsbild
  - Manie
  - Panikattacke bzw. Angststörung

# Notfallsituationen

- Fremdgefährdung
  - Aggression
    - Störung des Sozialverhaltens
    - Aggressionsdurchbruch
    - Impulsive Persönlichkeit

# Praktisches Handeln

- *„Currently, emergency psychiatric care for children and adolescents is practiced within a wide range of care models. There is no consensus on recommended care or recommended setting for this population. More reserach is needed to make exact recommendations on the standardization of psychiatric care for young people in emergency settings.“*

# Definition

- Psychiatrische Notfälle:
- Patienten gefährden durch ihr Handeln sich selbst oder andere
- Patient ist sich Gefahr bewusst (z.B. bei Überdosierungen in suizidaler Absicht) oder auch nicht (Manie)
- Auch wenn sich der Patient der Gefahr bewusst ist, nimmt er das Risiko in Kauf
  
- Sammelbegriff für viele verschiedene Störungsbilder und Aufgabenbereiche der psychiatrischen Arbeit.
- Gemeinsamkeit: rasches Handeln verlangt, da sonst der betroffene Patient oder seine Umgebung akut Schaden nehmen kann.

Fremdgefährdung

Selbst-/Eigengefährdung

# Wie kommen die Kinder in die KJP?

- Familie/Freunde: 45,5%
- Ärztl. Überweisung: 15,6%-18,9%
- Institutionen: 12,4%
- Selbst: 9,1%

# Versorgungsrealität KJP Wien

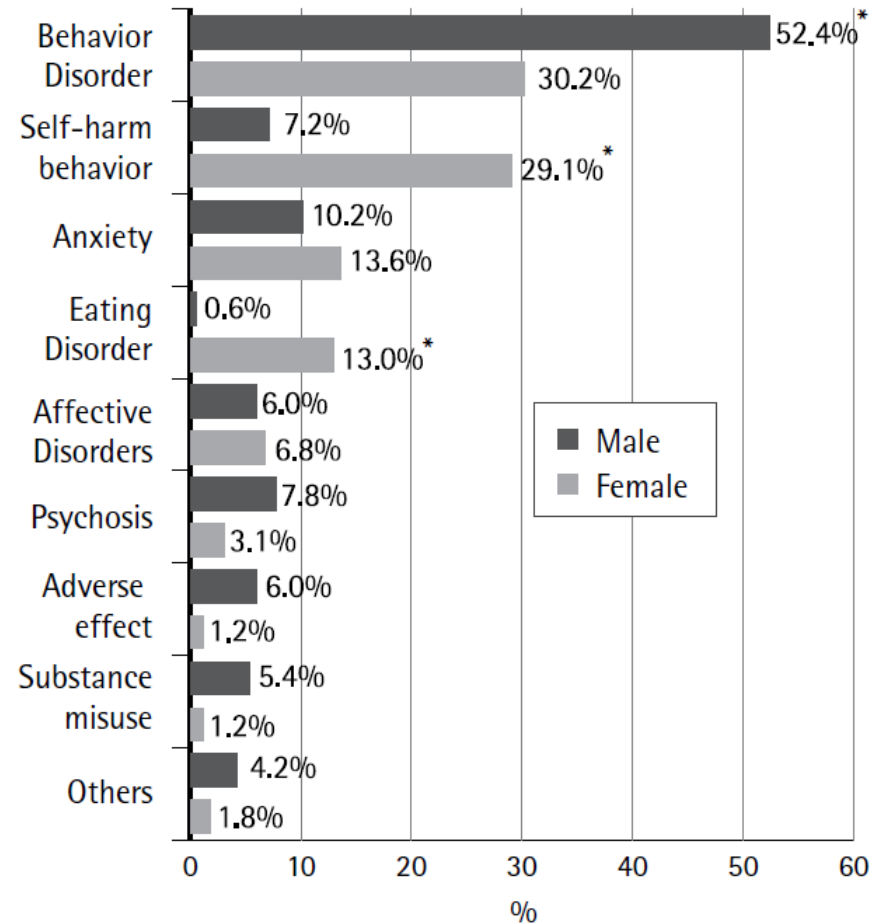
- Chart review: KJP Wien: 3a
- N=1093, Alter: 4-18, Migrationshintergrund erfasst
- (n=800 aus Österreich, n=130: Türkei, n=163 Ex-Jugoslawien)
- Mehrheit (60,3%) noch keine Vorkontakte; Diagnose: 68,6%

Reasons for referral	Native Austrians <sup>a</sup> (N = 800)				Serbian/Croatian/Bosnian speaking <sup>b</sup> (N = 163)				Turkish speaking <sup>c</sup> (N = 130)			
	Female		Male		Female		Male		Female		Male	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Psychotic disorders	2	0.4	7	2.0	1	1.0	2	3.3	0	–	2	5.4
Alcohol intoxication	5	1.1	7	2.0	0	–	0	–	0	–	0	–
Drug intoxication	12	2.7	16	4.6	5	4.9	3	5.0	0	–	0	–
Suicide attempt	66	14.6	23	6.6	23	22.3	4	6.7	22	23.7	8	21.6
Suicidal ideation	53	11.8	42	12.0	5	4.9	2	3.3	7	7.5	0	–
Self-harming behaviour	29	6.4	6	1.7	4	3.9	3	5.0	5	5.4	1	2.7
Acute stress disorder	110	24.4	57	16.3	20	19.4	11	18.3	18	19.4	6	16.2
Depressive episode	33	7.3	22	6.3	2	1.9	3	5.0	9	9.7	7	18.9
Anxiety/panic disorders	41	9.1	37	10.6	10	9.7	6	10.0	11	11.8	6	16.2
Child abuse	0	–	2	0.6	1	1.0	1	1.7	1	1.1	0	–
Eating disorders	37	8.2	7	2.0	5	4.9	3	5.0	2	2.2	0	–
Pain	21	4.7	16	4.6	6	5.8	7	11.7	10	10.8	3	8.1
Behavioural problems	25	5.5	93	26.6	10	9.7	14	23.3	6	6.5	4	10.8
School refusal	7	1.6	10	2.9	7	6.8	1	1.7	0	–	0	–
Sexual abuse	10	2.2	4	1.1	4	3.9	0	–	2	2.2	0	–
Total	451	100	349	100	103	100	60	100	93	100	37	100



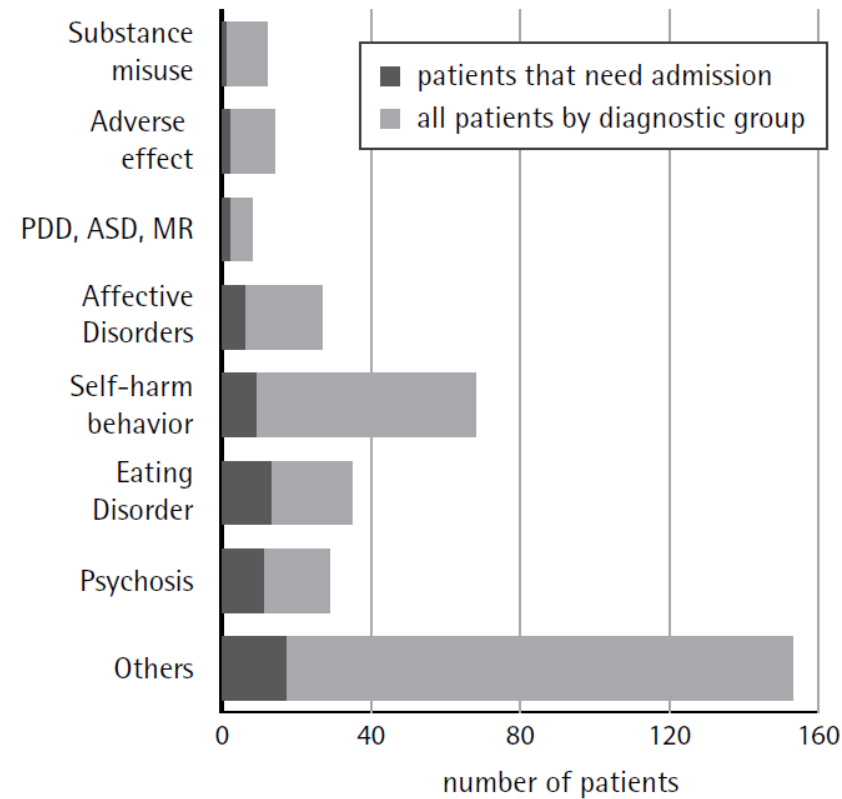
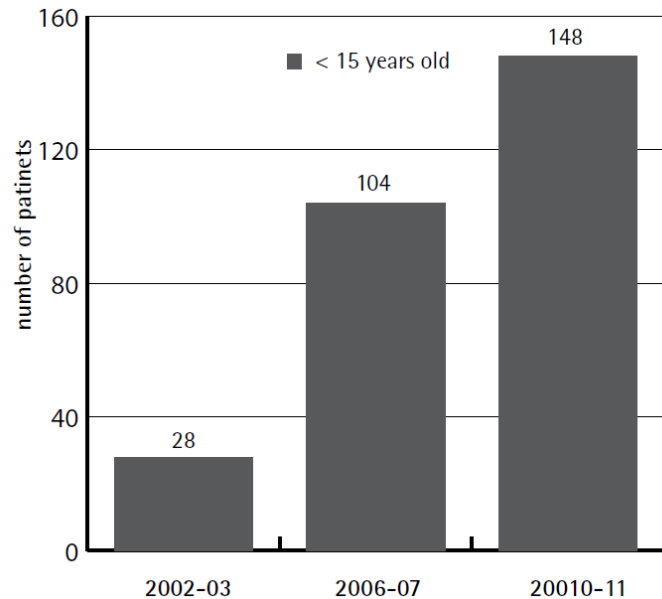
# Notfallvorstellungen in Pädiatrie: Spanien

- Notfallvorstellungen in der Pädiatrie mit psychiatr. Hintergrund : 2002-2003/ 2006-2007/ 2010-2011
- N=328 Vorstellungen bei n=179 Patienten
- Gleiche Geschlechterverteilung
- mAlter: 14,5 (range: 5-17, SD: 2.63)
- M: Verhaltensstörungen
- W: NSSV und Essstörungen



# Notfallvorstellungen in Pädiatrie: Spanien

- Bekannte psychiatr. Diagnose: 78,8%, 63,1% waren schon in KJP vorstellig gewesen
- Stat. Aufnahme rate: 18,5%
- Zunahme über die Jahre



# Notfallvorstellungen in der KJP: Copenhagen

- Analyse von >4.000 Vorstellungen zw. 2001 und 2010
- Dreifache Zunahme der Vorstellungen
- Ca. eine Drittel: Vorstellung wg. Suizidalität
- Zunahme: depressive Symptomatik, Angststörungen, Suizidgedanken
- Stabil: Suizidversuche, psychotische Symptomatik
- Stat. Aufnahme: 15-20%
- Ambulante Weiterbehandlung: 50%

# Praktisches Handeln: Liaisondienst

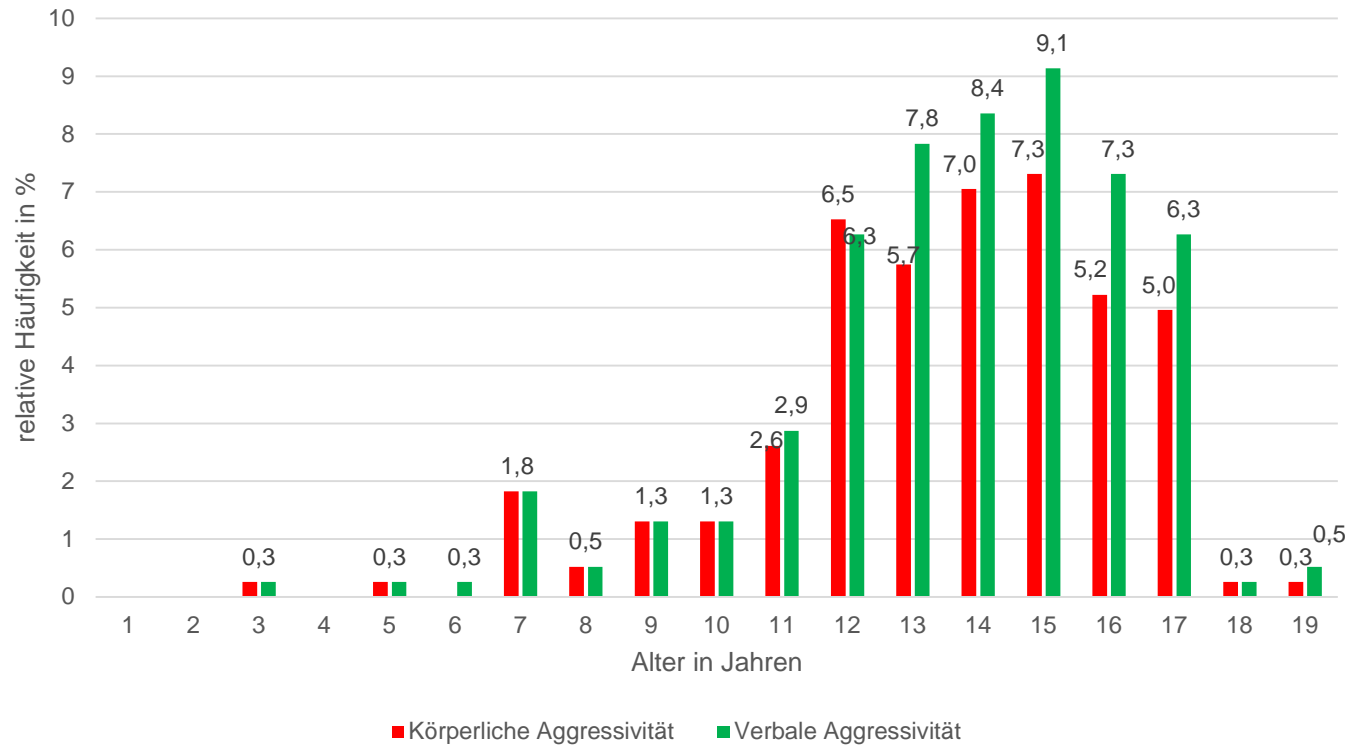
- Einführung eines Liaisondienstes (KJP Facharzt und Sozialarbeiter) in pädiatrischer Notaufnahme: Vergleich zweier Jahre
- Zunahme der Vorstellungen (83-129)
- V.a. mehr Suizidalität
- Länge der Krankenhausaufenthalte in Pädiatrie: Reduktion um 27%
- Abnahme an stat. Behandlung durch KJP: (OR: 0,35, 95% CI: 0,17-0,71,  $p > 0,01$ )

# Fremdgefährdung



# Fremdgefährdung: KJPP Ulm

Häufigkeitsverteilung von Aggressivität bezüglich des Alters



N=216

# Deeskalation - AWMF

- De-eskalationsstrategien sollen in allen Behandlungs- und Betreuungssettings angewandt werden.
- Deshalb soll sichergestellt werden, dass Mitarbeitende im Umgang mit akut aggressivem und gewalttätigem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen ausreichend geschult werden.
- Ein entsprechendes Trainingsprogramm sollte psychosoziale Interventionen vermitteln, die den Einsatz von restriktiven Maßnahmen oder von Zwangsmaßnahmen verhindern oder weitestgehend reduzieren und das Erlernen einer angemessenen, deeskalierenden Kommunikation zum Ziel haben.

# Gespräche mit aggressiv-agitierten Patienten

- Ort: ruhig, von Reizen abgeschirmt
- Dem Patienten möglichst viel Autonomie anbieten, was den Ablauf der Untersuchung angeht.
- In dieser Situation nicht auf vollständige Klärung von Sachverhalten bestehen
- Grundhaltung einer „respektvollen Neugier“
- „Talking down“ in ruhigen, kurzen Sätzen
- Selbstschutz beachten, mögliche Fluchtwege identifizieren und sich ggf. auch entsprechend im Raum platzieren
- Andere Mitarbeiter einbeziehen



# Zwangsmaßnahmen



# Zwangmaßnahmen

- System. Literaturübersicht (n=7): 2000-2010
- Isolierung: 26%, Fixierung: 29%
- Intervention zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen: 93,2%  
Reduktion in Fixierung
- Keine Daten zur Effektivität von Zwangsmaßnahmen
- Risikofaktoren:
  - Aggressives Verhalten (aktuell od. vergangen)
  - Suizidales Verhalten
  - Schwere Psychopathologie
  - Ethnizität: nicht-kaukasisch
  - Notaufnahme
  - Aus Jugendhilfeeinrichtung
  - Schwieriges familiäres Umfeld

# Risikofaktoren Zwang: Erwachsenenpsychiatrie

- Isolierung/ Fixierung in Erwachsenenpsychiatrie (n=5335)
- Ankommen in Fixierung
- Vorstellung gegen den Wunsch des Patienten
- Ankommen zwischen 19.00 und 01.00
- Bipolare Störung: Manie od. gemischte Episode
  
- Weniger Isolierung und Fixierung:
  - Depression und akute Suizidalität

# Wann Zwang?

- Zwangsmaßnahmen sollen ausschließlich zum Einsatz kommen, wenn alle anderen Maßnahmen zur Deeskalation erfolglos waren.
- Der Einsatz von Zwangsmaßnahmen soll auf Situationen beschränkt sein, in denen durch das Verhalten des Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdung des Kindes/Jugendlichen selbst oder anderer Personen besteht und/oder es zu einer schwerwiegenden Beschädigung von Gegenständen kommt.

# Zwangsmaßnahmen: Dokumentation

- Jeder Einsatz von Zwangsmassnahmen; Dokumentation: Datum, Uhrzeit, Anlass, Dauer und Art der durchgeführte Massnahmen, Name des anordnenden Arztes
- Nach Abschluss von Zwangsmaßnahmen: mit dem betroffenen Patienten zeitnah therapeutisch bearbeiten

# Zwangsmaßnahmen: praktisches Vorgehen

- Sicherstellen von ausreichend Personal
- Vorgehen im Team besprechen (wer übernimmt welche Aufgabe?)
- Ggf. Vorbereitung der Medikation od. Vorbereitung einer Fixierung
- Mögliche Gefahren vorab antizipieren (Wurfgegenstände, Fluchtweg)
- Alle Anweisungen gehen vom diensthabenden Arzt aus
- Überwachung des Patienten bis Beruhigung eintritt, bzw. nach Fixierung dauerhaft bis defixiert wird
- Dokumentation

# Isolierung

- Isolation in einem abgeschotteten Raum: Entscheidung soll von einem Arzt getroffen werden
- Kind soll dabei immer von Fachpersonal unmittelbar überwacht werden
- Alleinige Video-Kontrolle ist nicht ausreichend
- Isolierung soll nur bis zur Beruhigung erfolgen
- Jede Isolierung soll schriftlich dokumentiert werden

# Fixierung

- Mechanische Fixierung: bei Kindern unterlassen
- Mechanische Fixierung: nur durch geschulte Fachkräfte und nur bis zur Beruhigung
- Bei mechanischer Fixierung: 1:1 Überwachung durch geschulte Fachkräfte:
  - regelmäßige Überprüfung der Vitalzeichen
  - auf Hydrierung und Ernährung achten
  - ordnungsgemäßen Sitz der Fixierung regelmäßig überprüfen.



# Zwangsmedikation

- Zwangsmedikation soll zunächst oral angeboten werden.
- Prinzipiell: kann der Einsatz von niedrigpotenten, konventionellen Antipsychotika und Benzodiazepinen als Notfallmedikation zur Behandlung psychomotorischer Erregungszustände bei Kindern und Jugendlichen indiziert sein
- Nach Gabe einer PRN Medikation: kontinuierliche Überwachung des physischen und emotionalen Zustandes des Patienten

# Notfallmedikation

Substanzklasse	Wirkstoff	Injektion verfügbar
<b>AP</b>		
<b>konvent.</b>	Chlorprothixen	-
	Levomepromazin	✓
	Promethazin	✓
	Haloperidol	✓
<b>atypisch</b>	Risperidon	-
	Ziprasidon	✓
	Olanzapin	✓
	Quetiapin	-
<b>Benzodiazepine</b>	Diazepam	✓
	Lorazepam	✓

# Strategien zur Reduktion von Zwangsmaßnahmen

- Führungsebene unterstützt Organisationsveränderung
- Datensammlung und Literatur für Praxis nutzbar machen
- Personalentwicklung: Ausbildung
- Präventive Strategien vs. Zwangsmaßnahmen
- Einbezug von Familien und Patienten
- Debriefing des Personals nach Zwangsmaßnahmen

# Selbstgefährdung



# Ursachen f. Bewußtseinsstörungen

- Zerebrale Gefäßveränderungen
- Herz-Kreislauf Störungen
- Störungen der Blutzusammensetzung
- Zerebral-organische Prozesse
- Alkohol
- Medikamente und suchterzeugende Substanzen
- Internistische Stoffwechselerkrankungen
- Psychogene Bewusstseinsstörungen

# Psychiatrische Symptome bei Elektrolytstörungen I

Art der Störung	Definition	Syndrome
Hyponatriämie	Na <135mmol/l	Persönlichkeitsveränderung Benommenheit Verwirrtheit Delir Stupor Koma zerebrale Anfälle
Hypernatriämie	Na >145 mmol/l	Psychomotor. Verlangsamung Benommenheit Somnolenz Verwirrtheit Stupor Koma
Hypokaliämie	Ka <3,5 mmol/l	Psychomotor. Verlangsamung Lethargie Verwirrtheit
Hyperkaliämie	Ka >5,5 mmol/l	

# Psychiatrische Symptome bei Elektrolytstörungen II

Hypokalzämie	Ca <2,25 mmol/l	Depressionen Angstzustände Agitation Verwirrtheit Gedächtnisstörungen
Hyperkalziämie	Ca >2,75 mmol/l	Depressionen Apathie Konzentrationsstörungen Verwirrtheit Delir Paranoide Psychosen Stupor Koma

# Medikamentenassoziiert: malignes neuroleptisches Syndrom

- Nach Antipsychotikagabe
  - 4-11 d nach Therapie-Beginn (cave: Depot!)
  - Symptome
    - Anstieg der EPS
    - Fieber
    - Tachykardie, Herzrhythmusstörungen, Hyperhidrosis
    - Bewußtseinstrübung
    - Labor normal – pathologisch
- Bei 20% trotz Therapie letal! (Nierenversagen)



# **Medikamentenassoziiert: serotonerges Syndrom**

## **Autonom vegetative Symptome:**

Tachykardie, Schwitzen, Durchfall, Übelkeit, Tachypnoe,  
RR-Erhöhung, Kopfschmerz, Pupillenerweiterung

## **Zentralnervösen Symptome:**

Koordinationsstörung, Unruhe, Halluzinationen,  
Akathisie, Hypomanie

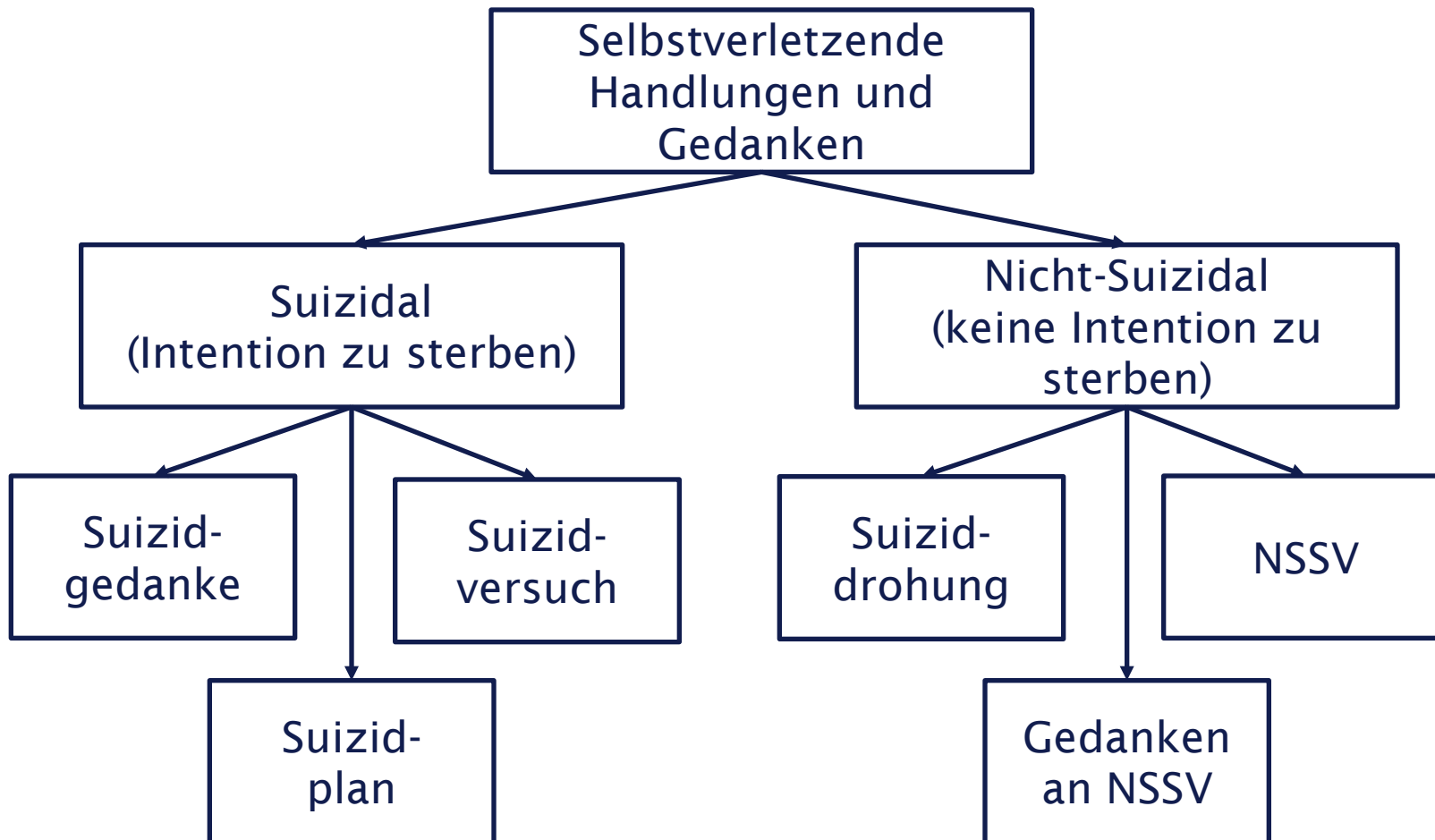
## **Neuromuskuläre Symptome:**

Tremor, Myoklonien, gesteigerte Reflexe, Anfälle

# Medikamentenassoziiert: serotonerges Syndrom: Ursachen

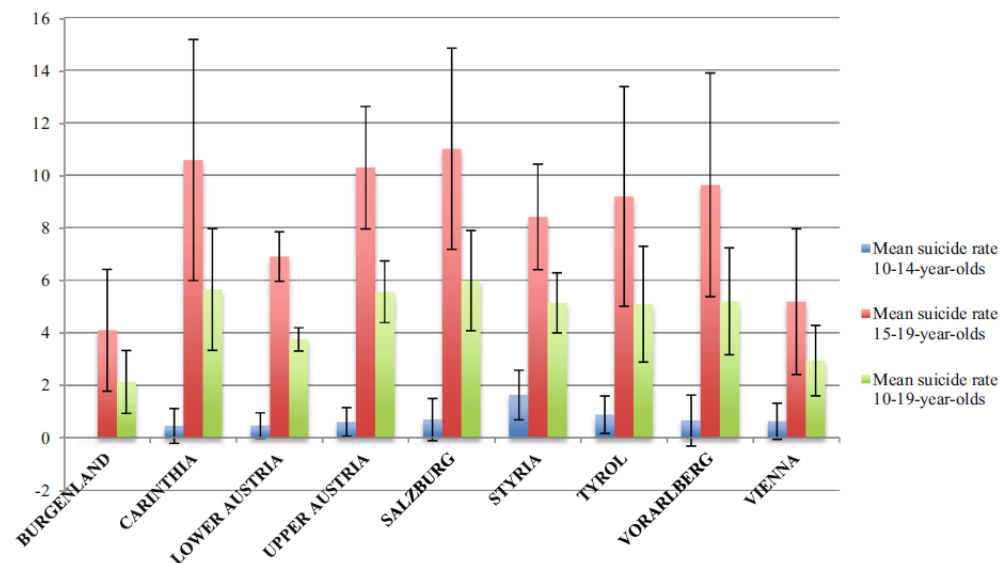
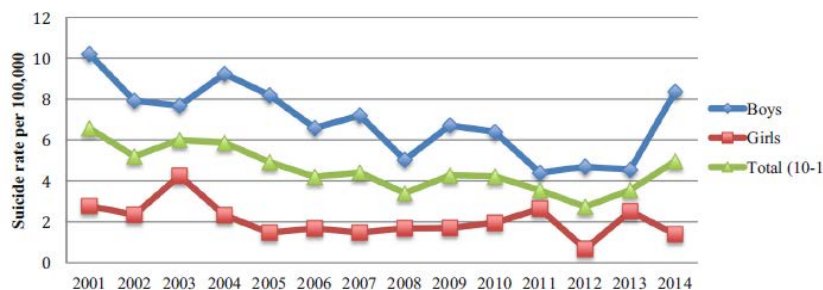
Serotoningebundener Mechanismus	Wirkstoffe
Steigerung der Synthese	Tryptophan
Steigerung der Freisetzung	Amphetamine, Ecstasy, Cocain
Wiederaufnahmehemmung	SSRI, SNRI, TZA Johanniskrautextrakt, Opiate, Trazodon
Abbauhemmung	MAO-Hemmer,
Stimulierung von Rezeptoren	Buspiron, Triptane
Verstärkung der Wirkung	Lithium
Hemmung des Abbaus der genannten Substanzen	z.B. durch 2D6- oder 3A4-Inhibitoren

# Definition: Selbstverletzung



# Prävalenz: Österreich

- Suizidrate 10-19-jähriger: 4,57/100.000 (m:w=3,5:1)
  - EU: 4,51/ 100.000
- Abnahme der Suizidrate 2001-2014 (gesamt und m, nicht w)
- 2001-2014: ca. 43 Suizide/ Jahr

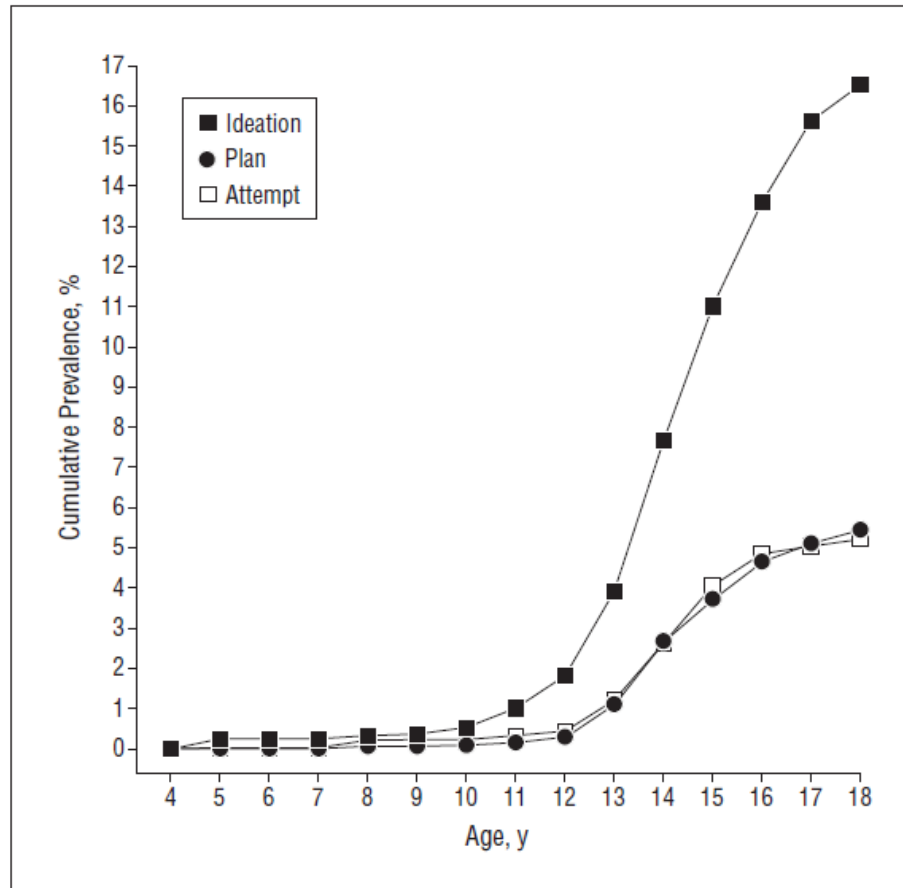


# Prävalenz: Österreich

- Häufigste Suizidart: Erhängen (>1/3), Überrollen lassen
- Häufigkeitsgipfel: April/ Mai

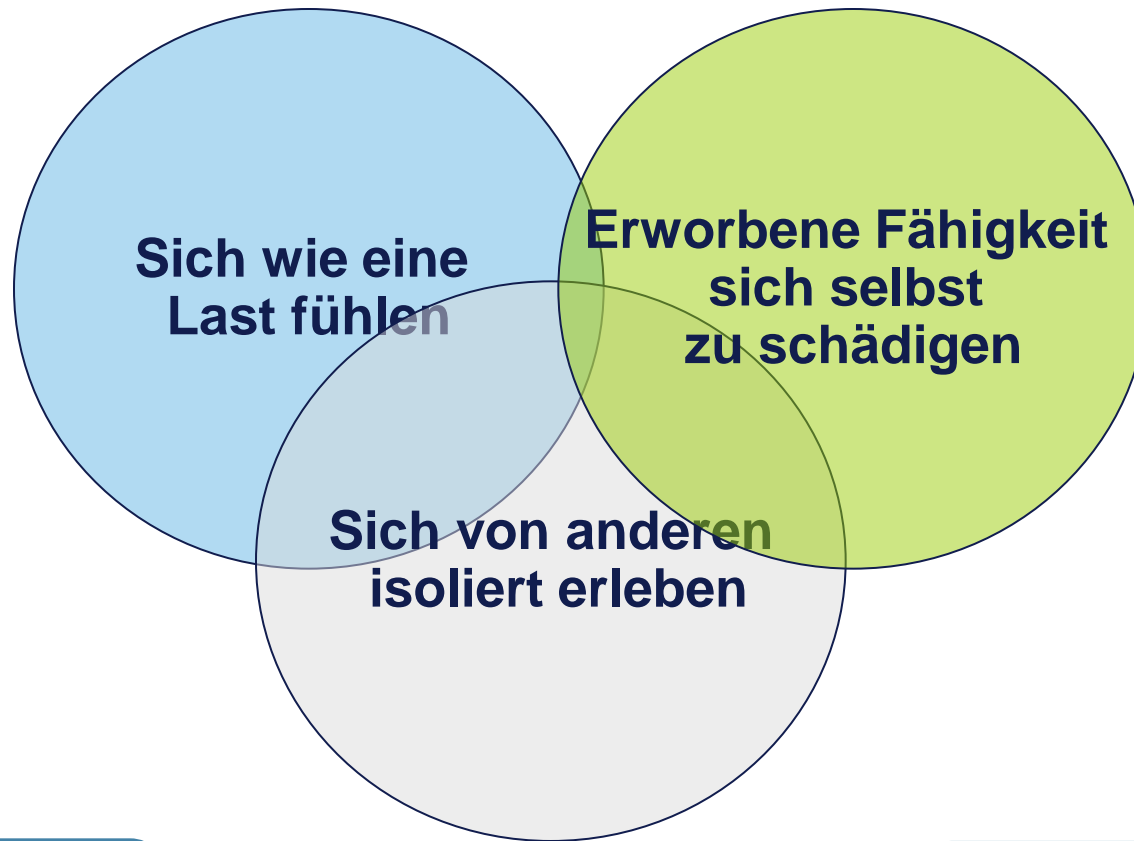
Suicide method	Boys [%] (474)	Girls (134)	Total (608)
Hanging	38.8 (184)	33.6 (45)	37.7 (229)
Jumping or lying/ moving object	21.7 (103)	25.4 (34)	22.5 (137)
Jumping from a height	13.9 (66)	23.1 (31)	15.9 (97)
Shooting	13.1 (62)	2.2 (3)	10.7 (65)
Poisoning	2.9 (14)	9.7 (13)	4.4 (27)
Drowning	4.2 (20)	2.2 (3)	3.8 (23)
Other	3.6 (17)	2.2 (3)	3.3 (20)
Domestic and other gas	1.3 (6)	1.5 (2)	1.3 (8)
Cutting	0.4 (2)	0.0 (0)	0.3 (2)

# Altersverlauf: Suizidalität



**Figure 1.** Age-at-onset curves of suicidal behaviors. Values are all 0.0 for children 1 to 4 years of age.

# Interpersonelle-psychologische Theorie



**Suizid-  
wunsch**



# Werther....



- Internetsuchen zum Thema Suizid zugenommen (Ayers et al., 2017)
- 95% pädiatrischer Notfallaufnahmen (n=14) melden Zunahme von Vorstellungen wegen Suizidalität im Vergleich zu Vorjahr,
- In 40% der Zentren Nachahmungsfälle 30 Tage nach Ausstrahlungsbeginn (Feuer & Havens, 2017)



??????

- **Wie würden SIE nach Suizidalität explorieren?**

**...darf man das?**

# Umgang mit suizidalen Krisen

- **Wer fragt macht nichts falsch**
  - Weder durch Fragebogenuntersuchungen (Gould et al., 2005), noch durch persönliche Ansprache (Crawford et al., 2011) wird Schaden angerichtet
  - Fragen wird von Betroffenen eher als entlastend beschrieben (Gould et al., 2005)

# Exploration bei Suizidalität

- Hoffnungslosigkeit
- Ausdruck von Sinnlosigkeit
- Suizidgedanken und Suizidpläne
- Schlafstörungen
- Bullyingerfahrungen (Opfer und Täter)
- Missbrauchserfahrungen
- Verfügbarkeit von Suizidmitteln (Waffen, Medikamente,...)
- Sozialer Rückzug
- Gefühl, in Situation gefangen zu sein
- Besitz verschenken, Abschiedsbriefe, Testamente
- Alkohol/Substanzgebrauch
- Suizidversuch in der Anamnese
- Familiäre Belastungen durch Suizid
- Suizid im Freundeskreis
- Anstehendes belastendes Ereignis (Jahrestage,..)
- Medialer Einfluss (Suizid in den Medien, Suizid Prominenter)

# Aktuelle Suizidalität evaluieren

- Trigger f. Suizidalität
- Suizidgedanken
- Suizidale Intention
- Suizidpläne
- Suizidmotivation
- Suizid Puffer

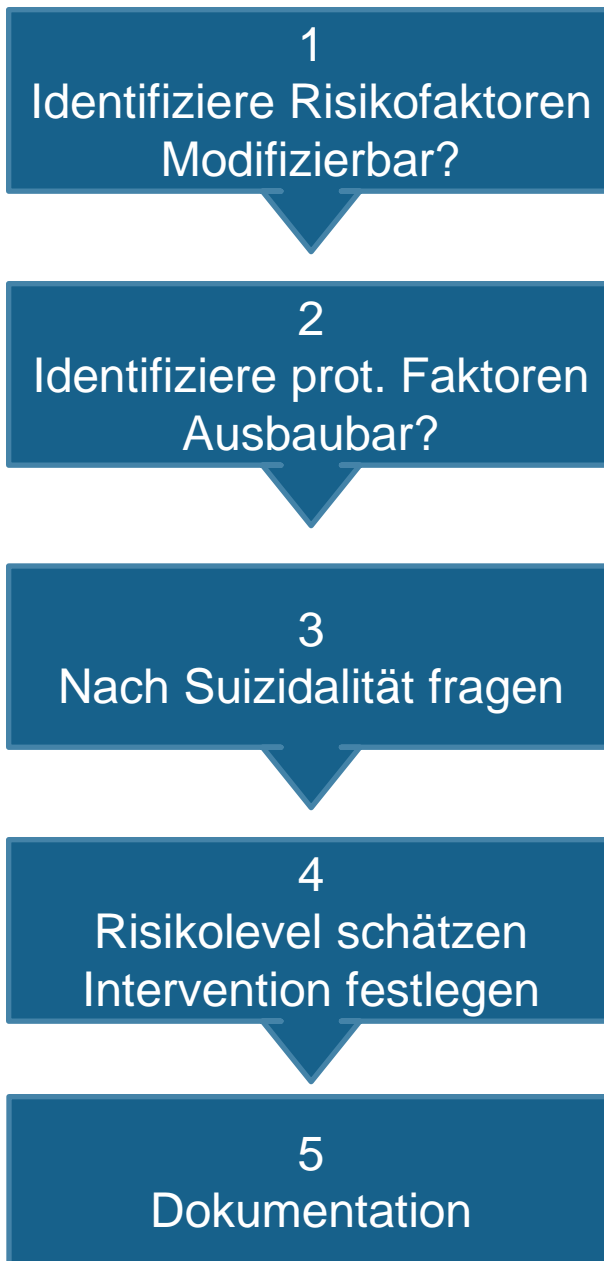


AMERICAN ASSOCIATION OF SUICIDOLOGY

## **Warning Signs of Acute Suicide Risk IS PATH WARM?**

Ideation  
Substance Abuse  
Purposelessness  
Anxiety  
Trapped  
Hopelessness  
Withdrawal  
Anger  
Recklessness  
Mood Changes  
? You must ask





# SAFE-T

Suicide **A**ssessment **F**ive-step  
E**E**valuation and **T**riage

**1**  
**IDENTIFY RISK FACTORS**  
Note those that can be modified to reduce risk

**2**  
**IDENTIFY PROTECTIVE FACTORS**  
Note those that can be enhanced

**3**  
**CONDUCT SUICIDE INQUIRY**  
Suicidal thoughts, plans, behavior, and intent

**4**  
**DETERMINE RISK LEVEL/INTERVENTION**  
Determine risk. Choose appropriate intervention to address and reduce risk

**5**  
**DOCUMENT**  
Assessment of risk, rationale, intervention, and follow-up



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

# Risikolevel



U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
Substance Abuse and Mental Health Services Administration  
[www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)

Risiko Level	Risiko-/ Schutz- Faktor	Suizidalität	Mögliche Interventionen
Hoch	Psychiatr. Diagnose mit schwerer Symptomatik oder akutem Stressor; Schutzfaktoren nicht relevant	Potentiell letaler SV od. persistierende Gedanken mit starker Intention oder gedankliches Durchspielen des Suizids	Aufnahme generell indiziert außer es kommt aufgrund einer signifikanten Änderung zu einer Reduktion d. Suizidrisikos. Vorkehrungen bzgl. Suizidalität treffen
Mittel	Multiple Risikofaktoren, wenige Schutzfaktoren	Suizidgedanken mit Plan, aber ohne Intention oder Verhalten	Aufnahme möglicherweise in Abhängigkeit von den Risikofaktoren notwendig. Entwicklung eines Krisenplans. Notrufnummern ausgeben
Niedrig	Veränderbare Risikofaktoren, starke Schutzfaktoren	Gedanken an den Tod, kein Plan, keine Intention oder Verhalten	Ambulante Behandlung, Symptomreduktion, Notrufnummern ausgeben

# Akute Suizidgefahr

Für eine **akute Suizidgefahr** spricht, wenn

- eine konkrete Suizidabsicht geäußert wird
- eine Suizidhandlung geplant und bereits vorbereitet ist, eventuell auch abgebrochen wurde
- ein ausgeprägter Leidensdruck („seelischer Schmerz“) besteht und nicht mehr ertragbar erscheint (und damit hoher suizidaler Handlungsdruck gegeben ist)
- Autoaggressivität (selbst-aggressives Verhalten) vorliegt und das Kind/der Jugendliche nicht mehr steuerungs-fähig und damit nicht absprachefähig ist
- Gründe für ein Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch nicht benannt werden können



# Ein Fall....

An einem Freitagmorgen erscheint eine aufgelöste Mutter mit ihrem 17-jährigen Sohn bei ihnen in der Sprechstunde. Grund für die Vorstellung ist, dass Tom von seiner Mutter dabei überrascht wurde, wie er auf einer Brücke, die auf dem Schulweg liegt, gerade über die Brüstung klettern wollte. Befragt nach dem Vorgang gibt Tom an, dass er sich das Leben nehmen wollte und schon häufiger auf dieser Brücke gestanden habe, aber noch nie zuvor über die Brüstung geklettert sei. Als Grund für diese Tat benennt Tom, dass er eine fünf in der Mathearbeit „kassiert habe“. Dies sei nun bereits zum dritten Mal geschehen und sein Lehrer habe ihm nun mitgeteilt, dass er sitzen bleiben werde. Er wisse nicht, was er nun tun solle, habe große Zukunftsängste, beschreibe sein Leben als „sinnlos“. Seit der Trennung von seiner Freundin vor einem halbe Jahr laufe einfach „nichts mehr rund“, er könne kaum schlafen, benötige jeden Tag mindestens eine Stunde zum Einschlafen und wache 2-3 mal pro Nacht auf. Seine Stimmung beschreibe Tom als deutlich herabgesetzt und seit einem Jahr habe er Suizidgedanken. Bereits nach dem Beziehungsende habe er versucht sich mittels Einnahme von Tabletten zu suizidieren, dies habe aber nicht funktioniert und sei auch von keinem in seinem Umfeld wahrgenommen worden. Tom bereut, dass der heutige Versuch nicht „zum Erfolg“ geführt habe.

# Ein Fall....

An einem Freitagmorgen erscheint eine aufgelöste Mutter mit ihrem **17-jährigen Sohn** bei ihnen in der Sprechstunde. Grund für die Vorstellung ist, dass Tom von seiner Mutter dabei überrascht wurde, wie er auf einer Brücke, die auf dem Schulweg liegt, gerade **über die Brüstung klettern** wollte. Befragt nach dem Vorgang gibt Tom an, dass er sich das **Leben nehmen wollte** und schon **häufiger** auf dieser Brücke gestanden habe, aber noch nie zuvor über die Brüstung geklettert sei. Als Grund für diese Tat benennt Tom, dass er eine fünf in der **Mathearbeit** „kassiert habe“. Dies sei nun bereits zum dritten Mal geschehen und sein Lehrer habe ihm nun mitgeteilt, dass er **sitzen bleiben** werde. Er wisse nicht, was er nun tun solle, habe **große Zukunftsängste**, beschreibe sein Leben als „**sinnlos**“. Seit der **Trennung** von seiner Freundin vor einem halbe Jahr laufe einfach „nichts mehr rund“, er könne **kaum schlafen**, benötige jeden Tag mindestens eine Stunde zum Einschlafen und wache 2-3 mal pro Nacht auf. Seine **Stimmung** beschreibe Tom als deutlich herabgesetzt und seit einem Jahr habe er **Suizidgedanken**. Bereits nach dem Beziehungsende habe er versucht sich mittels **Einnahme von Tabletten** zu suizidieren, dies habe aber nicht funktioniert und sei auch von keinem in seinem Umfeld wahrgenommen worden. Tom **bereut**, dass der heutige Versuch nicht „zum Erfolg“ geführt habe.

# Suizidalität: Therapeutische Interventionen




- 2 systematische Reviews (21 u. 17 Studien)
- Maßnahmen effektiv (v.a. vs. Suizidgedanken), aber unspezifisch: kein Effekt in Vgl. zur Kontrollgruppe
- Individuell besser als Gruppenprogramme
- Überlegenheit v. Programmen, die Familie miteinbezogen haben
- Besserer outcome wenn schnell nach Suizidversuch begonnen wurde

# Suizidalität: Leitlinie: Setting

- Für eine ambulante Behandlung **solte**
  - eine Absprachefähigkeit vorhanden sein
  - ein ausreichend stabiles Umfeld vorhanden sein
  - ausreichende Compliance bei Patient und Eltern bzw. Bezugspersonen vorhanden sein
  - der Schweregrad der Suizidalität gering sein
  - eine Zukunftsperspektive des Jugendlichen erkennbar sein
  - ein ausreichendes Funktionsniveau vorliegen



# Suizidalität: Leitlinie: Behandlung

- psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen **können** bei z.B. akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein 
- eine psychotherapeutische Intervention unter Beachtung der folgenden Punkte **soll** erfolgen: 
  - Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Intervention
  - wenn möglich, Kontinuität des Therapeuten
  - Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität
  - Reduktion von Belastungsfaktoren
  - assoziierte psychische Störungen sollen gemäß der entsprechenden Leitlinienbehandelt werden
- bei belastenden psychosozialen Umständen **sollte** die Jugendhilfe einbezogen werden 

# Schulbasierte Prävention

- SEYLE Studie (n=11.110, 12 Länder, median Alter: 15)
- 4 Interventionen
  - Gatekeeper: QPR
  - Youth Aware of Mental Health: YAM
  - Screening
  - Kontrolle

# Neue Wege in der Suizidprävention?

## Facebook is testing AI tools to help prevent suicide



Ask for help  
© iStockphoto.com/Clay

- Fotos
- Videos
- Seiten
- Gruppen
- Ereignisse
- Anwendungen und Spiele
- Facebook-Handy- und Desktop-Apps
- Barrierefreiheit

Stelle eine Frage [Anmelden](#) [Konto erstellen](#)

[Verwenden](#) [Verwaltung deines Kontos](#) [Privatsphäre und Sicherheit](#) [Richtlinien und Meldungen](#)

### Suizidprävention

Wenn du auf Facebook eine direkte Suiziddrohung entdecken solltest, wende dich bitte umgehend an die Strafverfolgungsbehörden oder einen Notruf bei Suizidgefahr.

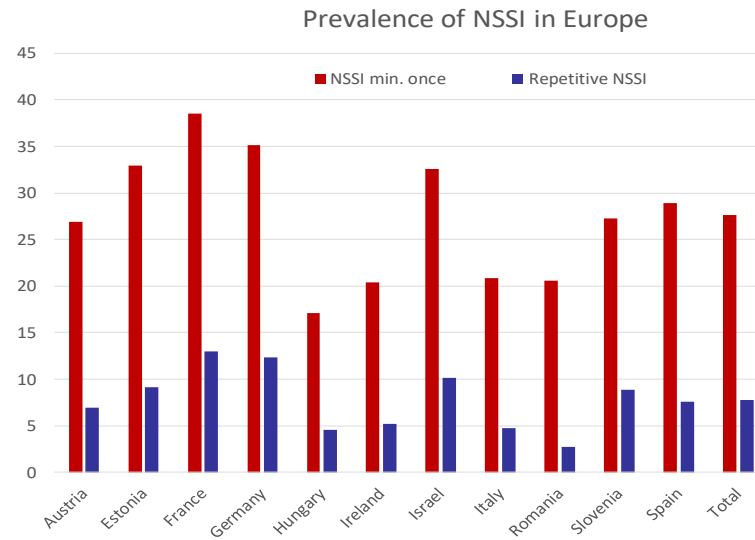
- Ich denke über Suizid oder Selbstverletzung nach
- Ich benötige eine Notrufnummer für Suizidgefährdete für mich oder eine/n FreundIn.
- Was sollte ich unternehmen, wenn jemand mit Suizid oder Selbstverletzung verbundene Inhalte postet?
- Wie helfe ich einem Mitglied der US-Streitkräfte (z. B. aktiver Soldat, Veteran oder Familienmitglied), das suizidale Inhalte gepostet hat?
- Wie kann ich einer LSBT-Person helfen, die auf Facebook suizidale Inhalte gepostet hat?
- Wie kann ich einem Polizeibeamten helfen, der suizidale Inhalte gepostet hat?

Besuche unseren Sicherheitsbereich für Familien, um weitere Informationen, Werkzeuge und Ressourcen zum Thema Sicherheit zu finden.

# Epidemiologie: SEYLE Studie



- Vergleich von „direct self-injurious behavior“
- 11 europ. Länder, n=12.068 (mAlter: ~ 15)
- Lebenszeitprävalenz: 27,6%
- 7,8% repetitives D-SIB

Land	Lebenszeit prävalenz	selten	repetitiv ≥ 5x
Frankreich	38,5%	25,6%	13%
Deutschland	35,1%	22,9%	12,3%
Estland	32,9%	23,7%	9,1%
.....			
Österreich (7)	26,9%	20,0%	6,9%





# Deutschsprachige Länder: 6-M Prävalenz

	A 	D 	CH 	p
6-M Prävalenz	11%	14%	7.6%	.02

N=1339, mAlter: 14.99 (SD: 0.79)

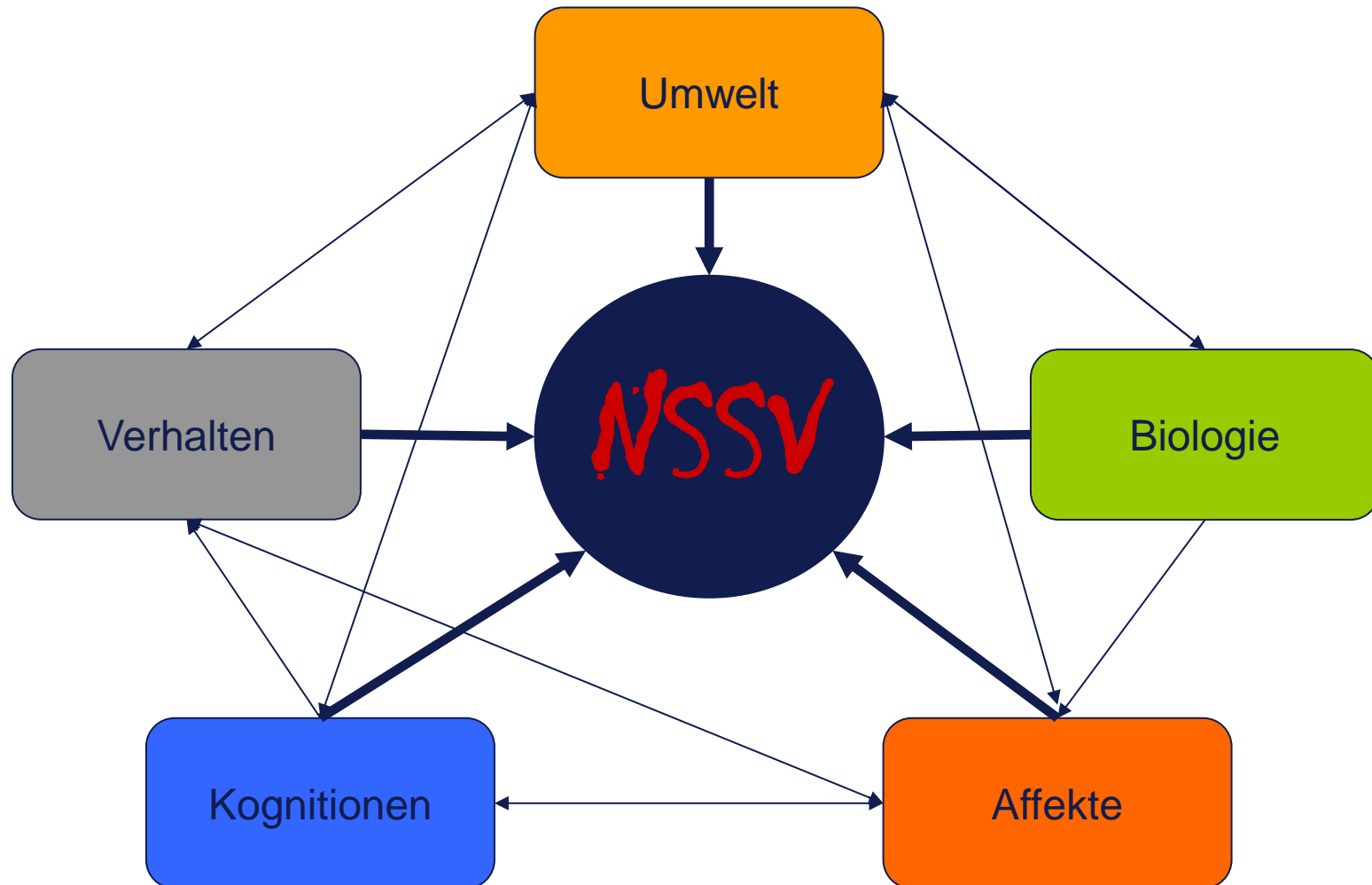
MHAT Studie (n=3477): DSM-5 Kriterien

Lebenszeitprävalenz: 1,49%

Klinische Stichprobe: 30,11%

# Biopsychosoziales Modell

---



# 4-Faktoren-Modell



**„Automatisch“  
Intrapersonell**

+

Automatische  
Positive  
Verstärkung

-

Automatische  
Negative  
Verstärkung



**„Sozial“  
Interpersonell**

+

Soziale  
Positive  
Verstärkung

-

Soziale  
Negative  
Verstärkung

# Risikofaktoren NSSV

- **demografische Risikofaktoren**
  - weibliches Geschlecht\*<sup>2</sup>
  - Jugendalter\*<sup>3</sup>
  - Arbeitslosigkeit\*<sup>4</sup>
  - alleinlebend\*<sup>4</sup>
- **familiäre Risikofaktoren**
  - Gesundheitsprobleme in der Familie\*<sup>4</sup>
  - psychische Belastungen eines Elternteils\*<sup>2</sup>
  - Trennung der Eltern\*<sup>4</sup>
  - konflikthafte Eltern-Kind-Beziehung\*<sup>3</sup>
- **psychische Erkrankung/Symptome**
  - Angststörungen\*<sup>3</sup>
  - Depressionen und depressive Symptomatik\*<sup>2</sup>
  - Hoffnungslosigkeit\*<sup>2</sup>
  - Aggressivität, externalisierende Verhaltensauffälligkeiten\*<sup>2</sup>
  - Cluster-B-Persönlichkeitsstörung\*<sup>3</sup>
  - Essstörungen\*<sup>4</sup>
  - internalisierende Verhaltensauffälligkeiten\*<sup>3</sup>
  - Affektregulationsprobleme\*<sup>3</sup>
  - Substanzkonsum\*<sup>3</sup>
- **Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit**
  - körperliche Vernachlässigung und Misshandlung\*<sup>3</sup>
  - emotionale Vernachlässigung und Misshandlung\*<sup>4</sup>
  - sexueller Missbrauch\*<sup>3</sup>
- **NSSV und suizidales Verhalten**
  - Vorgeschichte von NSSV\*<sup>3</sup>
  - Vorgeschichte von Suizidgedanken und Suizidversuchen\*<sup>3</sup>
  - Erleben von NSSV bei Peers\*<sup>3</sup>

# Umgang mit NSVV

- Medizinische Behandlung zuerst (Schnitte versorgen, etc.)
- Nicht geschockt reagieren
- Versuchen Verbindung aufzunehmen ohne den Jugendlichen in die Ecke zu drängen
- Nie direktiv sein oder ein Urteil fällen
- Gefühle ernstnehmen. Angebot zuzuhören
- Versichern, dass es nichts ist, wofür man sich schämen muss
- Wichtig: SVV ist ein Coping-Mechanismus und keine bizarre Angewohnheit. SVV ist Suizid vorzuziehen
- Hoffnung aufbauen- Therapeutensuche anbieten



***„Respektvolle  
Neugier“***

# Diagnostik

---



- In der Basis-Diagnostik von NSSV **soll/sollen**:
  - als erster Schritt die unmittelbar notwendigen somatischen Abklärungen vorgenommen und gegebenenfalls eine medizinische Erstversorgung eingeleitet werden
  - ein vollständiger psychopathologischer Befund unter besonderer Berücksichtigung der Suizidalität erhoben werden
  - Häufigkeit und Methoden von NSSV erhoben werden
  - eine Abklärung der familiären und außerfamiliären Einflussfaktoren (incl. Schule, peer-group) auf NSSV erfolgen
  - Auswirkungen von NSSV auf das soziale oder familiäre Umfeld berücksichtigt werden
- Konsensstärke: sehr stark

# Körperliche Untersuchungen

---





- Im Behandlungsverlauf **sollten** zur Evaluation von fortgesetzten oder neu aufgetretenen Selbstverletzungen zuvor mit dem Patienten abgesprochene weitere symptombezogene körperliche Untersuchungen durchgeführt werden.
- Konsens: sehr stark

# NSSV: Setting

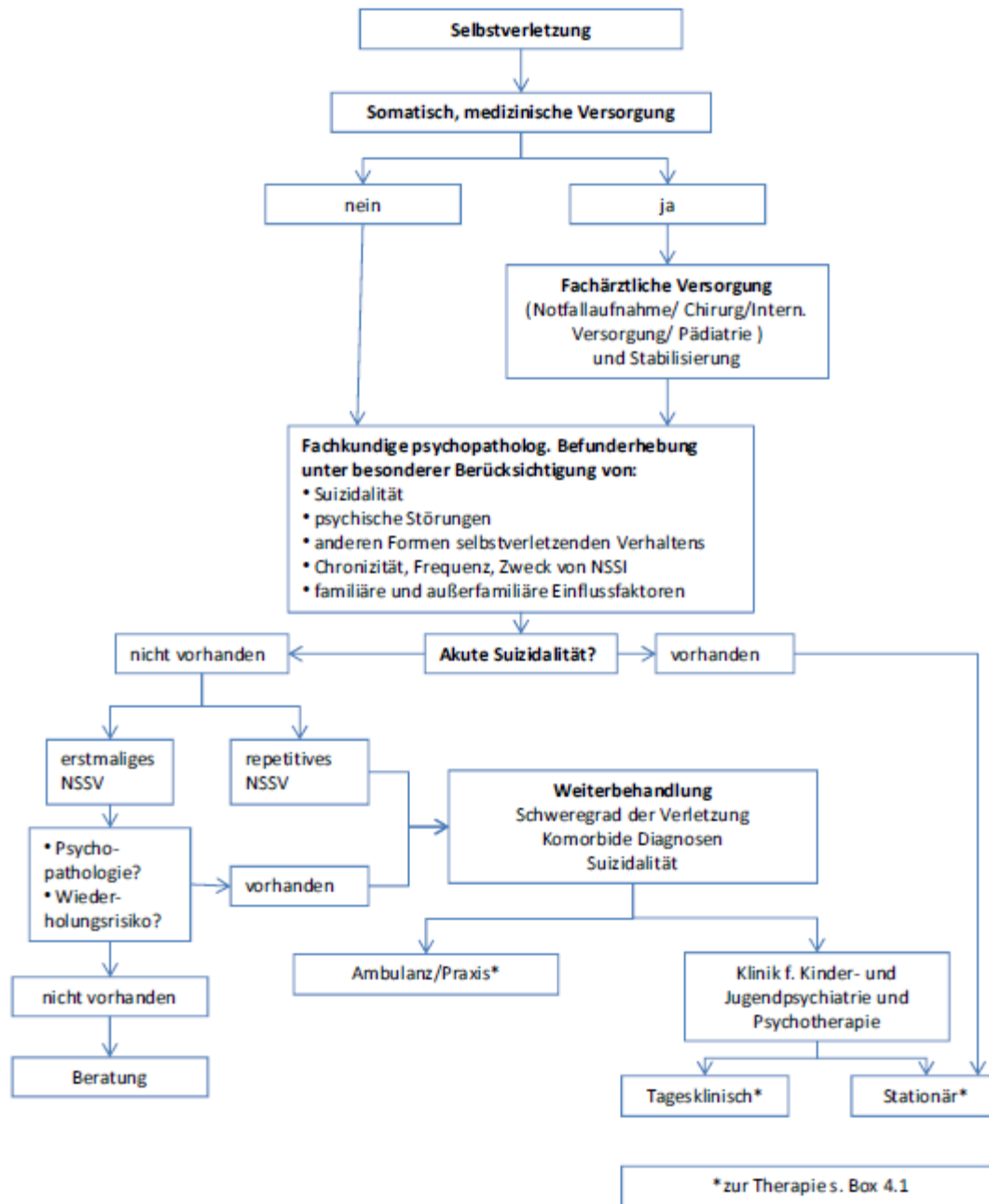
- Ambulante Behandlung bei NSSV:
  - Eine ambulante Behandlung **soll** eingeleitet werden, wenn das psychische, soziale und schulische (berufliche) Funktionsniveau ausreichend ist und wenn eine ausreichende Kooperationsfähigkeit besteht und wenn die Kriterien für eine stationäre Behandlung nicht erfüllt sind
- Sehr starker Konsens
- Bei akuter Suizidalität **muss** umgehend eine stationäre Behandlung in einer Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleitet werden



# Psychopharmakologie

- Beim Auftreten von akuten Anspannungszuständen **kann** eine psychopharmakologische Behandlung in Form von niedrigpotenten konventionellen Antipsychotika erfolgen. Bei einer Anwendung außerhalb des Zulassungsbereichs, sind die Bestimmungen zum „off-label“ use zu beachten.  

- Eine psychopharmakologische Behandlung bei Vorliegen einer psychischen Störung **soll** entsprechend der störungsspezifischen Leitlinien erfolgen.  

- Eine spezifische psychopharmakologische Behandlung des NSSV kann nicht empfohlen werden.
- sehr starker Konsens

# Algorithmus zur Leitlinie NSSI im Kindes- und Jugendalter



# Diskussion

- Notfallsituationen in der Psychiatrie: Gemeinsamkeit: schnelles Handeln erforderlich
- Situationen von Fremd- und Eigengefährdung
- Interdisziplinäres Spannungsfeld: wer ist für den Patienten zuständig? (Alkoholintoxikation, Agitation,..)