

**Aus der
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen
Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter
mit Poliklinik**

Ärztlicher Direktor : Professor Dr. G. Klosinski

**Ambulante und stationäre Krisenintervention
bei Kindern und Jugendlichen**

**Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der
Eberhard-Karls-Universität
Tübingen**

**vorgelegt von
Anna Katharina Deutschmann-Barth, geb. Kull
aus Stuttgart
2002**

Dekan : Professor Dr.C.D.Claussen
1. Berichterstatter : Priv. Doz. Dr. Michael Günter
2. Berichterstatter : Professor Dr. M. Bartels

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	8
1.1	Krisentheorien	8
1.1.1	Theorien zu Krisenverläufen	8
1.1.2	Theorien zur Krisenentstehung	10
1.1.3	Neurobiologische Erkenntnisse zur Entstehung und dem Verlauf von Krisen- bzw. Stressreaktionen	12
1.2	Zum Verständnis der Adoleszenzkrise	14
1.3	Krisenintervention in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen	17
1.3.1	Der Konsiliardienst	17
1.3.2	Ambulante Krisenintervention	18
1.3.3	Stationäre Krisenintervention	19
1.4	Intention der Arbeit	22
2	Material und Methodik	23
2.1	Allgemeines	23
2.2	Beschreibung des gesamten Versuchspersonen-Kollektivs	24
2.2.1	Einteilung des gesamten Studienkollektivs in die Untergruppen ambulante und stationäre Kriseninterventionen sowie Mehrfachaufnahmen	25
2.3	Erhebungsinstrumente	27
2.3.1	Entwicklung des Instruments	27
2.3.2	Durchführung der Befragung	28
2.3.3	Datenaufarbeitung	29
2.4	Statistische Verfahren	30
2.4.1	Allgemeines	30
2.4.2	Analogskalen	30
2.5	Kritik der Methodik	31

3	Ergebnisse	33
3.1	Beschreibung des gesamten Studienkollektivs und der Untergruppen	33
3.2	Basisdaten der Patienten	34
	Alter und Geschlecht	34
3.3	Daten zur Vorgeschichte der Patienten	37
3.3.1	Vorbestehende psychische oder somatische Erkrankungen	38
3.3.2	Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Maßnahmen	40
3.3.3	Medikamenteneinnahme vor der Krisenintervention	41
3.3.4	Krisenauslöser	42
3.3.5	Zeitliche Entwicklung der Symptomatik	43
3.4	Daten zu den Eltern	45
3.4.1	Erwerbstätigkeit der Eltern	45
3.4.2	Beziehungsstatus der Eltern	46
3.4.3	Kooperation der Eltern	47
3.5	Daten zur Familie der Patienten	49
3.5.1	Familiäre Konflikt-Situation	49
3.5.2	Arten des familiären Konfliktes	50
3.5.3	Familiäre Vorbelastungen	51
3.5.4	Aufenthalt vor der Krisenintervention	52
3.6	Einweiser, Einweisungsdiagnosen und Entlassungsdiagnosen	53
3.6.1	Einweisende Instanzen	54
3.6.2	Einweisungsdiagnosen	56
3.6.3	Entlassungsdiagnosen	59
3.6.4	Vergleich der Einweisungsdiagnosen und Einweisungsgründe mit den in der KJP gestellten Diagnosen	62
3.6.5	Krisenanlass	62
3.7	Daten zur Behandlung	64
3.7.1	Begleitpersonen	64
3.7.2	Erstkontakt	65

3.7.3	Krisenarten der Patienten mit Mehrfachaufnahmen	66
3.7.4	Gründe für stationäre oder ambulante Krisenintervention	67
3.7.5	Medikamentöse Behandlung	68
3.7.6	Schlafverhalten der stationären Krisenpatienten während der Krisenintervention	69
3.7.7	Themen der Therapiegespräche	70
3.7.8	Vereinbarungen	72
3.7.9	Ziele der Krisenintervention	75
3.7.10	Beendigung der Krisenintervention	77
3.8	Die suizidale Krise	77
3.8.1	Häufigkeit von Suizidalität und Suizidversuch	77
3.8.2	Das Alter der Suizidpatienten	78
3.8.3	Angaben über frühere Suizidversuche	79
3.8.4	Familiäre Situation der Suizidpatienten	80
3.8.5	Vorgeschichte der suizidalen Patienten	81
3.8.6	Aktuelle psychische Verfassung der suizidalen Patienten	81
3.8.7	Distanzierung vom Suizidversuch	82
3.8.8	Verteilung der Krisenarten bei suizidalen Krisenpatienten mit und ohne Suizidversuch	83
3.8.9	Geschlechterverteilung der suizidalen Patienten	84
3.9	Ergebnisse zur psychischen Situation der Patienten bei Beginn der Krisenintervention	86
3.9.1	Einschätzung der aktuellen Symptomatik	86
3.9.2	Einschätzung des psychiatrischen Gesamtbildes	87
3.9.3	Kooperation der Patienten	88
3.9.4	Emotionale Schwingungsfähigkeit des Patienten	89
3.9.5	Stimmungslage der Patienten bei Aufnahme	90
3.9.6	Verhalten der stationären Krisenpatienten	91
3.10	Ergebnisse zur psychischen Situation der Patienten bei Ende der Krisenintervention	91
3.10.1	Besserung der Problembereiche	91

3.10.2	Einschätzung der aktuellen Symptomatik	92
3.10.3	Einschätzung des psychiatrischen Gesamtbildes	93
3.10.4	Kooperation der Patienten	94
3.10.5	Verhalten der stationären Patienten	96
3.11	Weiterbehandlung nach der Krisenintervention	96
3.11.1	Stationäre Krisenpatienten	96
3.11.2	Ambulante Krisenpatienten	98
3.11.3	Änderung des Aufenthaltsortes nach der Krisenintervention	99
3.11.4	Aufenthaltort nach der Krisenintervention	99
3.12	Daten zum Umfang therapeutischer und organisatorischer Maßnahmen bei Kriseninterventionen	100
3.12.1	Dauer des Erstkontaktes	100
3.12.2	Die Arbeit mit den Patienten	101
3.12.3	Elternarbeit	103
3.12.4	Kontaktarbeit	106
3.12.5	Stationsarbeit	111
3.12.6	Dauer der Behandlung	113
3.12.7	Medikamentöse Behandlung im Verlauf von Kriseninterventionen	115
4	Diskussion der Ergebnisse und Vergleiche mit Literaturangaben	116
4.1	Basisdaten der Gesamtstichprobe bei Aufnahme	116
4.1.1	Das Alter der Krisenpatienten	116
4.1.2	Geschlechterverteilung	117
4.1.3	Staatsangehörigkeit	118
4.2	Psychische Situation der Krisenpatienten	119
4.2.1	Verteilung ambulanter und stationärer Kriseninterventionen	119
4.2.2	Schweregrad der aktuellen Symptomatik und des psychiatrischen Gesamtbildes	120
4.2.3	Vorbestehende Probleme	121
4.2.4	Krisenauslöser	123
4.2.5	Zeitliche Entwicklung der Symptomatik	124

4.3	Die familiäre Situation der Krisenpatienten	126
4.3.1	Eltern	126
4.3.2	Familiäre Beziehungsstrukturen	128
4.4	Diagnosen	130
4.4.1	Einweiser, Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen	130
4.4.2	Krisenanlässe	132
4.5	Art und Umfang der Interventionsarbeit	134
4.5.1	Erstkontakt	134
4.5.2	Dauer der Kriseninterventionen	135
4.5.3	Die therapeutische Arbeit	136
4.5.4	Einsatz von Medikamenten in der Krisenintervention	139
4.5.5	Ziele und Inhalte der Krisenintervention	140
4.5.6	Weiterbehandlung der Patienten nach der Krisenintervention	141
4.6	Die suizidale Krise	143
4.6.1	Häufigkeit von Suizidalität als Anlass zur Krisenintervention	143
4.6.2	Verteilung stationärer und ambulanter Kriseninterventionen bei den suizidalen Patienten	143
4.6.3	Alter und Geschlecht der suizidalen Patienten	144
4.6.4	Die familiäre Situation der suizidalen Patienten	144
4.6.5	Distanzierung vom Suizidversuch	145
4.6.6	Angaben zu früheren Suizidversuchen	145
5	Zusammenfassung	147
6	Literaturverzeichnis	151
7	Abkürzungen	153
8	Danksagung	154
9	Lebenslauf	155
10	Anhang: Fragebögen	156

1 Einleitung¹

1.1 Krisentheorien

1.1.1 Theorien zu Krisenverläufen

Der Begriff Krisenintervention suggeriert zwar das Vorhandensein einheitlicher Therapiekonzepte für Patienten, die sich in einer Krise befinden, die therapeutische Realität sieht jedoch anders aus. Es stellt sich hier die Frage, ob es überhaupt möglich und sinnvoll ist, solche einheitlichen Konzepte zu erarbeiten, da es natürlich eine Vielzahl verschiedener Ursachen für Krisen gibt, diese Krisen unterschiedlich verlaufen und jeder Mensch anders auf bestimmte Belastungen reagiert. Genau bei diesen Behauptungen setzen die wissenschaftlichen Fragestellungen an:

- Verläuft wirklich jede Krise unterschiedlich?
- Reagiert jeder Mensch tatsächlich anders auf bestimmte Belastungen?

Die meisten der wissenschaftlichen Arbeiten zu diesen Themen hatten jedoch Erwachsene in Krisensituationen zum Gegenstand ihrer Untersuchungen. Für den Bereich der Krisen, Krisentheorien und Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter gibt es nur sehr wenige wissenschaftliche Arbeiten. Daher bezieht sich der Großteil der folgenden Übersicht zu Forschungen über die Entstehung und den Verlauf von Krisen bei Erwachsenen. Im Kapitel 1.2 wird dann auf spezielle Aspekte der Adoleszenzkrise eingegangen.

Der Beginn der Forschungen auf dem Gebiet der Krisen und Krisenintervention wird in der Literatur übereinstimmend mit dem "Coconat-Grove-Brand", dem Brand in einem Tanzlokal in Boston im Jahre 1942, bei dem über 140 Menschen starben, in Verbindung

¹ Ich möchte zuerst anmerken, dass ich aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf eine geschlechtsspezifische Ausdrucksweise verzichtet habe. Die männliche Sprachform repräsentiert in der folgenden Arbeit immer beide Geschlechter

gebracht. Eric Lindemann (1944) fand bei den Betroffenen regelhaft auftretende Schock-, Trauer- und Aggressionsreaktionen. Er beschrieb den phasischen Verlauf der Reaktionen seiner Patienten und stellte somit das erste Stufenmodell zum Verlauf von Krisen auf, dem später weitere von anderen auf diesem Gebiet Tätigen folgten.

Einer davon war Caplan, der in den sechziger Jahren die sozialpsychiatrisch-präventiven Gesichtspunkte von Krisen betonte. Caplan und Cullberg (1978) definierten eine Krise als

"den Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von der Art und dem Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern."²

Sie stellten außerdem paradigmatische Krisenverläufe auf, wobei Caplan (1964) sich auf Veränderungskrisen spezialisierte (z.B. Verlassen des Elternhauses, Heirat, etc.) und Cullberg auf traumatische Krisen abzielte. Abbildung 1 und Abbildung 2 stellen diese Krisenverläufe schematisch dar³.

1.Phase: Konfrontation mit dem Ereignis.

2.Phase: Lösung misslingt - Gefühl des Versagens entsteht.

3.Phase: Mobilisierung aller Bewältigungsstrategien führt zu

a) Lösung, Bewältigung **oder**

b) Rückzug mit Resignation - **Chronifizierungsgefahr !**

4.Phase: Vollbild der Krise mit innerer "Lähmung" oder überschüssenden Aktivitäten. Zuletzt Neuanpassung mittels konstruktiver oder destruktiver Strategien.

Abbildung 1: Verlauf von Veränderungskrisen nach Caplan

² Zitat nach: Sonneck, 1997, S.15

³ nach Sonneck, 1997, S.37

1.Phase (Schockphase): Zustand der Betäubung oder überschüssender Aktivitäten.
2.Phase (Reaktionsphase): Konfrontation mit der Realität und Versuch, sie zu integrieren.
Fixierungsgefahr: wenn innerpsychische Konflikte aktiviert werden.
Chronifizierungsgefahr: Bei sozialer Isolation oder mangelnden Hilfsangeboten.
3. Phase (Bearbeitungsphase): Lösung von Trauma und Vergangenheit.
4.Phase (Neuorientierung): Selbstwertgefühl wiedergewonnen, neue Beziehungen hergestellt.

Abbildung 2 : Verlauf von traumatischen Krisen nach Cullberg

1.1.2 Theorien zur Krisenentstehung

Die frühesten Überlegungen zum Mechanismus der Krisenentstehung stellte Sigmund Freud an. Ausgehend von der "Traumatischen Neurose" entwickelte er den Begriff des Wiederholungszwangs. Er nahm an, dass es durch das Durchbrechen der Reizschutzschranke zum Überrennen der Angstbereitschaft kommt. Dadurch käme es zu einer Über- und Gegenbesetzung, die für die ständige Wiederholung verantwortlich sei und durch die "alle anderen psychischen Systeme verarmen". Battegay entwickelte die psychoanalytische Krisentheorie weiter und nahm den Coping-Gedanken, der vor allem durch Lazarus entwickelt wurde, auf. Battegay spricht dann von einer Krise, wenn

"ein Individuum in der Auseinandersetzung zwischen Triebansprüchen oder narzißtischen Bedürfnissen einerseits und Überich-Einwirkungen und/oder Realitätsanforderungen andererseits nicht oder nicht mehr in der Lage ist, Abwehr und/oder Copingmechanismen einzusetzen, die ihm wieder Ruhe verschaffen könnten."

Einen weiteren Erklärungsversuch zur Entstehung von Krisen lieferte Seligman 1971 mit seiner Theorie der Hilflosigkeit ("Helplessness-Theory"). Er vertrat die These, dass Menschen auf nicht kontrollierbare Situationen früher oder später mit Hilflosigkeit oder Resignation reagieren.

Lazarus entwickelte 1978 das transaktionale Modell zur Erklärung des Coping-Prozesses. Er legte darin besonderen Wert auf die zwei Ebenen in denen sich der Prozess vollzieht:

1. Das "primary appraisal", das die kognitive Einschätzung der bestehenden oder zu erwartenden Krise meint.
2. Das "secondary appraisal", worunter Lazarus die Einschätzung der Ressourcen also die individuellen Copingmöglichkeiten, vor allem im Hinblick auf die emotionale Stabilisierung versteht.

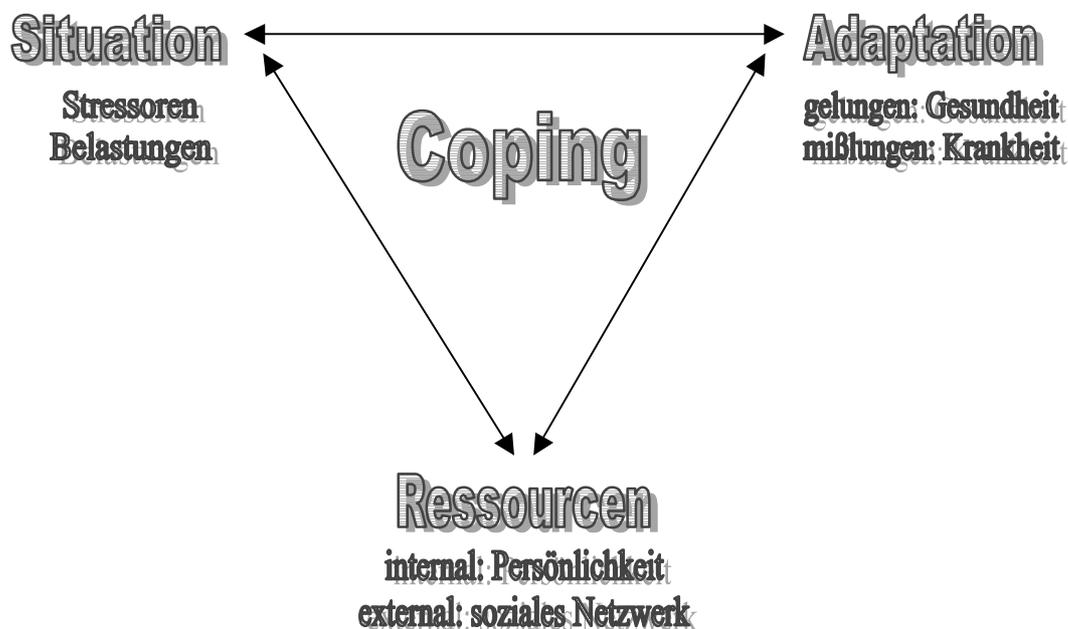


Abbildung 3 : Transaktionsprozess der Bewältigung nach E. Heim⁴

Abbildung 3 stellt die Grundzüge des transaktionalen Modells von Lazarus schematisch dar. Seine Überlegungen zu Krisen und deren Bewältigung waren die bis dahin für die Praxis am relevantesten, da aus ihnen heraus konkrete therapeutische Maßnahmen zur Stärkung des Bewältigungsverhaltens von Menschen in Krisen abgeleitet werden

⁴ in: Schnyder, Sauvant 1996, S.28

konnten. Aus seinem Modell heraus hat sich eine sehr umfangreiche Forschung zum Thema Bewältigung und "critical-life-event" entwickelt.

Einen ganz neuen Ansatz, der vor allem von Ciompi⁵ vertreten wird, bildet die Heranziehung der Chaostheorie als Erklärungsmodell für die Krisenentstehung. Die Forschungen auf diesem Gebiet sind bisher jedoch rein theoretischer Natur.

1.1.3 Neurobiologische Erkenntnisse zur Entstehung und dem Verlauf von Krisen- bzw. Stressreaktionen

Die Schwierigkeit, Stress- und Krisenreaktionen auf traumatische Ereignisse zu klassifizieren, zeigt sich in der uneinheitlichen und lange Zeit fehlenden Aufnahme in die ICD- und DSM-Klassifikationen. Nach wie vor existieren zwei Begriffe, zwischen welchen oft unzureichend differenziert wird. Für Kinder hatte sich in der Literatur der Begriff *post traumatic stress reaction* (PTSR) eingebürgert, da bis zur Revision des DSM-III 1987 keine Einigkeit darüber herrschte, ob es eine PTSD (*post traumatic stress disorder*) bei Kindern überhaupt gebe. Die PTSD ist gekennzeichnet durch die Symptomtrias:

- Wiedererleben
- Stimulusvermeidung
- (vegetative) Übererregtheit

Untersuchungen haben gezeigt, dass die Art und Dauer des Traumas, sowie die Verarbeitung des selbigen einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf der PTSD haben. Die im Folgenden dargestellten Erkenntnisse beziehen sich im Wesentlichen auf schwerwiegende Traumata (Typ I- Traumata).⁶

Nachdem man sich einig war, dass die PTSD durchaus auch im Kindesalter auftritt und sie unter Angststörungen in die DSM-II-R und die DSM-IV Klassifikation aufgenommen wurde, hat man sich daran gemacht, das was Freud mit "Verarmung aller psychischen Systeme" bezeichnete, mit neurobiologischen Äquivalenten zu füllen. Man fand heraus,

⁵ in: Sonneck, 1997

⁶ Es bleibt anzumerken, dass darüber hinaus Untersuchungen zur Auswirkung "alltäglicher" Traumatisierungen von Kindern und Jugendlichen, wie sie vieler unserer Patienten erlebt haben, sehr interessant wären

dass die maximale NNR-Stimulation durch Stress über den erhöhten Noradrenalin-turnover zu einer zentralen Noradrenalinverarmung führt. Nachfolgend kommt es zu einer noradrenergen Hypersensitivität bei relativem Verlust hochaffiner Alpha-2-Rezeptoren und einem relativen zentralen Serotoninmangel sowie einer Dopaminverarmung. Erkennbar ist der erhöhte Noradrenalin-turnover an erhöhten Plasma-Katecholaminen, Erschöpfung an zentralem Noradrenalin und erhöhter MHPG-Produktion, die auch bei Kindern mit langanhaltenden Typ-II-Traumata (v.a. chronische intrafamiliäre Gewalt und Missbrauch) nachgewiesen werden konnte (Bellis et al., 1994)⁷. Diese Tatsachen und eine Verminderung von basaler und stimulierter beta-adrenerger rezeptorvermittelter C-AMP-Signalübermittlung bei PTSD, welche eine down-Regulation nach Exposition gegenüber einer Erhöhung der zirkulierenden Katecholamine anzeigt, führen zu einer erhöhten Erregbarkeit des autonomen Nervensystems auch auf weniger bedeutsame Reize⁸. Auch die bei PTSD bestehende reduzierte Serotoninaktivität, die die Funktionen des Hippokampus stört, bewirkt, dass an sich neutrale Stimuli als bedrohlich interpretiert werden. Dieser Mechanismus wurde allerdings bisher bei Kindern nicht untersucht.⁹

Als wichtige neuroanatomische Struktur im Zusammenhang mit PTSD hat sich der Locus coeruleus erwiesen. Dieser Teil in der Pons wird auch als "Traumazentrum" bezeichnet. Aus ihm wird bei erhöhter psychischer oder physischer Anstrengung Noradrenalin freigesetzt. Durch seine zentrale Funktion für die aufsteigenden noradrenergen dorsalen Bahnen und für die noradrenerge Innervation des limbischen Systems, hat der Locus coeruleus eine hierarchische Kontrolle über das autonome Nervensystem und wirkt bei der Stressantwort mit. Außerdem ist er verantwortlich für die Flashbacks bei PTSD. Speziell bei Kindern konnte nachgewiesen werden, dass diese im Hirnstamm ablaufenden Mechanismen bei PTSD zu einem Rückfall auf ein jüngeres Alters-Funktionsniveau führen.¹⁰

Die bei PTSD gefundenen neurobiologischen Vorgänge gleichen damit denen, die bei Phobien (induzierte spezifische, Stimulus-induzierte Hyperreaktivität) und bei

⁷ siehe dazu Schepker, 1997

⁸ ebda

⁹ ebda

¹⁰ ebda

Panikstörungen bzw. generalisierten Angststörungen (dauerhafte physiologische Hyperresponsivität und Subsensitivität postsynaptischer Alpha-2-Rezeptoren) ablaufen.

1.2 Zum Verständnis der Adoleszenzkrise

Der Begriff "Adoleszenzkrise" taucht weder in der ICD- noch in der DSM-III-R als Diagnose auf. Er ist daher laut Remschmidt (1992) höchstens als "Querschnittsdiagnose" zu verstehen, die per se nichts über eine nosologische Einheit und auch nichts über einen möglichen Verlauf auszusagen vermag.

Von seiner Aussagekraft her kann er sich auf zwei Aspekte beziehen:

1. Er kann als zeitliche Beschreibung dienen, nämlich einer Krise, die sich in der Zeit der Adoleszenz abspielt.
2. Er beschreibt die Ursache einer Krise, wenn ein Kind bzw. Jugendlicher durch die psychischen oder physischen Vorgänge der Adoleszenz in eine Krise gelangt.

Um diese Ungenauigkeiten zu vermeiden, taucht der Begriff "Adoleszenzkrise" nur selten auf und ist dann nicht als Diagnose im engen Sinn zu verstehen.

Die meisten neueren Arbeiten zu Krisen und Krisenintervention betonen die Bedeutung von Copingstrategien bei der Krisenbewältigung¹¹. Das bedeutet vereinfacht gesagt, welche psychischen Möglichkeiten und Fähigkeiten ein Mensch hat, um auf von ihm als krisenhaft erlebte Situationen zu reagieren. Diese Fähigkeiten entwickeln sich im Laufe des Lebens und sind für den einzelnen Menschen situationsbezogen relativ spezifisch. Das heißt, die Art und Weise einer bestimmten Person auch auf bestimmte krisenhafte Erlebnisse zu reagieren, ist relativ konstant.

Jeder Mensch, vom Säugling bis zum hohen Alter, ist immer wieder krisenhaften Situationen ausgeliefert. Manche geraten jedoch trotzdem nie in eine behandlungsbedürftige Krise, da sie Bewältigungsmechanismen entwickeln konnten, die sie mit solchen Situationen zurecht kommen lassen. Anderen fehlen erfolgreiche Bewältigungsstrategien, so dass sie in existenzielle Not geraten.

Als praktische Konsequenz daraus ergeben sich die Fragen, welche Faktoren für die Entstehung von erfolgreichem versus erfolglosem Bewältigungsverhalten eine Rolle spielen und ob man adäquates Coping primär oder sekundär präventiv fördern kann.

Aus dem Bereich der Entwicklungspsychologie gibt es einige Untersuchungen zum Thema Krisenbewältigung bei Kindern und Jugendlichen. Lohaus¹² konnte in einer Studie zeigen, dass jüngere Kinder andere Bewältigungskapazitäten und -strategien haben als Jugendliche. Das bedeutet, dass die Jugendzeit, die ja schon eine Lebensphase mit einem hohen Anforderungsprofil darstellt, den Jugendlichen zusätzlich die Ausbildung neuer, angemessener Strategien zur Krisenbewältigung abverlangt.

Einige Untersuchungen konnten zeigen, dass das Bindungskonzept nach Bowlby (1969) eine wesentliche Rolle für das Verständnis von Copingstrategien spielt. Dies gilt vor allem für die von Ainsworth (1978) in Anlehnung an Bowlby weiterentwickelte Bindungstheorie. Durch ihre Beobachtungen des Verhaltens von einjährigen Kindern in verschiedenen aufeinanderfolgenden Episoden, in denen sie mit der Mutter oder mit einer ihnen fremden weiblichen Person interagieren bzw. in denen sie von der Mutter getrennt sind ("Fremde-Situations-Test"), konnte sie verschiedene Bindungstypen unterscheiden:

- Sichere Bindung an die Mutter bzw. Bezugsperson
- Unsicher-vermeidende Bindung
- Unsicher-ambivalente Bindung

An diese Erkenntnisse anknüpfend, untersuchten Wartner, Grossmann, Fremmer-Bombik und Suess (1994) in einer Längsschnittstudie Kinder im Alter von fünf Jahren auf ihre Problemlösefähigkeiten in Abhängigkeit von ihren Bindungsrepräsentanzen. Sie konnten zeigen, dass die sicher gebundenen Kinder geringere Verhaltensprobleme und bessere Problemlösefähigkeiten aufwiesen als die unsicher gebundenen.

Cohn (1990) stellte über soziometrische Erhebungen bei unsicher gebundenen Jungen im Alter von sechs Jahren eine geringere soziale Beliebtheit und eine von Altersgenossen wahrgenommene höhere Aggressionsbereitschaft fest.

Das Bindungskonzept liefert damit wichtige Beiträge zum Verständnis des Copingverhaltens von Jugendlichen und kann ein Mosaiksteinchen für die Suche nach

¹¹ Schnyder, Sauvant, 1996, S.27-43

¹² Lohaus, 1990

Ursachen für Adoleszenzkrise sein, das durchaus therapeutische Relevanz besitzen kann.

Als weiteres Konzept zur Betrachtung von Belastungen und Bewältigung in der Adoleszenz hat sich das der Entwicklungsaufgaben bewährt. Seiffge-Krenke (1994) hat aufgezeigt, dass das Ausmaß der Problembelastung und die Wahl der Bewältigungsstrategien eng zusammenhängen. Jugendliche, die als hoch problembelastet klassifiziert wurden, zeigten ein wenig effektives Bewältigungsverhalten, woraus Seiffge-Krenke schloss, dass eine Überlastung mit Problemen eher zum Rückzug und zur Meidung aktiver Problembewältigung führt. Durch diesen Mechanismus setzt sich eine Abwärtsspirale in Gang, indem die vorhandenen Probleme nicht effektiv gelöst werden können und dadurch neue Belastungen für den Jugendlichen hinzukommen.

Diese Beobachtungen werden durch Bodenmann¹³ gestützt, der von einer beeinträchtigten psychischen und physischen Verfassung von Probanden berichtet, die einer Stresskumulation durch das Zusammenwirken von täglichen Mikrostressoren bei gleichzeitigem Vorliegen einer Belastung aufgrund von Makrostressoren (z.B. Adoleszenz oder andere Entwicklungsaufgaben, kritisches Lebensereignis) ausgesetzt sind. Auch die Ergebnisse unserer Studie belegen diese These (siehe Kapitel 3.5.1 und 3.5.3).

Larisch und Lohaus¹⁴ leiten daraus die Forderung ab, entweder bereits primärpräventiv zu intervenieren, d.h. bereits im Kindesalter effektive Bewältigungsstrategien aufzubauen. Oder aber, vor allem bei stark belasteten Jugendlichen, korrigierende und modifizierende Interventionen therapeutisch anzubieten.

Selbstverständlich hat eine Adoleszenzkrise sehr viele und unterschiedliche Gründe, die im einzelnen schwer zu isolieren und auszumachen sind. Mit dieser Arbeit wollen wir uns dem Thema weiter annähern und einen Beitrag zum Verständnis von Kindern bzw. Jugendlichen in Krisensituationen leisten.

¹³ in: Tesch-Römer et al (1997)

¹⁴ in: Tesch-Römer et al (1997)

1.3 Krisenintervention in der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik Tübingen

Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Psychiatrischen Universitätsklinik in Tübingen gliedert sich in einen stationären und einen ambulanten Bereich. Der stationäre Teil besteht aus drei Stationen mit jeweils 8 regulären Therapieplätzen. Zusätzlich ist auf jeder Station ein Platz für Krisenpatienten vorhanden. Zwei Stationen sind für Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren, die dritte ist für Kinder bis 14 Jahre, wobei selten Kinder aufgenommen werden, die jünger als 8 oder 9 Jahre alt sind. Entscheidend für die Aufnahme auf eine Station ist jedoch nicht immer das biologische Alter, sondern der tatsächliche Entwicklungsstand des Patienten.

Für jede Station ist neben den Stationsmitarbeitern ein Psychologe und ein Arzt verantwortlich. In der Ambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie sind derzeit 3 Psychologen und 4 Ärzte tätig. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen hat eine Notfallverpflichtung für die Landkreise Tübingen, Reutlingen, Zollernalbkreis und Teile des Landkreises Esslingen. Dieses Gebiet umfasst eine Einwohnerzahl von ca. einer Million Menschen.

Die Krisenpatienten, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vorstellig werden, kommen meistens auf Betreiben von Hausärzten, Beratungsstellen, niedergelassenen Psychiatern oder Psychologen oder anderer Kliniken. Die Vorstellung aus eigenem Antrieb oder durch die Eltern kommt eher selten vor. Während der regulären Dienstzeiten ist ein diensthabender Arzt oder Psychologe für das Krisenmanagement in Absprache mit dem zuständigen Oberarzt verantwortlich. Die Patienten, die nach Dienstzeit oder am Wochenende kommen, werden durch den Hintergrunddienst, der von den 3 Oberärzten geleistet wird, aufgenommen.

1.3.1 Der Konsiliardienst

Durch Ärzte der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen werden Patienten konsiliarisch betreut, die z.B. nach einem Suizidversuch oder wegen lebensbedrohlicher Essstörungen in einer somatischen Klinik (Pädiatrie oder Innere Medizin) behandelt werden müssen.

1.3.2 Ambulante Krisenintervention

Da eine der Fragestellungen der vorliegenden Untersuchung die nach den Entscheidungskriterien für ambulante oder stationäre Krisenintervention war, wird darauf im Ergebnisteil eingegangen. An dieser Stelle werden die äußeren Rahmenbedingungen und allgemeine Vorgehensweisen der ambulanten Krisenintervention kurz beschrieben.

Im Vordergrund der ambulanten Krisenintervention steht zunächst die Frage nach der Akuität der Krise und den vorhandenen Ressourcen des Patienten und seines sozialen Umfeldes (Familie, Wohngruppe oder ähnliches) und gegebenenfalls die Abklärung der Suizidalität des Patienten. Die Grundlage für eine realistische Einschätzung der Suizidalität ist der Aufbau einer Beziehung zwischen dem behandelnden Arzt bzw. Psychologen und dem Krisenpatienten. Zur Herstellung einer solchen Beziehung kann es förderlich sein, wenn der betreuende Arzt oder Psychologe zunächst mit dem Patienten alleine Kontakt aufnehmen kann, ohne dass Eltern oder andere Begleitpersonen, die ja häufig in den Konflikt involviert sind, anwesend sind.

Die ambulante Krisenintervention umfasst selten nur eine Sitzung, meistens sind es zwei, manchmal auch drei oder mehr. Der Übergang in eine dauerhafte ambulante Therapie ist, zumal wenn sie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie begonnen wird, häufig fließend.

Die Dauer einer ambulanten Krisenaufnahme ist ähnlich wie die einer regulären Erstvorstellung. Sie ist natürlich abhängig von der Verfassung des Patienten, der Anzahl der miteinbezogenen Personen (Eltern, Wohngruppe etc.) und der Tages- bzw. Nachtzeit. Für die Krisenintervention ist die genaue Beobachtung und richtige Einschätzung der Interaktion zwischen den beteiligten Personen wichtig, weil somit abgeschätzt werden kann, wo Ressourcen vorhanden sind und ob diese für ein ambulantes Setting ausreichend sind.

Der akute Zustand des Krisenpatienten und das Offenliegen der Probleme und Konflikte des Patienten macht die ambulante Krisenintervention häufig zu einer spannungsgeladenen Situation, die oft durch extreme Agitiertheit, Unruhe oder offene Aggressivität des Patienten auch dem Arzt oder Psychologen gegenüber geprägt ist. Diese Ausnahmesituation verlangt von der behandelnden Person sehr viel Einfühlungsvermögen und Konzentration sowie Erfahrung und Gespür, um das

Verhalten des Patienten richtig einzuschätzen und die richtigen Entscheidungen für das weitere Vorgehen zu treffen.

Zur Beruhigung und Lösung der inneren Spannung des Krisenpatienten, ist es wichtig, dass der Arzt oder Psychologe eine ruhige Atmosphäre zu schaffen vermag, jedoch gleichzeitig in starkem Maße lenkend und strukturierend einwirken kann. Dieses Vorgehen und schon der äußere Rahmen der Institution tragen zur emotionalen Entlastung der Krisenpatienten bei und können dadurch den Zugang zur Erarbeitung möglicher Lösungswege freimachen.

Über die Gespräche mit dem Patienten hinaus geht es in der ambulanten Krisenintervention darum, weitere Hilfsangebote (Therapie, Wohnortwechsel, stationärer Therapieplatz, usw.) aufzuzeigen und gegebenenfalls zu organisieren und koordinieren.

1.3.3 Stationäre Krisenintervention

Eine stationäre Aufnahme ist dann unumgänglich, wenn eine Selbst- oder Fremdgefährdung durch den Patienten nicht ausgeschlossen werden kann oder wenn das soziale Umfeld des Patienten mit der momentanen Situation überfordert ist. In seltenen Fällen, kann eine stationäre Aufnahme auch auf richterliche Anweisung hin stattfinden oder wenn die Eltern bzw. die sorgeberechtigte Person oder Institution nicht erreichbar sind (zum Beispiel bei nächtlichen Aufnahmen). Suizidale oder selbstverletzende Patienten bekommen eine sehr engmaschige Begleitung. Das heißt, es finden in regelmäßigen, kurzen Abständen Kontaktaufnahmen mit dem Patienten statt oder die Patienten werden dauerbegleitet.

Ebenso wie bei der ambulanten Krisenintervention ist es auch im stationären Setting wichtig, durch das Schaffen einer möglichst ruhigen und strukturierten Atmosphäre dem Patienten einen geschützten Rahmen zu bieten und zum Beispiel durch das Eingehen auf Grundbedürfnisse, wie Hunger und Durst, eine „normale“ Situation herzustellen, die den krisenhaften Ausnahmezustand entschärft und die emotionale Spannung nimmt (vergleiche dazu Günter, 1991).

Da bei der stationären Krisenintervention neben der Beziehung zum aufnehmenden Arzt oder Psychologen die Beziehung zu den Stationsmitarbeitern eine entscheidende Rolle

spielt, wird die entsprechende spätere Bezugsperson auf der Station mit in die Intervention einbezogen, sobald die stationäre Aufnahme feststeht.

Um den Ausnahmecharakter der Krisensituation zu unterstreichen und einer möglichen Regression des Patienten, die durch einen stationären Aufenthalt oft provoziert wird, oder zu starker Beziehungsknüpfung zu anderen Jugendlichen und zu Betreuungspersonen entgegenzuwirken, wird der Krisenpatient nur in begrenztem Umfang in den normalen Stationsalltag mit einbezogen und nimmt auch an den Gruppenaktivitäten und den regulären Therapieangeboten nicht teil. Dies ist auf der anderen Seite auch wichtig, um den Stationsalltag der anderen Jugendlichen nicht durcheinander zubringen und dadurch zu viel Unruhe zu stiften.

Zeigt der Krisenpatient trotz dieser Regelungen ein zu expansives Verhalten und drängt auf die Station, so wird er auf sein Zimmer begrenzt.

Eine weiteres Unterscheidungsmerkmal des Krisenpatienten vom regulären stationären Patient sind die häufigen Einzeltermine mit dem betreuenden Arzt oder Psychologen, die, je nach Anlass und Verfassung, bis zu mehrmals täglich sein können.

Darüber hinaus wird mit dem Patient von vornherein eine zeitliche Begrenzung für die Dauer der stationären Krisenintervention festgelegt. Diese dient allerdings hauptsächlich als Richtlinie und kann entsprechend der therapeutischen Notwendigkeit und dem Verlauf verändert werden und bedarf einer ständigen Überprüfung.. In manchen Fällen geht die stationäre Krisenintervention auch nahtlos in eine Kurz- oder Langzeitbehandlung auf der Station über.

Da die Idee, die hinter der stationären Krisenintervention steht, in erster Linie die ist, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, einen Platz zu haben, in dem er in seiner Krisensituation ernst genommen und gegebenenfalls vor sich oder anderen geschützt wird, dem Patienten also eine Art Auszeit und ein Schutzraum gegeben wird, sind in der Regel zumindest zu Beginn keine Außenkontakte vorgesehen. Das heißt, dass der Krisenpatient im Normalfall die Station nicht verlässt, keinen Besuch bekommen sollte und auch möglichst keine bzw. wenige Brief- oder Telefonkontakte haben sollte. In manchen Fällen wird jedoch, wenn es notwendig erscheint, diese Regelung gelockert. Dadurch wird dem Patienten ein konkreter und abstrakter Raum geschaffen, in dem eine

intensive Bearbeitung der inneren und äußeren Konflikte möglich wird (siehe dazu auch Günter et al, 1999 und Günter 1991).

Besteht die Gefahr, dass der Patient sich selbst oder andere verletzt, so werden er und seine Sachen bei Aufnahme und nach eventuellen Außenkontakten auf gefährdende Gegenstände hin untersucht.

Bei der stationären Krisenintervention steht also ein sehr restriktives Regime im Vordergrund, das sich aus den Gefahren (Selbst- bzw. Fremdgefährdung) und den Besonderheiten der Krisensituation herleitet.

Im Umgang mit dem Patienten kommt es dabei vor allem auf Transparenz an. Alle Maßnahmen werden dem Patienten mitgeteilt und mit ihm besprochen und es werden klare Zielvereinbarungen getroffen (bezüglich der Dauer, der Suizidalität, u.a.) an die sich sowohl der Patient als auch die Station bzw. der behandelnde Arzt oder Psychologe halten müssen. Diese, den Patienten einbeziehende und ihn mit in die Verantwortung stellende Vorgehensweise, wirkt einerseits dem regressiven Sog der Krisensituation und des stationären Aufenthalts entgegen und schafft andererseits Glaubhaftigkeit und Vertrauen zu den betreuenden Personen (siehe Günter et al., 1999).

Zum Verständnis des Patienten und seiner Probleme und zum Suchen möglicher Lösungswege sind die Besprechungen im Team (Mitarbeiter der Station, Arzt/Psychologe, Lehrer, Therapeuten, u.a.) über die psychopathologische und psychodynamische Einschätzung der Situation und des Umfeldes des Patienten und die Thematisierung der erlebten Gegenübertragungsphänomene sehr wichtig und sind daher wesentlicher und regelmäßiger Bestandteil des Krisenmanagements.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die eigentliche Aufgabe der Krisenintervention zunächst einmal darin besteht, die inneren und äußeren Rahmenbedingungen zu schaffen, die eine langfristige und produktive Bearbeitung der Probleme des Krisenpatienten möglich machen. Erst wenn die akute Notlage des Patienten beseitigt ist und er seine Konflikte nicht mehr über die massive Krisensymptomatik ausagieren muss, ist das Potential für eine Therapie frei. Das sehr rigide erscheinende Krisenmanagement ist also vor dem Hintergrund der Aufgaben zu sehen, die es erfüllen muss. Nämlich durch klare Strukturen dem Patienten und seinem Umfeld die Angst zu nehmen, auch die Angst

„verrückt“ zu sein und den Weg zu bereiten für ein wirksames Bearbeiten der tieferen Ursachen, die den Patienten in die Krise gebracht haben.

1.4 Intention der Arbeit

Mit der vorliegenden Arbeit wollten wir einen Beitrag zum Thema "Kriseninterventionen bei Kindern und Jugendlichen" leisten, das im Vergleich zum Erwachsenenbereich noch relativ wenig erforscht ist. Es war uns ferner ein Anliegen, darzustellen, wie die konkrete Arbeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen aussieht, die sich hinter dem abstrakten Begriff "Krisenintervention" verbirgt.

Wesentliche Parameter der Krisenintervention, wie sie in früheren Studien der Abteilung erarbeitet wurden¹⁵, wurden weiterentwickelt und in der hier vorliegenden Studie systematisch erhoben. Damit soll eine umfassende Darstellung des therapeutischen Vorgehens und psychosozialer Parameter ermöglicht werden. Darüber hinaus war eine wichtige Fragestellung aber auch die Herausarbeitung von Unterschieden zwischen ambulanten und stationären Kriseninterventionen, mit der Absicht, durch diese Darstellung auch dazu beitragen zu können, die Entscheidungsprozesse transparenter zu machen.

Schließlich war in Zeiten zunehmender ökonomischer Diskussion ein wichtiges Ziel, Anhaltspunkte zu liefern dafür, wie viel Aufwand bei Kriseninterventionen erforderlich ist und den klinischen Eindruck zu überprüfen, dass Kriseninterventionen unzureichend finanziert werden.

¹⁵ Günter,1991; Günter und Günter,1991; Günter et al.,1999

2 Material und Methodik

2.1 Allgemeines

“ Ich habe selber mehrere Jahre lang experimentelle Arbeit geleistet; durch meine intensive Beschäftigung mit Neurosen und Psychosen musste ich aber einsehen, dass - so wünschenswert quantitative Bestimmung ist - es ohne die qualitativ beschreibende Methode nicht geht. Die medizinische Psychologie hat erkannt, dass die entscheidenden Tatbestände außerordentlich kompliziert sind und nur durch kasuistische Beschreibung erfasst werden können. Diese Methode aber setzt Freiheit von theoretischer Voreingenommenheit voraus. Jede Naturwissenschaft ist da, wo sie nicht mehr experimentell vorgehen kann, beschreibend, ohne damit aufzuhören, wissenschaftlich zu sein. Eine Erfahrungswissenschaft aber macht sich selbst unmöglich, wenn sie ihr Arbeitsgebiet nach theoretischen Begriffen absteckt. Die Seele kommt nicht da zum Ende, wo die Reichweite einer physiologischen oder sonstigen Voraussetzung aufhört, das heißt wir haben in jedem einzelnen Falle, den wir wissenschaftlich betrachten, die Gesamterscheinung der Seele in Erwägung zu ziehen.”¹⁶

Dieser Feststellung C. G. Jungs folgend, wurde diese Untersuchung so ausgerichtet, dass die Auswertung mit den Mitteln der beschreibenden Statistik durchgeführt werden konnte, um einen möglichst reichhaltigen Überblick zu den Grundlagen und Inhalten der Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie vermitteln zu können.

An den Stellen, wo es mir interessant und wichtig erschien, habe ich Einzelfallbeschreibungen eingefügt.

¹⁶ C.G.Jung (1984); S.127

2.2 Beschreibung des gesamten Versuchspersonen-Kollektivs

Das gesamte Studienkollektiv umfasste alle Kinder und Jugendlichen bis 19 Jahre, die zwischen dem 1. September 1996 und dem 31. August 1997 im Rahmen einer Krisenintervention von Ärzten und/oder Psychologen der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universitätsklinik Tübingen stationär, ambulant oder konsiliarisch betreut wurden. Die konsiliarischen Betreuungen in anderen Kliniken wurden bei der Auswertung der Daten als ambulante Kriseninterventionen behandelt.

Die Größe des Versuchspersonen-Kollektivs wurde durch den Untersuchungszeitraum der Erhebung, der ein Jahr betrug, begrenzt. Wir wählten für diese Beobachtungsstudie den Erhebungszeitraum von einem Jahr, da Krisen im Kindes- und Jugendalter häufig mit bestimmten Ereignissen (Schuljahresende, Weihnachten oder ähnliches) verknüpft sind.

Bei einem Erhebungszeitraum von Juli 1996 bis August 1997 wäre beispielsweise die krisenreiche Schuljahresabschlusszeit zweimal in die Untersuchung eingegangen, was die Anzahl der Krisen und die Verteilung der krisenauslösenden Ereignisse statistisch verfälscht hätte.

Die Anzahl der Kriseninterventionen im obengenannten Zeitraum betrug 65. Die Anzahl der Patienten betrug 59. Diese Differenz kommt dadurch zustande, dass manche Patienten innerhalb des Erhebungszeitraumes mehr als einmal als Krisenpatienten aufgenommen wurden (zur genaueren Beschreibung dieser Untergruppe siehe Kapitel 2.2.1).

Zur Operationalisierung des unklaren Begriffs der "Krise" definierten wir alle die Patienten als "Krisenpatienten", welche als Notfall angemeldet wurden und innerhalb 24 Stunden einen Termin bekamen. Diese Definition erlaubte uns eine eindeutige Zuordnung der Patienten zum Untersuchungskollektiv, die frei war von individuell unterschiedlichen Auffassungen über die Kriterien, die an eine "Krise" zu stellen wären.

2.2.1 Einteilung des gesamten Studienkollektivs in die Untergruppen ambulante und stationäre Kriseninterventionen sowie Mehrfachaufnahmen

Das gesamte Kollektiv umfasste 59 Patienten, die im Erhebungszeitraum insgesamt 65 Kriseninterventionen benötigten. Diese setzten sich wie folgt zusammen:

Kriseninterventionen insgesamt	Kriseninterventionen ambulant	Kriseninterventionen stationär
65	39	26

Tabelle 1: Anzahl der Kriseninterventionen

Aus statistischen Gründen wurde die Gruppe von Patienten, die im Erhebungszeitraum mehr als einmal als Krisenpatienten aufgenommen wurden ("Mehrfachaufnahmen") nur bei speziellen Fragestellungen in die Auswertung mit einbezogen. Diese Gruppe von Patienten mit Mehrfachaufnahmen setzte sich folgendermaßen zusammen:

Anzahl der Patienten mit Mehrfachaufnahmen insgesamt	Anzahl der Patienten mit 2 Aufnahmen im Erhebungszeitraum	Anzahl der Patienten mit 3 Aufnahmen im Erhebungszeitraum
5	4	1

Tabelle 2: Aufteilung der Mehrfachaufnahmen

Die Daten der jeweils ersten Aufnahme dieser Patienten im Erhebungszeitraum wurden alle in die statistische Auswertung mit einbezogen.

Bei speziellen Fragestellungen, wie zum Beispiel die nach der für den Patienten aufgewendeten Zeit oder nach der Einschätzung des Schweregrades der aktuellen Symptomatik oder ähnlichen Variablen, die theoretisch bei jeder Aufnahme unterschiedlich sein konnten, wurden auch die Daten der zweiten und dritten Krisenintervention dieser Patienten verwendet. Diese Fragestellungen wurden mit der Untergruppe M durchgeführt, die alle 65 Kriseninterventionen im Erhebungszeitraum umfasst, also die Patienten mit Mehrfachaufnahmen mit einbezieht.

Bei der Berechnung des durchschnittlichen Patientenalters, der Religionszugehörigkeit, der Schulart und ähnlichen Fragestellungen würden allerdings die Daten der zweiten oder dritten Krisenintervention der oben genannten Patienten, die Häufigkeitsverteilungen verfälschen. Aus diesem Grund wurden sie bei derartigen Verteilungen herausgenommen. Diese Ergebnisse beziehen sich demnach entweder auf das gesamte Versuchspersonen-Kollektiv $P=59$, oder auf seine Untergruppen :

1. Untergruppe der ambulanten Krisenpatienten $A = 37$
2. Untergruppe der stationären Krisenpatienten $S = 22$

Tabelle 3 gibt einen Überblick über das gesamte Kollektiv und seine Untergruppen :

Gesamtes VPN-Kollektiv (Anzahl aller Patienten)	59
Untergruppe A (Anzahl der ambulanten Patienten)	37
Untergruppe S (Anzahl der stationären Patienten)	22
Untergruppe M (Anzahl aller Kriseninterventionen)	65
Untergruppe Ma (Anzahl aller amb. Kriseninterventionen)	39
Untergruppe Ms (Anzahl aller stat. Kriseninterventionen)	26

Tabelle 3: Das Versuchspersonen-Kollektiv und seine Untergruppen

Die Aufnahmebögen, das heißt die Erhebungsbögen, die der aufnehmende Arzt/Psychologe nach dem Erstkontakt mit dem Patienten ausfüllte, waren für stationäre und ambulante Patienten gleich, da die Entscheidung, ob die Krisenintervention ambulant stattfinden könne oder eine stationäre Aufnahme erforderlich wäre, erst nach diesem Aufnahmegespräch gefällt wurde.

Der Fragebogen, der nach Beendigung der Krisenintervention vom behandelnden Arzt/Psychologen ausgefüllt wurde, war für ambulante und stationäre Patienten unterschiedlich. Einige Fragen entsprechen sich zwar in den unterschiedlichen Fragebögen, jedoch beziehen sich manche Fragen speziell auf stationäre oder ambulante Gegebenheiten und sind daher nicht übertragbar.

Bei der Untergruppe S der stationären Krisenpatienten gibt es noch zusätzlich einen Bezugspersonen-Fragebogen, der die Einschätzungen der jeweiligen Betreuungsperson auf der Station bei Aufnahme und Entlassung dieser Patienten erfassen sollte (zum Begriff "Bezugsperson" siehe Kapitel zur Praxis der stationären Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen).

Welche Untergruppe für die einzelnen Fragestellungen herangezogen wurde, ist bei der Auswertung jeweils angegeben.

2.3 Erhebungsinstrumente

2.3.1 Entwicklung des Instruments

Bei der Auswahl und Erstellung des Instruments für diese Erhebung waren folgende Überlegungen und Kriterien ausschlaggebend:

- Vergleichbarkeit mit vorausgegangenen Studien
- Schaffung eines Datenpools junger Patienten in psychosozialen und/oder psychiatrischen Krisensituationen für nachfolgende Studien
- Anlehnung an vorhandene Erhebungsbögen zur Vermeidung von Unklarheiten auf Seite der ausfüllenden Personen
- Möglichst umfangreiche quantitative und qualitative Erfassung der Leistungen, die im Rahmen einer Krisenintervention von den Fachkräften erbracht werden

Um diese unterschiedlichen Anforderungen zu erfüllen, war für bestimmte Variablen eine Standardisierung notwendig, für andere Schwerpunkte legten wir Wert auf individuelle und umfassende Beurteilungen durch die ausfüllenden Fachkräfte.

Die Entwicklung des Erhebungsinstruments richtete sich daher nach dem standardisierten Aufnahmebogen der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen und beinhaltet zusätzlich eine Reihe offener Fragen und Analogskalen zur Einschätzung unterschiedlicher Variablen.

Um Vergleiche mit früheren Erhebungen zu diesem Thema (Günter und Günter 1991, Günter, 1999) ziehen zu können, orientierten wir uns an diesem Instrument.

Das gesamte Instrument setzt sich aus folgenden Fragebögen zusammen :

Erhebungsinstrument für die ambulanten Kriseninterventionen	Erhebungsinstrument für die stationären Kriseninterventionen
Aufnahmebogen	
	Aufnahmebogen für die Bezugsperson
Fragebogen nach Ende ambulanter Krisenintervention	Fragebogen nach Entlassung aus stationärer Krisenintervention
	Entlassungsbogen für die Bezugsperson

Tabelle 4 : Zusammensetzung des Erhebungsinstrumentariums

Hinsichtlich statistischer Erfordernisse fand eine Beratung bei der Erarbeitung der Fragebögen durch die Abteilung für Medizinische Dokumentation und Datenverarbeitung des Instituts für medizinische Biometrie der Universität Tübingen statt.

2.3.2 Durchführung der Befragung

Da einige Variablen sich auf die Einschätzung der Patienten durch den betreuenden Arzt/Psychologen bzw. durch die Bezugsperson zum Zeitpunkt der Aufnahme oder bei Entlassung beziehen, war es erforderlich, den entsprechenden Fragebogen möglichst genau zum Zeitpunkt der Aufnahme bzw. der Beendigung der Krisenintervention auszufüllen.

Für die korrekte zeitliche Ausgabe der Fragebögen sorgte die Ambulanzschwester der Kinder- und Jugendpsychiatrie, die alle Krisenpatienten, die tagsüber kamen, aufnahm und weiterleitete.

Für solche Patienten, die nachts oder am Wochenende aufgenommen werden mussten, bekamen die auszufüllenden Personen (Ärzte/Psychologen, Bezugspersonen) die

Fragebögen spätestens am darauffolgenden Werktag. Außerdem bekam jeder potentielle Ausfüller für derartige Fälle einige Fragebögen an die Hand, um eine zeitliche Verschiebung der Einschätzung des Patienten zu vermeiden.

Die Weiterleitung der Fragebögen an die Bezugsperson auf Station bei stationärer Krisenintervention erfolgte durch den aufnehmenden Arzt oder Psychologen.

2.3.3 Datenaufarbeitung

Die Entwicklung des Erhebungsinstruments wurde vor allem auf die spätere elektronische Datenauswertung ausgerichtet. Viele Fragen wurden daher mit vorgefertigten Antwortkategorien formuliert. Für abweichende Antworten und vor allem für offene Fragen wurden teilweise im voraus Codierungen vorgesehen.

Bei einer Anzahl offener Fragen und Kategorisierungen ergab sich die Codierung jedoch erst aus den gegebenen Antworten. Bei diesen Variablen ging es in der Fragestellung darum, die verschiedenen Möglichkeiten und Ausprägungen zu erfassen, weshalb die offenen Fragen für uns von großer Wichtigkeit waren. Es ging uns beispielsweise darum, was sich konkret hinter dem Begriff "familiäre Konfliktsituation" an Konflikten verbirgt und ähnliches.

Deshalb waren wir auf möglichst umfangreiche Beantwortung unserer Fragen angewiesen.

Die Daten, die ausgewertet wurden, sind durch das beschriebene Erhebungsinstrument gewonnen. Teilweise mussten fehlende Patientendaten aus den Krankenakten ergänzt werden.

Nach Abschluss der Untersuchung verschaffte ich mir zunächst durch Auswertungslisten, in welche die Antworten zu den einzelnen Fragen eingetragen wurden, einen Überblick und konnte daraufhin einzelne Klassen mit gleichen Antworten bilden und so weitestgehend auch für die offenen Fragen Codierungslisten erstellen und sie dadurch der elektronischen Datenverarbeitung zuführen.

2.4 Statistische Verfahren

2.4.1 Allgemeines

Die statistische Auswertung des Datenmaterials wurde mit quantitativen und qualitativen Methoden der deskriptiven Statistik durchgeführt. Zur Darstellung der Verteilung einzelner Variablen und der Beschreibung absoluter und relativer Häufigkeiten dienen Tabellen und Graphiken.

Um Aussagen über spezielle Eigenschaften der Merkmalsverteilungen zu machen, bedienen wir uns den Maßen der zentralen Tendenz (arithmetischer Mittelwert, Modalwert, Median).

Da die Werte der einzelnen Variablen teilweise sehr stark streuen, wurden in diesen Fällen zur Beschreibung der Ergebnisse die Dispersionsmaße (Variationsbreite, Interquartilbereich) mit herangezogen. Dies war vor allem bei den Analogskalen häufig der Fall.

2.4.2 Analogskalen

“Alle Wissenschaft jedoch ist Funktion der Seele, und alle Erkenntnis wurzelt in ihr. Sie ist das größte aller kosmischen Wunder und die *conditio sine qua non* der Welt als Objekt. Es ist im höchsten Grade merkwürdig, dass die abendländische Menschheit bis auf wenige verschwindende Ausnahmen diese Tatsache anscheinend so wenig würdigt. Vor lauter äußeren Erkenntnisobjekten trat das Subjekt aller Erkenntnis zeitweise bis zur scheinbaren Nichtexistenz in den Hintergrund.”¹⁷

In der Psychiatrie ist die Seele und Psyche des Menschen sowohl Objekt der Forschung als auch ist die Seele und Psyche des Forschenden als Subjekt ein wichtiger Faktor der Erkenntnisgewinnung. Dieser Faktor der Subjektivität, dem sonst in der Wissenschaft oft der Makel des Fehlerhaften anhängt, wird in der Psychologie und Psychiatrie ganz

¹⁷ C.G.Jung (1984); S.16

bewusst eingesetzt. Ein Beispiel hierfür sind die Gegenübertragungsphänomene in der Psychoanalyse.

Auf der Basis dieser theoretischen Überlegungen wollten wir auf die subjektiven Beobachtungen und Einschätzungen der Ärzte/Psychologen/Pflegekräfte nicht verzichten. Da sie in der Psychiatrie oft eine wesentliche Entscheidungsgrundlage darstellen und wir in unserer Erhebung auf mögliche Entscheidungsgrundlagen für die Wahl zwischen ambulanter oder stationärer Behandlung abzielten, enthielt das Erhebungsinstrument neben offenen und geschlossenen Fragen mit und ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten Analogskalen zur Einschätzung bestimmter Parameter (emotionale Schwingungsfähigkeit, Kooperationsbereitschaft, Distanzierung von einem begangenen Suizidversuch, etc.) durch die Ärzte/Psychologen und Bezugspersonen.

Diese Analogskalen sind Linien von genau 10 cm Länge mit jeweils einer Markierung am Anfang und am Ende, jedoch sonst ohne Unterteilungen, um Effekten, wie der Tendenz zur Mitte, vorzubeugen. Die Anfangs- und Endpole sind jeweils mit „sehr schlecht“ und „sehr gut“ oder „sehr leicht“ und „sehr stark“ beschriftet. Auf diesen Skalen sollten die Untersucher ihre persönliche Einschätzung zu der jeweiligen Fragestellung angeben. Die Werte wurden bei der Auswertung ausgemessen und in Zentimetern angegeben. Daraus ließen sich Mittelwert, Standardabweichung und andere Maße der beschreibenden Statistik berechnen und bewerten.

Zur Beurteilung der Ergebnisse der Analogskalen dienten der Median - über und unter diesem Zahlenwert liegen jeweils 50 % der Werte - , der arithmetische Mittelwert, die Standardabweichung als Maß für die Streubreite der Werte und der Interquartilbereich als der Wertebereich, in dem 50 % der ermittelten Ergebnisse liegen.

2.5 Kritik der Methodik

Die relativ große Anzahl an offenen Fragen, die jedoch für die Fragestellungen der Arbeit unverzichtbar waren, sorgten dafür, dass die Fragebögen recht umfangreich und einigermaßen zeitaufwendig bei der Beantwortung waren. Dadurch bekamen wir eine Fülle an interessanten Eindrücken und Informationen, deren komplette Darstellung den

Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätte, weswegen wir einige Ergebnisse nicht in die Arbeit aufgenommen haben. Andererseits bereitete der Umfang der Fragebögen den unter Zeitmangel leidenden Ärzten und Psychologen sowie dem Pflegepersonal häufig Schwierigkeiten. Aus diesem Grund mussten einige Informationen für die Auswertung im Nachhinein aus den Akten gewonnen werden. Zwei Kriseninterventionen gingen für unsere Studie verloren, da die Fragebögen gar nicht ausgefüllt wurden. Außerdem bildete die Befragung der Bezugspersonen auf Station ein organisatorisches Problem, dergestalt, dass die Fragebögen mitunter sehr spät oder gar nicht die Bezugsperson erreichten. Bei 8 der 26 stationären Kriseninterventionen, das entspricht 31 %, fehlten die kompletten Entlassungsfragebögen, bei einer stationären Krisenintervention fehlte der Entlassungsbogen der Bezugsperson.

Bei den ambulanten Fragebögen betrug der Rücklauf 100 %. Jedoch stellte es sich manchmal als schwierig heraus, den Zeitpunkt der Beendigung der Krisenintervention genau zu definieren, da diese häufig fließend in eine ambulante Psychotherapie übergehen.

Bei der Bewertung der Analogskalen muss betont werden, dass es sich bei diesen Werten um subjektive Einschätzungen der Ärzte und Psychologen bzw. der Bezugspersonen handelt. Es treten demnach interindividuelle Unterschiede der einzelnen Beurteiler auf. Es muss auch auf die Möglichkeit intraindividuelle Unterschiede in der Beurteilung hingewiesen werden, die durch die momentane Verfassung der einschätzenden Person und andere Faktoren beeinflusst werden.

Diese Einschränkungen waren uns jedoch bewusst und sogar erwünscht, denn es kommt ja in der klinischen Versorgung von Krisenpatienten tatsächlich häufig vor, dass die Person des Arztes/Psychologen/Betreuers und seine Erfahrung und subjektive Einschätzung des Patienten und seines Umfeldes entscheidend sind und viele Entscheidungen davon stark beeinflusst werden. Es war daher wesentlich, diese Faktoren zur Darstellung zu bringen.

3 Ergebnisse

3.1 Beschreibung des gesamten Studienkollektivs und der Untergruppen

Wie in Kapitel 2.2.1 beschrieben wurden die Analysen an dem gesamten Studienkollektiv und seinen Untergruppen durchgeführt. Ich werde sie an dieser Stelle nochmals genau definieren, um einen Überblick für die Auswertung zu schaffen.

Das gesamte Versuchspersonen-Kollektiv ($P = 59$) beinhaltet die Anzahl der im Untersuchungszeitraum erfassten Patienten. Dieses unterteilt sich in die Untergruppe der ambulanten Patienten ($A = 37$) und die der stationären Patienten ($S = 22$).

Bezogen auf die Anzahl der Kriseninterventionen im Erhebungszeitraum haben wir die Untergruppe ($M = 65$), die alle Kriseninterventionen des Erhebungszeitraumes umfasst

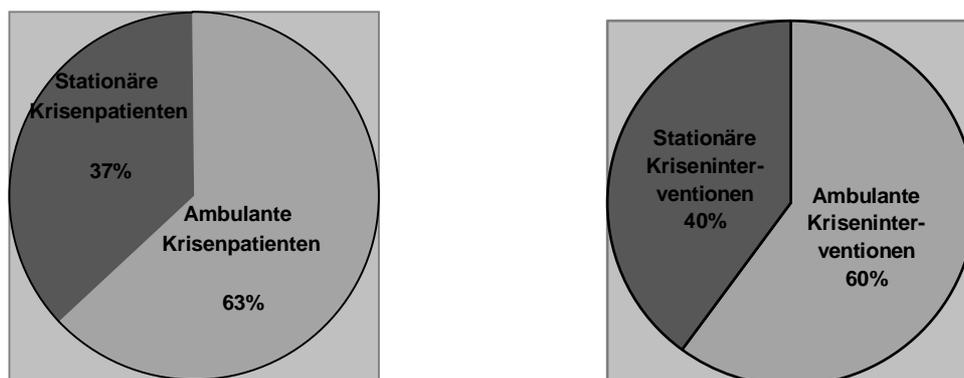


Diagramm 1 und 2: Veranschaulichung des Studienkollektivs

und ihre Untergruppen der ambulanten Kriseninterventionen ($Ma = 39$) und der stationären Kriseninterventionen ($Ms = 26$).

3.2 Basisdaten der Patienten

3.2.1 Alter und Geschlecht

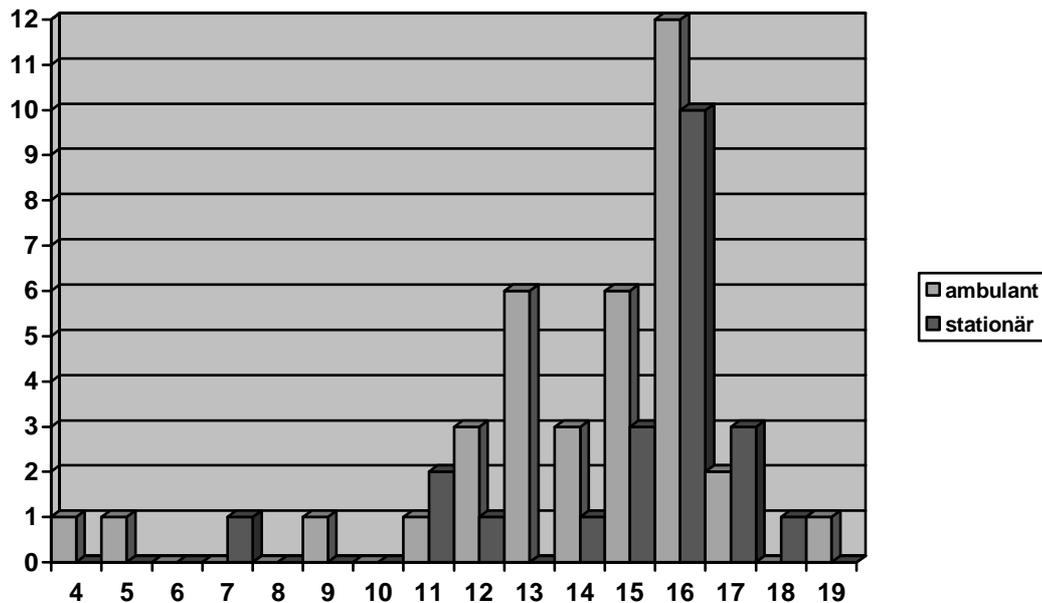


Diagramm 2: Altersverteilung der ambulanten und stationären Krisenpatienten

Diagramm 2 zeigt die Altersverteilung der Krisenpatienten beim ersten Kontakt mit dem Arzt oder Psychologen nach ambulanten und stationären Patienten getrennt. Es fällt auf, dass das mittlere Alter der stationären Krisenpatienten mit 14,8 Jahren ein halbes Jahr über dem der ambulanten Patienten mit 14,2 Jahren lag. Das mittlere Alter aller 59 Krisenpatienten war 14,4 Jahre. Vier der 59 Krisenpatienten waren unter 10 Jahre alt. Das Alter der übrigen Patienten lag zwischen 10 und 19 Jahren. Der Median liegt bei 15 Jahren. Die Patienten mit Mehrfachaufnahmen wurden nur einmal gewertet, da die Altersverteilung sonst verfälscht wäre.

Beschreibung der vier jüngeren Patienten :

- 1. Der jüngste Patient war ein 4 jähriger Junge, der bei schwieriger familiärer Situation mit der Diagnose "frühkindlicher Autismus" zur ambulanten Krisenintervention kam. Der Junge reagierte krisenhaft auf die Schwangerschaft der Mutter und die Eltern kamen aktuell, weil sie das Gefühl hatten, "der Junge werde verrückt".**
- 2. Ein 5 jähriger Junge, der mit der Diagnose „Aufmerksamkeitsstörung“ zur ambulanten Krisenintervention vorgestellt wurde. Der Anlass zur Krise war die Verletzung eines anderen Kindes mit einem Taschenmesser durch den Patienten.**
- 3. Ein 7 jähriges Mädchen, das mit länger bekannter schwerer Konversionsstörung mit Lähmungen, Schluckbeschwerden und Sprechstörungen zur stationären Krisenintervention aufgenommen werden musste. Als aktueller Krisenanlass bestand eine Trinkverweigerung.**
- 4. Ein 9 jähriges Mädchen, das nach einem Suizidversuch ambulant betreut wurde.**

Altersverteilung nach Geschlechtern getrennt :

Das durchschnittliche Alter der Mädchen entsprach mit 14,4 Jahren in etwa dem der Jungen mit 14,5 Jahren.

Geschlechterverteilung

Betrachtet man die Geschlechterverteilung der Kriseninterventionspatienten nach ambulanten und stationären Kriseninterventionen getrennt, so zeigt sich ein deutliches Überwiegen der Mädchen bei den stationären Kriseninterventionen. Aus Diagramm 20 geht hervor, dass bei 77 % der Mädchen aber nur bei 23 % der Jungen Suizidalität zur Krisenintervention geführt hat. Da nicht auszuschließende Suizidalität ein wichtiges Kriterium für eine stationäre Krisenaufnahme ist, und tatsächlich die suizidalen Krisen den größten Anteil der stationären Kriseninterventionen ausmachen, ist das eine Erklärung für den großen Anteil an Mädchen bei den stationären Kriseninterventionen.

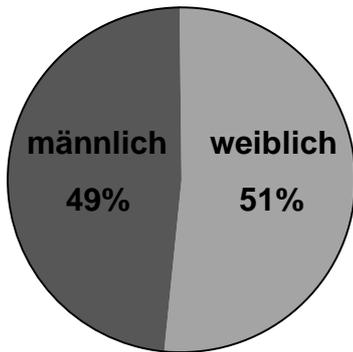


Diagramm 4: Geschlechterverteilung bei ambulanten Kriseninterventionen

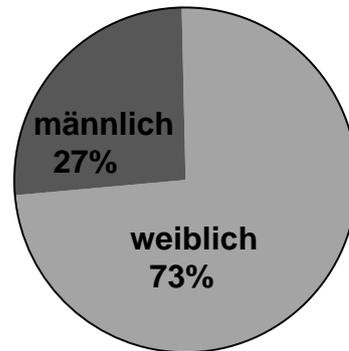


Diagramm 3 : Geschlechterverteilung bei stationären Kriseninterventionen

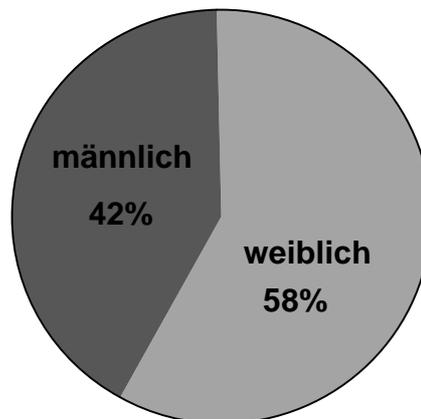


Diagramm 5 : Geschlechterverteilung der gesamten Kriseninterventionen

Nationalität der Krisenpatienten

In Klammern steht die Anzahl der Patienten

deutsch	serbisch-bosnisch	türkisch	pakistانیsch	portugiesisch	rumänisch	russisch	irisch
81,4 % (48)	5 % (3)	5 % (3)	1,7 % (1)	(1)	(1)	(1)	(1)

Tabelle 5 : Nationalitäten der Krisenpatienten

Der Anteil der Patienten ohne deutsche Staatsbürgerschaft betrug damit insgesamt 18,6 %. Bis auf einen Patienten, der sich nur kurzfristig wegen einer Operation in Deutschland befand, lebten diese Patienten jedoch alle schon längere Zeit in Deutschland und sind teilweise auch hier geboren worden.

3.3 Daten zur Vorgeschichte der Patienten

Die Auswertung von Suizidversuchen in der Vorgeschichte findet sich in Kapitel 3.8.

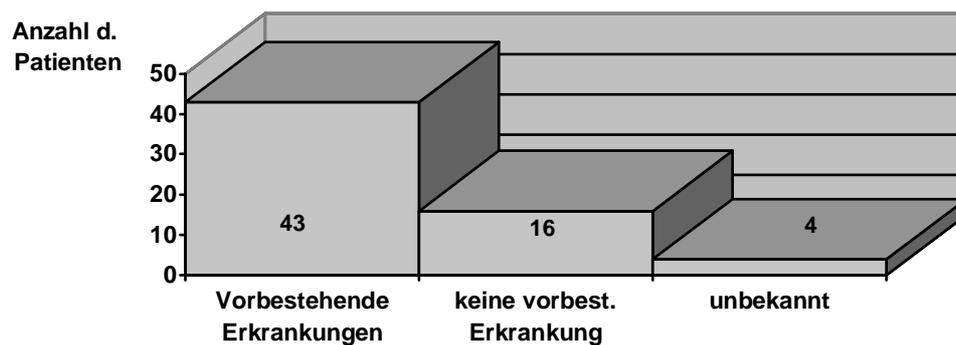


Diagramm 6 : Vorbestehende Erkrankung der Krisenpatienten

3.3.1 Vorbestehende psychische oder somatische Erkrankungen

Bei 39 der 59 Krisenpatienten, das entspricht einem Anteil von 66 %, wurden vom Untersucher eine vorbestehende psychische Problematik angegeben. 4 Patienten hatten eine vorbestehende somatische Erkrankung, die einen mittelbaren oder unmittelbaren Grund für die psychische Problematik darstellten. Bei 27,1% der Krisenpatienten wurde keines von beidem beschrieben und bei 6,8% war nichts über vorbestehende Probleme bekannt. Von den sechs Patienten, die mehr als eine Krisenintervention im Erhebungszeitraum benötigten, wurde bei fünf ein vorbestehendes Problem angegeben.

Tabelle 6 zeigt die Verteilung der vorbestehenden Belastungen, die bei 43 der 59 Patienten vom aufnehmenden Arzt oder Psychologen angegeben worden waren. Mehrfachnennungen waren möglich.

Tabelle 6 zeigt die ausführliche Aufzählung der einzelnen Diagnosen. Zur besseren Übersicht und um eindeutiger Aussagen über Häufigkeiten machen zu können, sind die einzelnen Diagnosen in Tabelle 7, soweit dies möglich war, nach der ICD-10-Klassifikation zusammengefasst.

Wie bei den Einweisungsdiagnosen(siehe Kapitel 3.6.2) gibt es auch hier einige Patienten mit mehr als einer Diagnose, bei 4 Patienten waren über die Art der vorbestehenden Problematik keine Angaben gemacht worden.

Vorbestehende Problematik	Anteil in Prozent von N=59	Anzahl der Patienten
Chronische Suizidalität	1,7 %	1
Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen / Suchtgefährdung	5,1 %	3
Schizophrenie / Psychose	5,1 %	3
Depressivität	6,8 %	4
Zwangsstörung	1,7 %	1
Dissoziative Störung / Konversionsstörung /	3,4 %	2
Andere neurotische Störungen	3,4 %	2
Essstörung (Anorexie, Bulimie)	5,1 %	3
Borderline-Störung	5,1 %	3
Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1,7 %	1
Intelligenzminderung / Minderbegabung mit und ohne Verhaltensstörung	1,7 %	1
Autismus / autistisches Syndrom	5,1 %	3
Andere Entwicklungsstörungen	3,4 %	2
Aufmerksamkeitsstörung	3,4 %	2
Aggressivität / Dissozialität	5,1 %	3
Störungen des Sozialverhaltens und / oder der Emotionen	10,2 %	6
Mutismus	1,7 %	1
Organische Erkrankung ^{*)}	6,8 %	4
Misshandlung / Missbrauch	1,7 %	1

Tabelle 6 : Aufzählung der vorbestehenden Probleme

^{*)} Beschreibung der 4 Patienten mit organischen Erkrankungen als chronische Belastungsfaktoren :

1. Eine 16 jährige Patientin mit Morbus Hodgkin, die im Rahmen der stationären Chemotherapie eine akute psychotische Störung entwickelte.
2. Eine ebenfalls 16 jährige Patientin, die unter einer angeborenen Hornhauterkrankung mit erheblicher Sehminderung leidet.
3. Ein 15 jähriger Patient mit Z.n. kraniofazialer OP im Säuglingsalter und Z.n. Nephrektomie (Gründe unbekannt).
4. Eine 16 jährige Patientin mit rezidivierenden Absencen als Ausdruck einer chronischen zerebralen Anfallserkrankung.

Zusammenfassung der Diagnosen der vorbestehenden Probleme nach ICD-10

Diagnosen nach ICD-10	Anteil in Prozent von N=59	Anzahl der
F1 Störungen durch psychotrope Substanzen	5,1 %	3
F2 Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	5,1 %	3
F3 Affektive Störungen	6,8 %	4
F4 Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	6,8 %	4
F5 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	6,8 %	4
F6 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6,8 %	4
F7 Intelligenzminderung	1,7 %	1
F8 Entwicklungsstörungen	10,2 %	6
F9 Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	18,6 %	11
Chronische Suizidalität	1,7 %	1
Missbrauch/Misshandlung	1,7 %	1
Organische Erkrankungen	6,8 %	4

Tabelle 7 : Diagnosen der vorbestehenden Probleme nach ICD-10-Klassifikation

Als häufigste Diagnose einer vorbestehenden Problematik der Krisenpatienten wurde eine Diagnose aus dem Abschnitt F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen) der ICD-10-Klassifikation von den Untersuchern angegeben.

Wie die ausführliche Tabelle der vorbestehenden Probleme zeigt, war es aus dieser Gruppe (F9) am häufigsten die Diagnose : "Störungen des Sozialverhaltens und/oder der Emotionen", die gestellt wurde.

3.3.2 Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Maßnahmen

Mit der Frage nach früheren psychiatrischen oder psychotherapeutischen Maßnahmen wollten wir erfahren, ob Kriseninterventionen im Kindes- und Jugendalter einmalige Ereignisse sind oder ob sie häufiger nur eine Zuspitzung einer vorhandenen psychischen Instabilität darstellen. Bei Patienten, die schon früher in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren, ist anzunehmen, dass solch eine längerfristige

Instabilität vorhanden ist, in deren Kontext die aktuelle Krisenintervention zu sehen ist. Es ist jedoch zu bedenken, dass bei noch nie zuvor psychologisch oder psychiatrisch betreuten Patienten ebenso eine psychische Instabilität vorliegen kann.

Psychiatrische oder psychologische Vorbehandlung	Anzahl der Patienten (N = 59)	Anteil in Prozent
Patienten, die noch nie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren	26	44,1 %
Patienten, die bereits in der KJP-Tübingen waren	12	20,3 %
Patienten, die bereits bei einem niedergelassenen Psychiater waren	7	11,9 %
Patienten, die bereits bei einem niedergelassenen Psychologen waren	5	8,5 %
Patienten, die bereits in einer anderen psychiatrischen Klinik waren	6	10,2 %
Patienten, die bereits in einer psychologischen Beratungsstelle waren	1	1,7 %
Patienten, bei denen nichts über die Vorbehandlung bekannt war	2	3,4 %

Tabelle 8 : Frühere psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung

Die Tabelle zeigt, dass über die Hälfte der Krisenpatienten schon einmal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren, ungefähr 30 % sogar schon ambulant oder stationär in einer psychiatrischen Klinik , davon 2/3 in der KJP-Tübingen.

3.3.3 Medikamenteneinnahme vor der Krisenintervention

Von den 59 Krisenpatienten nahmen 12 (20,3 %) schon vor der Aufnahme zur Krisenintervention psychisch wirksame Medikamente ein. Davon nahmen

- 10 Patienten 1 Medikament
- 1 Patient 2 Medikamente
- 1 Patient 3 Medikamente

Der Patient, der 3 Medikamente einnahm, bekam die Kombination von Haldol, Akineton und Neurocil. 5 Patienten wurden mit einem niederpotenten Neuroleptikum (Truxal,

Dipiperon, Neurocil) behandelt. Von 4 Patienten wurde vor der Krisenintervention ein mittelpotentes Neuroleptikum (Taxilan) eingenommen. Ein Patient wurde wegen einer hyperkinetischen Störung mit Captagon (indirektes zentrales Sympathomimetikum) und ein anderer mit Anafranil (trizyklisches Antidepressivum) behandelt, bevor sie zur Krisenintervention kamen.

3.3.4 Krisenauslöser

Mit Krisenauslöser ist dasjenige Ereignis gemeint, das sozusagen „das Fass zum Überlaufen“ gebracht hat. Die Situation, die der Patient oder seine Angehörigen als das Ereignis erlebten, das die Krise ausgelöst hat. Dieser Auslöser ist von der bzw. den Ursache/n der Krise zu unterscheiden, die sich viel komplexer darstellen.

Der Untersucher sollte dieses Ereignis oder diese Ereignisse im Fragebogen stichwortartig festhalten. Die angegebenen Ereignisse ließen sich vier Bereichen zuordnen :

- 1. Familie**
- 2. Schule**
- 3. Freundeskreis**
- 4. Eigene Person**

Bei 23 der 65 Kriseninterventionen konnten die Patienten oder Angehörigen im Erstgespräch kein auslösendes Ereignis benennen.

Tabelle 9 zeigt die in die oben aufgeführten Bereiche einzuordnenden Ereignisse. Mehrfachnennungen waren möglich.

Krisenauslöser	Anzahl der Patienten, die diesen angaben	Anteil in Prozent von N=65
Nicht benennbar	23	35,4 %
Streit mit Eltern oder Geschwistern	14	21,5 %
Kürzlich vollzogene oder bevorstehende Trennung von den Eltern oder einer wichtigen Bezugsperson	6	9,2 %
Schulische Probleme	9	13,8 %
Überlastung	5	7,7 %
Probleme mit Freunden oder dem Partner/ Beziehungsende	8	12,3 %
Belastung durch psych. oder körperl. Erkrankung	5	7,7 %
Eigenmächtiges Absetzen von Psychopharmaka	1	1,5 %
Vorübergehende oder endgültige Entlassung aus stationärer Therapie	6	9,2 %

Tabelle 9 : Krisenauslöser

3.3.5 Zeitliche Entwicklung der Symptomatik

Der Begriff „Krisenintervention“ weist zwar auf ein akutes Geschehen hin, wie lange der krisenhafte Zustand jedoch im Einzelfall schon bestand, war unterschiedlich. Daher richtete sich die folgende Frage nach der zeitlichen Entwicklung der Krisensymptomatik. Die Angaben beziehen sich auf die Aussagen der Eltern oder sonstiger Begleitpersonen oder der Patienten selbst.

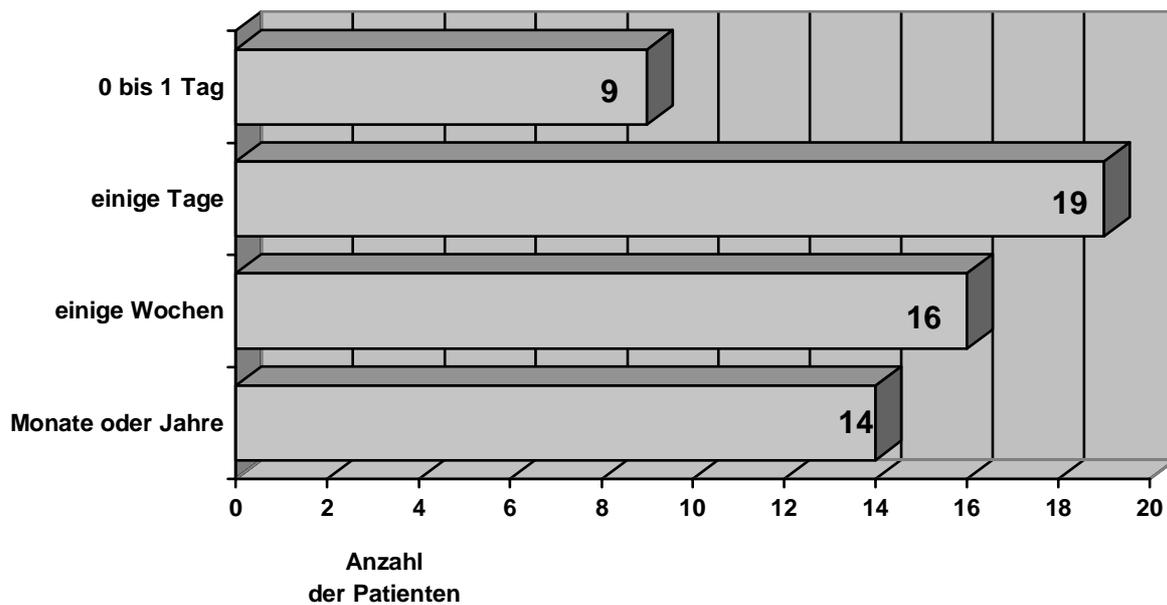


Diagramm 7 : Seit wann die Krisensymptomatik besteht

In Prozentwerten ausgedrückt heißt das, dass bei 48 % der Patienten, aus Sicht der Betroffenen, die Symptomatik, welche zur Krisenintervention geführt hat, lediglich seit ein paar Tagen besteht. Bei 52 % der Patienten hingegen ist der Krisenzustand schon seit Wochen oder gar chronisch vorhanden. Wenn man die ersten beiden Gruppen als akute Patienten ansieht, deren kritischer Zustand sich erst einige Tage vor Aufnahme entwickelte, im Gegensatz zu den letzten beiden Gruppen, deren Symptomatik schon einige Zeit bestand, so zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Kriseninterventionen tatsächlich akute Ereignisse betreffen. Bei der anderen Hälfte der Krisenpatienten besteht die Symptomatik schon längere Zeit, bevor es zur eigentlichen Krise kommt.

3.4 Daten zu den Eltern

3.4.1 Erwerbstätigkeit der Eltern

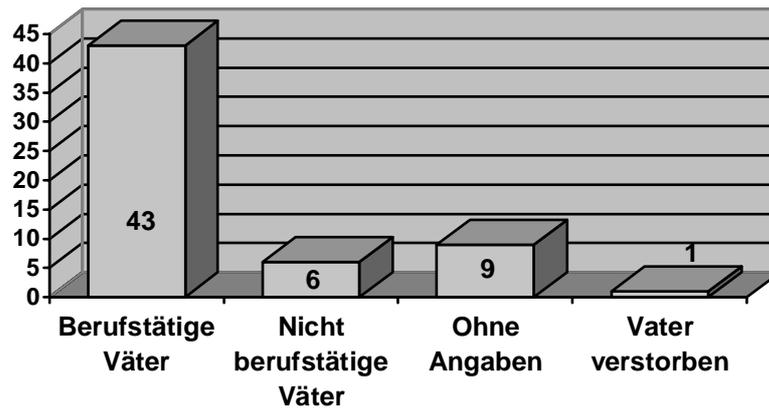


Diagramm 8: Erwerbstätigkeit der Väter

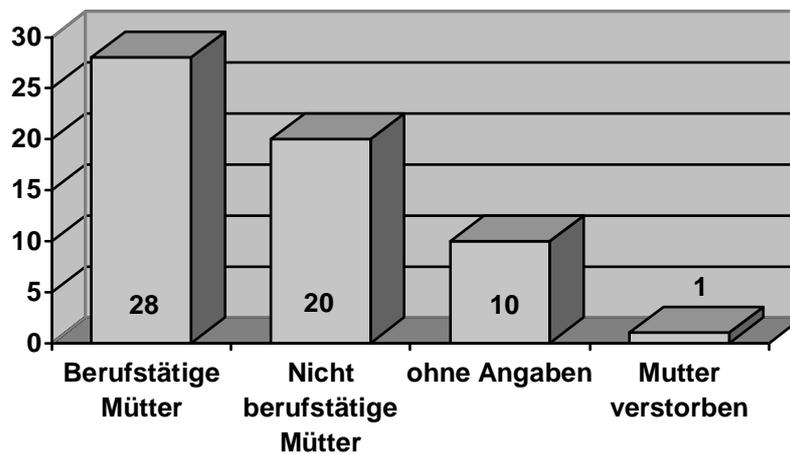


Diagramm 9: Erwerbstätigkeit der Mütter

Die Diagramme zeigen, dass 47,5 Prozent der Mütter der Krisenpatienten, also ungefähr die Hälfte, berufstätig waren. Von den Vätern der Krisenpatienten waren zum Zeitpunkt der Krisenaufnahme 72,9 % berufstätig und 10,2 % arbeitslos. Zwei Elternteile waren schon verstorben und bei 9 Vätern und 10 Müttern fehlten die Angaben zur Berufstätigkeit.

3.4.2 Beziehungsstatus der Eltern

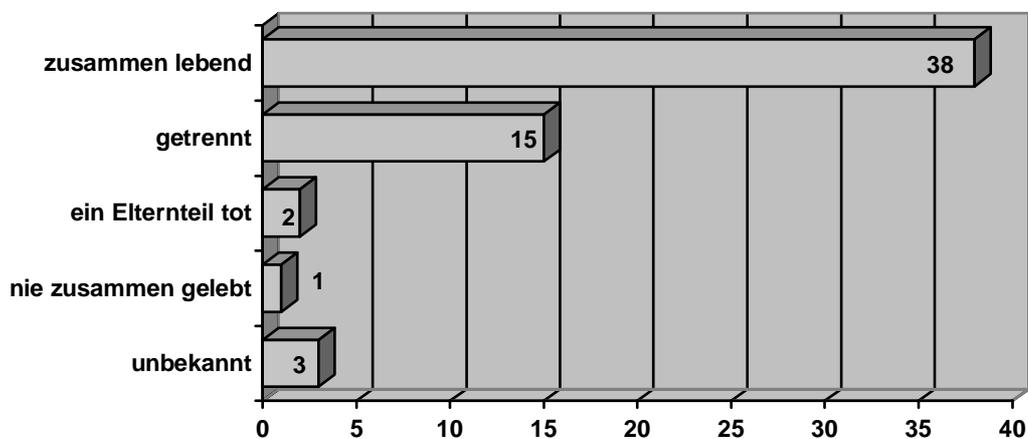


Diagramm 10 : Beziehungsstatus der Eltern

Die Angaben aus Diagramm 10 beziehen sich auf den Beziehungsstatus der leiblichen Eltern der Krisenpatienten. Bei den meisten Krisenpatienten (64,4 %) lebten die Eltern demnach zusammen und $\frac{1}{4}$ der Krisenpatienten kamen aus einer sogenannten „broken-home-Situation“. Selbstverständlich sagt dies nichts über die Qualität der Beziehung der Eltern und innerhalb der Familie aus (vergleiche dazu Tabelle 12 : Familiäre Konflikte und Tabelle 13 : Aufenthalt der Patienten vor der KIFehler! **Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**).

Untersucht man den Beziehungsstatus der Eltern nach ambulanten und stationären Krisenpatienten getrennt, so ergibt sich folgendes Bild:

70,3 % der Eltern der ambulanten Patienten leben zusammen, während bei den stationären nur **54,5 %** der Eltern gemeinsam leben.

Für die getrennt lebenden Eltern ergibt sich bei den ambulanten Krisenpatienten ein Anteil von **21,6 %** und bei den stationären von **31,8 %**.

Bei den restlichen Krisenpatienten war der Beziehungsstatus der Eltern unbekannt oder die Eltern verstorben.

3.4.3 Kooperation der Eltern

Einschätzung durch den Arzt oder Psychologen zu Beginn der Krisenintervention

Die Zusammenarbeit mit den Eltern wurde von den Ärzten/Psychologen ebenso wie die Kooperation mit den Patienten (siehe unten) überwiegend als gut beurteilt. Bei 7 Krisenpatienten bestand kein Kontakt zu den Eltern, diese wurden nicht in die Wertung einbezogen. Bei den Eltern, zu denen Kontakt bestand, gaben die Ärzte/Psychologen ihre Einschätzung von „sehr gut“ = 0 bis „sehr schlecht“ = 10 auf einer Analogskala an (zu Analogskalen siehe Kapitel 2.4.2). Für das gesamte Studienkollektiv lag der **durchschnittliche Wert** zu Beginn der Krisenintervention **bei 3,5**. Der **Median** betrug **2,9**. Bei Ende der Krisenintervention bewerteten die Ärzte/Psychologen die Kooperation der Eltern **im Durchschnitt** mit **2,8**, der **Median** betrug **2,4**.

Einschätzung der Kooperation der Eltern bei Beginn der Krisenintervention nach ambulanten und stationären Patienten getrennt

	Mittelwert	Standard-abweichung	Median	Interquartilbereich
Einschätzung durch den Arzt/Psychologen (ambulant)	2,7	1,8	2,6	1,4-3,4
Einschätzung durch den Arzt/Psychologen (stationär)	4,8	2,4	5,2	2,7-6,6
Einschätzung durch die Bezugsperson	3,7	3,7	3,4	0-7,7

Tabelle 10 : Kooperation der Eltern zu Beginn der KI

Einschätzung der Kooperation der Eltern bei Beendigung der Krisenintervention nach ambulanten und stationären Patienten getrennt

	Mittelwert	Standard-abweichung	Median	Interquartilbereich
Einschätzung durch den Arzt/Psychologen (ambulant)	2,1	1,3	2,0	0,9-2,7
Einschätzung durch den Arzt/Psychologen (stationär)	4,0	2,6	3,4	1,9-5,8
Einschätzung durch die Bezugsperson	4,3	2,5	4,0	2,0-5,4

Tabelle 11 : Kooperation der Eltern am Ende der KI

Die Tabellen zur Kooperation der Eltern zeigen, dass die Kooperation mit den Eltern der Patienten, die stationär aufgenommen werden mussten, schlechter war als die Kooperation mit den Eltern von Krisenpatienten, die ambulant betreut wurden. Ebenso zeigen die Tabellen, dass sich die Zusammenarbeit mit den Eltern aus Sicht der Ärzte und Psychologen sowohl bei ambulanten als auch bei stationären Patienten im Verlauf der Krisenintervention verbessert hat, während die Bezugspersonen bei den stationären Kriseninterventionen die Kooperation mit den Eltern am Ende der Krisenintervention schlechter einschätzten als zu Beginn..

3.5 Daten zur Familie der Patienten

3.5.1 Familiäre Konflikt-Situation

Nachdem sich in vorhergehenden Studien (Günter und Günter et al., siehe dazu Klosinski 1997, S.165) familiäre Konfliktsituationen als sehr zentral erwiesen hatten, haben wir diese in unseren Fragebogen aufgenommen. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass in der Kürze der Zeit, bei Abbruch der Krisenintervention oder bei fehlendem Kontakt zu den Eltern die Einschätzung erschwert war.

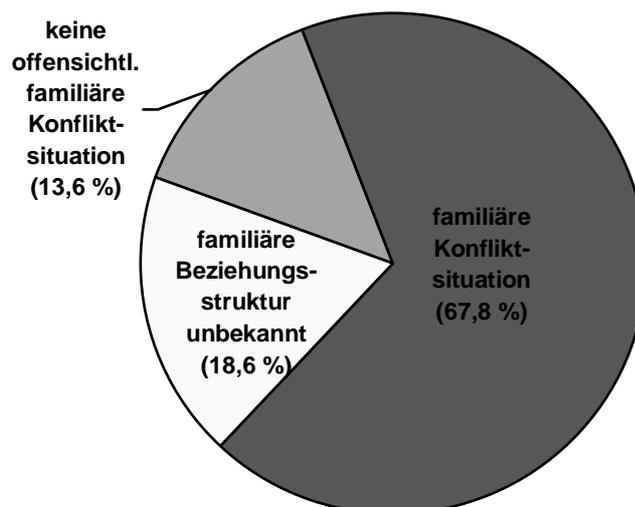


Diagramm 11 : Häufigkeit familiärer Konflikte

3.5.2 Arten des familiären Konfliktes

Die Erfassung dieses Items erfolgte anhand einer offenen Frage, da eine familiäre Konfliktsituation unterschiedlichster Art sein kann und bezüglich der uns interessierenden Qualität eines familiären Konfliktes sich keine Klassifikation anbot.

Für die Fälle, bei denen ein umfassender Eindruck von den familiären Strukturen und Beziehungen gewonnen werden konnte, ließen sich aufgrund der Beantwortung dieser Frage bei der Auswertung fünf unterschiedliche Arten an familiären Konflikten, die gehäuft auftraten, zusammenfassen :

- 1. Mangelnde Fähigkeit der Eltern zum Loslassen des Kindes/Jugendlichen und eine daraus resultierende heftige Ablösungsproblematik . Oder Überbehütung des Kindes.**
- 2. Vernachlässigung oder Ablehnung des Patienten durch seine Eltern oder sonstige Bezugspersonen.**
- 3. Ein länger andauernder und die familiären Beziehungen beeinträchtigender Ehekonflikt der Eltern.**
- 4. Der Patient bedroht (durch physische Gewalt) oder tyrannisiert (durch psychische Gewalt) die Familie.**
- 5. Körperliche Bedrohung des Patienten durch die Eltern bzw. Familie.**

Nicht näher bezeichnete, nicht gehäuft auftretende oder von den ausfüllenden Personen zu allgemein formulierte familiäre Konfliktsituationen wurden aus statistischen Gründen nicht gesondert klassifiziert und sind nur quantitativ und nicht qualitativ erfasst.

Unter diese Gruppe fallen z.B. Mutter-Tochter-Konflikt, Geschwisterrivalität, erzieherische Insuffizienz der Eltern, Ambivalenz der Eltern oder Überforderung der Eltern.

Diagramm 11 zeigt anschaulich, dass die Mehrzahl der Familien, aus denen die Krisenpatienten kommen, mit Beziehungs- oder anderen Konflikten beladen waren. Tabelle 12 zeigt die Häufigkeiten, mit denen die verschiedenen Konfliktarten aufgetreten sind.

Häufigkeitsverteilung der familiären Konfliktarten. Mehrfachnennungen waren möglich:

Art des Konflikts	Anteil in Prozent von den 40 KI mit einem familiären Konflikt. In Klammern: die Anzahl der Patienten
Ablösungsproblematik/ Eltern können nicht loslassen/ Überbehütung	42,5 % (17)
Vernachlässigung oder Ablehnung des Patienten durch Eltern bzw. Familie	30 % (12)
Ehekonflikt der Eltern	20 % (8)
Patient bedroht (körperl. Gewalt) oder tyrannisiert (psychische Gewalt) die Familie	15 % (6)
Nicht näher bezeichneter fam. Konflikt	12,5 % (5)
Körperliche Bedrohung des Patienten durch Eltern bzw. Familie	7,5 % (3)

Tabelle 12 : Familiäre Konflikte

Da sich familiäre Konfliktsituationen meistens nicht auf einen Bereich beschränken, waren hier Mehrfachnennungen möglich. Bei 11 Krisenpatienten fanden sich zwei der in der Tabelle aufgeführten familiären Konfliktarten, die dann beide in die Auswertung eingingen.

3.5.3 Familiäre Vorbelastungen

Bei 54 % (32) der Patienten konnten in der Familienanamnese Auffälligkeiten wie Alkoholismus, psychische Erkrankungen und ähnliches erhoben werden. Hier muss jedoch eine noch höhere Dunkelziffer angenommen werden.

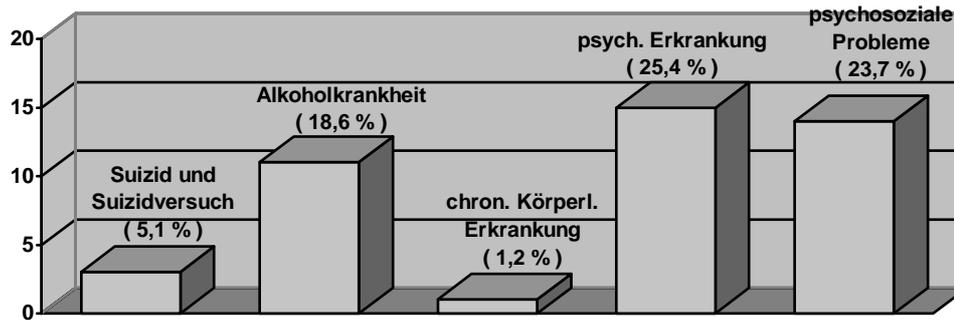


Diagramm 12 : Familiäre Vorbelastungen

Bei 1/4 (25,4 %) aller Patienten (N=59) fanden sich in der Familienanamnese psychische Erkrankungen. Bei 18,6% der Patienten war mindestens ein Elternteil alkoholkrank und 23,7 % der Familien der Krisenpatienten waren mit psychosozialen Problemen belastet. Die drei Patienten, von denen ein Familienangehöriger Suizid oder einen Suizidversuch begangen hatte, machen einen Anteil von 5,1 % aus.

3.5.4 Aufenthalt vor der Krisenintervention

Untersuchung des gesamten Versuchspersonenkollektivs

In Tabelle 13 ist dargestellt, in welchem sozialen Kontext die Krisenpatienten zum Zeitpunkt des Beginns der Krisenintervention lebten.

Wohnort der Krisenpatienten vor der Krisenintervention	Anteil in Prozent von N=59 (Anzahl)
Patient lebte bei beiden leiblichen Eltern	50,8 % (30)
Patient lebte überwiegend oder ausschließlich bei der Mutter	20,3 % (12)
Patient lebte überwiegend oder ausschließlich bei dem Vater	3,4 % (2)
Patient lebte in einer Wohngruppe	15,3 % (9)
Patient lebte in einem Heim oder einer psych. Klinik	5,1 % (3)
Patient lebte bei Adoptiveltern	5,1 % (3)

Tabelle 13 : Aufenthalt der Patienten vor der KI

Ca. 56 % der Patienten lebten vor der Krisenintervention bei ihren beiden leiblichen oder bei Adoptiveltern. Ca. 24 % lebten bei nur einem Elternteil und ca. 20 % lebten in einem Heim oder einer Wohngruppe.

Aufenthalt vor der Krisenintervention nach stationären und ambulanten Kriseninterventionen getrennt

Eine Fragestellung unserer Untersuchung war die nach den Unterschieden der ambulanten und stationären Krisenpatienten und damit verknüpft die Frage, auf Grund welcher Gegebenheiten die Entscheidung für eine stationäre oder ambulante Durchführung der Krisenintervention gefällt wird. Um zu erörtern, ob die familiäre Situation eine Rolle bei dieser Entscheidung spielt, haben wir den Aufenthaltsort der Patienten vor der Krisenintervention nach ambulanten und stationären Kriseninterventionen getrennt betrachtet. Dabei ergab sich, dass von den 30 Patienten, die bei beiden leiblichen Eltern wohnten, 73,3 % (22) ambulant betreut wurden, während nur bei 26,7 % (8) von ihnen eine stationäre Aufnahme nötig war. Bei den anderen Patienten ist das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Kriseninterventionen ausgeglichen oder die Anzahl der Patienten ist zu gering, um eine Aussage über Verteilungsunterschiede machen zu können.

3.6 Einweiser, Einweisungsdiagnosen und Entlassungsdiagnosen

Wir wollten wissen, wie häufig die Diagnosen, mit denen die Krisenpatienten an die Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiesen wurden, mit den dort gestellten Diagnosen übereinstimmten. Da die Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie jedoch häufig ohne Überweisung durch einen Arzt geschah, die Eltern oder Wohngruppe die Patienten aus eigener Initiative brachten, war der Einweisungsgrund häufig keine medizinisch gestellte Diagnose. Beim Einweisungsgrund waren Mehrfachnennungen möglich.

3.6.1 Einweisende Instanzen

Bei ungefähr einem Drittel unserer Patienten (**35,4 %**) wurde die Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie **nicht durch einen Arzt** initiiert. Diese Patienten wurden z.B. durch die Betreuer einer Wohngruppe oder von den Eltern gebracht. Dazu kommen noch 4 Patienten (**6,2 %**) die mittels **Zwangseinweisung kamen oder durch die Polizei** gebracht wurden. Von den Patienten, die ärztlich eingewiesen wurden, kamen 22 Patienten (**33,8 %**) durch eine **andere Klinik**, 13 Patienten (**22 %**) wurden durch den **Hausarzt** eingewiesen und jeweils ein Patient über einen **Kinderarzt**, einen **niedergelassenen Psychiater** und über die **Ambulanz unserer Abteilung**.

Zu den vier Patienten, die mit der Polizei oder über ein Gericht eingewiesen wurden, ist zu sagen, dass ein auffälliger, nicht volljähriger Jugendlicher (suizidal, betrunken oder ähnliches), der durch die Polizei aufgegriffen wird und dessen Eltern nicht erreichbar sind oder bei dem die Personalien nicht feststellbar sind, so lange aufgenommen wird, bis die Eltern zu erreichen sind. In sehr seltenen Fällen kommt es auch vor, dass die Jugendlichen gegen ihren Willen aufgenommen werden müssen, wenn sie keine Einsicht in die Behandlungsnotwendigkeit zeigen (kommt vor allem bei Anorexie-Patienten vor). Diese Patienten können dann für eine gewisse Zeit durch einen Gerichtsbeschluss aufgenommen werden.

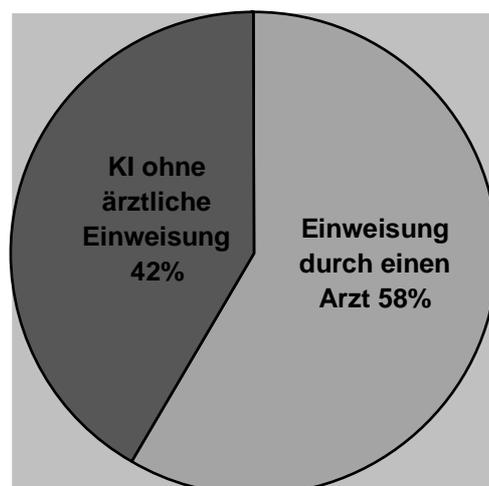


Diagramm 13 : Verhältnis der ärztlichen zu den nicht ärztlichen Einweisungen

Bezüglich der ärztlichen Diagnosen, die im folgenden untersucht werden sollen, ist jedoch zu sagen, dass nicht bei allen Krisenpatienten, die durch einen Arzt überwiesen wurden, auch eine Diagnose gestellt wurde. Mit Einweisungs-”Diagnose” ist daher nicht immer eine medizinisch korrekte Diagnose nach ICD oder DSM gemeint, sondern häufig die Symptomatik, mit der die Patienten von den Eltern, der Wohngruppe oder auch dem Arzt angekündigt wurden.

3.6.2 Einweisungsdiagnosen

Einweisungsdiagnosen des gesamten Studienkollektivs

Diagnosen, mit denen die Patienten in die KJP überwiesen wurden (Mehrfachnennungen waren möglich)	Anteil in Prozent von N=59	Anzahl der Patienten
Suizidversuch	20,3 %	12
akute oder chronische Suizidalität	23,7 %	14
schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen/ Polytoxikomanie/Alkoholintoxik.	6,8 %	4
Schizophrenie/schizotype und wahnhaftige Störungen/ Psychose/Psychotische Dekompensation	10,2 %	6
Depressivität	1,7 %	1
Zwangsstörungen	3,4 %	2
Reaktionen auf schwere Belastungen/ Anpassungsstörungen/Adoleszenzkrise	6,8 %	4
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	1,7 %	1
Essstörungen (Anorexie/Bulimie)	6,8 %	4
Borderline-Störung	3,4 %	2
andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6,8 %	4
psychogene Anfälle/ Selbstbeschädigung/andere neurot. Störungen	5,1 %	3
Autismus/autistische Syndrome	3,4 %	2
Aggressivität/Dissozialität	5,1 %	3
familiäre Konfliktsituation/ familiäre Beziehungsstörung	5,1 %	3
organische Erkrankungen	3,4 %	2
ohne Einweisungsdiagnose	33,9 %	20
Gesamt	147,5 %	87

Tabelle 14: Einweisungsdiagnosen

Bei den Einweisungsdiagnosen gab es Mehrfachnennungen, weshalb die Prozentzahlen zusammengerechnet mehr als 100 % ergeben. Die Prozentangaben beziehen sich auf alle Krisenpatienten (N = 59). Bei den Patienten, die mehrere Kriseninterventionen hatten, wurde nur die erste KI gewertet.

Einweisungsdiagnosen nach ambulanten und stationären Kriseninterventionen getrennt aufgeführt

Die Zahlen in Klammern geben die Anzahl der Patienten mit der entsprechenden Diagnose wieder. Die Prozentwerte wurden jeweils getrennt für die 22 ambulanten Kriseninterventionen ohne Mehrfachaufnahmen und die 37 stationären Kriseninterventionen ohne Mehrfachaufnahmen berechnet.

Einweisungsdiagnosen	Ambulante KI Anteil in % von A=37	Stationäre KI Anteil in % von S=22
Suizidversuch	16,2 % (6)	27,3 % (6)
akute oder chronische Suizidalität	13,5 % (5)	40,9 % (9)
Schädl. Gebrauch psychotroper Substanzen Polytoxikomanie/Alkoholintoxikation	5,4 % (2)	9,1 % (2)
Schizophrenie/schizotype und wahnhafte Störungen/Psychose/psychot. Dekompensation	8,1 % (3)	13,6 % (3)
Depressivität	0	4,5 % (1)
Zwangsstörungen	2,7 % (1)	4,5 % (1)
Reaktionen auf schwere Belastungen/ Anpassungsstörungen/Adoleszenzkrise	2,7 % (1)	13,6 % (3)
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	0	4,5 % (1)
Essstörungen (Anorexie/Bulimie)	8,1 % (3)	4,5 % (1)
Borderline-Störung	0	9,1 % (2)
andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,4 % (2)	9,1 % (2)
psychogene Anfälle/ Selbstbeschädigung/andere neurot. Störungen	2,7 % (1)	9,1 % (2)
Aggressivität/Dissozialität	2,7 % (1)	9,1 % (2)
Autismus/autistische Syndrome	2,7 % (1)	4,5 % (1)
familiäre Konfliktsituation/familiäre Beziehungsstörung	5,4 % (2)	4,5 % (1)
organische Erkrankungen	5,4 % (2)	0
ohne Einweisungsdiagnose	37,8 % (14)	27,3 % (6)

Tabelle 15 : Einweisungsdiagnosen ambulanter und stationärer KI

Mehrfachnennungen waren möglich.

3.6.3 Entlassungsdiagnosen

Mit Entlassungsdiagnosen sind die Diagnosen gemeint, die von den Ärzten bzw. Psychologen der KJP nach der Krisenintervention gestellt wurden.

Tabelle 16 zeigt die genauer differenzierten Diagnosen für die Untergruppen A und S (ambulante und stationäre Kriseninterventionspatienten) sowie für das gesamte Studienkollektiv der 59 Krisenpatienten. Tabelle 17 : Entlassungsdiagnosen nach ICD-10 zeigt die Diagnosen nach ICD 10-Schlüssel zusammengefasst. Die Zahlen in Klammern geben die Anzahl der Patienten mit der entsprechenden Diagnose wieder, die Prozentzahlen beziehen sich auf die jeweiligen Untergruppen (A=22 und S=37) der Kriseninterventionspatienten ohne Mehrfachaufnahmen.

Mehrfachnennungen waren möglich.

Entlassungsdiagnosen (1)	Ambulante KI	Stationäre KI	Krisenpatienten insgesamt
Suizidversuch	8,1 % (3)	13,6 % (3)	10,2 % (6)
Akute/chronische Suizidalität	5,4 % (2)	9,1 % (2)	6,8 % (4)
Schädlicher Gebrauch psychotrop. Substanzen /Polytoxikomanie/ Alkoholintoxikation	8,1 % (3)	9,1 % (2)	8,5 % (5)
Suchtgefährdung	5,4 % (2)	0	3,4 % (2)
Drogenpsychose	2,7 % (1)	4,5 % (1)	3,4 % (2)
Schizophrenie / Psychose / psychotische Dekompensation	10,8 % (4)	4,5 % (1)	8,5 % (5)
Depressivität	18,9 % (7)	0	11,9 % (7)
Zwangsstörungen	8,1 % (3)	0	5,1 % (3)
Reaktionen auf schwere Belastungen/ Anpassungsstörungen/ Adoleszenzkrise	24,3 % (9)	22,7 % (5)	23,7 % (14)
Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)	5,4 % (2)	13,6 % (3)	8,5 % (5)

Entlassungsdiagnosen (2)	Ambulante KI	Stationäre KI	Krisenpatienten insgesamt
Essstörungen (Anorexie,Bulimie)	13,5 % (5)	9,1 % (2)	11,9 % (7)
Psychogene Anfälle/ Selbstbeschädigung/ Andere neurotische Störungen	2,7 % (1)	4,5 % (1)	3,4 % (2)
Borderline-Störung	0	9,1 % (2)	3,4 % (2)
Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8,1 % (3)	0	5,1 % (3)
Intelligenzmind. / Minderbegabung mit und ohne Verhaltensstörung/ kognitive Retardierung	8,1 % (3)	4,5 % (1)	6,8 % (4)
Autismus/autistische Syndrome	0	9,1 % (2)	3,4 % (2)
Andere Entwicklungsstörungen	2,7 % (1)	0	1,7 % (1)
Aufmerksamkeitsstörung	2,7 % (1)	0	1,7 % (1)
Aggressivität / Dissozialität	5,4 % (2)	4,5 % (1)	5,1 % (3)
Störungen des Sozialverhaltens und/oder der Emotionen	13,5 % (5)	40,9 % (9)	23,7 % (14)
Misshandlung / Missbrauch	0	4,5 % (1)	11,7 % (1)
Wahrnehmungsstörungen	2,7 % (1)	0	1,7 % (1)
Familiäre Konfliktsituation/ Familiäre Beziehungsstörung	16,2 % (6)	18,2 % (4)	16,9 % (10)
Organische Erkrankungen	5,4 % (2)	9,1 % (2)	6,8 % (4)

Tabelle 16 : Entlassungsdiagnosen

Häufigkeitsverteilungen der ICD-10-Diagnosen, die bei Entlassung aus der Krisenintervention gestellt wurden. Die Diagnosen sind für alle Versuchspersonen und nach ambulanten und stationären Patienten getrennt aufgeführt :

Entlassungsdiagnosen	Ambulante KI	Stationäre KI	Krisenpatienten insgesamt
F0: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2 (5,4 %)	2 (9,1 %)	4 (6,8 %)
F1: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	5 (13,5 %)	2 (9,1 %)	7 (11,9 %)
F2: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	6 (16,2 %)	2 (9,1 %)	8 (13,6 %)
F3: Affektive Störungen	7 (18,9 %)	0	7 (11,9 %)
F4: Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen	20 (54,1 %)	14 (63,6 %)	34 (57,6 %)
F5: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen oder Faktoren	5 (13,5 %)	2 (9,1 %)	7 (11,9 %)
F6: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5 (13,5 %)	3 (13,6 %)	8 (13,6 %)
F7: Intelligenzminderung	3 (8,1 %)	1 (4,5 %)	4 (6,8 %)
F8: Entwicklungsstörungen	1 (2,7 %)	2 (9,1 %)	3 (5,1 %)
F9: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	12 (32,4 %)	13 (59 %)	25 (42,3 %)

Tabelle 17 : Entlassungsdiagnosen nach ICD-10

3.6.4 Vergleich der Einweisungsdiagnosen und Einweisungsgründe mit den in der KJP gestellten Diagnosen

Der Vergleich der Einweisungsgründe wird anhand des gesamten Versuchspersonenkollektivs (P=59) ohne Mehrfachaufnahmen gezogen, da bei Patienten, die zum zweiten oder drittenmal innerhalb kurzer Zeit aufgenommen wurden, davon ausgegangen werden muss, dass die Diagnosen die gleichen wie in der Erstaufnahme und damit schon bekannt waren.

Bei den Diagnosen waren, wie oben schon gesagt, Mehrfachnennungen möglich.

- Bei **12 Patienten** stimmte mindestens eine der Einweisungsdiagnosen mit mindestens einer der in der KJP gestellten Diagnosen überein.
- Bei **11 Patienten** waren die Entlassungsdiagnose/n nicht mit der oder den Einweisungsdiagnose/n identisch.
- Bei **36 Patienten** konnte wegen fehlender Einweisungsdiagnose oder wegen fehlenden Angaben zu den in der KJP gestellten Diagnosen, kein Vergleich gezogen werden.

3.6.5 Krisenanlass

Unter Krisenanlass verstehen wir die psychiatrische bzw. psychische Erkrankung oder Symptomatik, die der Anlass für die Vorstellung der Patienten in der KJP war. Der Krisenanlass darf nicht mit dem Krisenauslöser verwechselt werden, der das Ereignis meint, das die Krise aktuell provoziert hat (siehe Tabelle 9 : Krisenauslöser).

Bei der Frage nach dem Krisenanlass waren ebenfalls Mehrfachnennungen möglich. Bei 16 Kriseninterventionen gaben die Untersucher 2 Krisenfälle an, bei den restlichen Kriseninterventionen wurde nur ein Krisenanlass durch den aufnehmenden Arzt oder Psychologen angegeben. Die Prozentangaben beziehen sich auf die jeweilige Untergruppe :

- Die Untergruppe Ma ist die Anzahl aller ambulanten KI incl. Mehrfachaufnahmen.
- Die Untergruppe Ms ist die Anzahl aller stationären KI incl. Mehrfachaufnahmen.

- Die Gruppe M ist die Anzahl aller KI im Erhebungszeitraum incl. Mehrfachaufnahmen.

Krisenanlass	Ambulante KI (Ma = 39)	Stationäre KI (Ms = 26)	KI insgesamt (M = 65)
Suizidalität mit Suizidversuch	23,1 % (9)	30,8 % (8)	26,2 % (17)
Suizidalität ohne Suizidversuch	12,8 % (5)	30,8 % (8)	20 % (13)
Verdacht auf Suizidversuch	5,1 % (2)	3,8 % (1)	4,6 % (3)
Ängstlich-hysterische Erregung	7,7 % (3)	7,7 % (2)	7,7 % (5)
Akute psychotische Dekompensation	23,1 % (9)	19,2 % (5)	21,5 % (14)
Dissozial-aggressive Erregung	17,9 % (7)	23,1 % (6)	20 % (13)
Störungen der Nahrungsaufnahme	10,3 % (4)	11,5 % (3)	10,8 % (7)
Akute Alkoholintoxikation	2,6 % (1)	3,8 % (1)	3,1 % (2)
Autoaggressives Verhalten	7,7 % (3)	0	4,6 % (3)
Depressivität	5,1 % (2)	3,8 % (1)	4,6 % (3)
Gesamt	100 % (39)	100 % (26)	100 % (65)

Tabelle 18 : Krisenanlässe

Bei 66 % der stationären Kriseninterventionen war Suizidalität mit oder ohne Suizidversuch oder Verdacht auf Suizidversuch ein Anlass der Krisenintervention. Von den ambulanten Kriseninterventionen spielte bei 41 % der Patienten Suizidalität oder Suizidversuch eine Rolle. Betrachtet man diesen Anteil bezogen auf alle Kriseninterventionen, so war Suizidalität bei der Hälfte der Kriseninterventionen ein Anlass zur selbigen. Außer bei akuter psychotischer Dekompensation, wo die ambulanten Kriseninterventionen überwogen, führten die sonstigen Krisenanlässe ungefähr gleich häufig zur stationären wie zur ambulanten Krisenintervention.

Beim Vergleich mit den Einweisungsdiagnosen in Tabelle 14 zeigen sich bezüglich einiger Krisenanlässe bzw. Diagnosen zahlenmäßige Unterschiede. Dafür sind zwei Gründe anzugeben. Erstens wurden bei insgesamt 20 Krisenpatienten keine Einweisungsdiagnosen bekannt. Zweitens wurden die Krisenanlässe durch die Psychologen bzw. Ärzte der KJP erhoben und dokumentiert, die durch ihren professionellen Hintergrund und gezielte Diagnostik andere und weitreichendere Anlässe für die Krisen aufdecken können als die meisten einweisenden Instanzen.

3.7 Daten zur Behandlung

3.7.1 Begleitpersonen

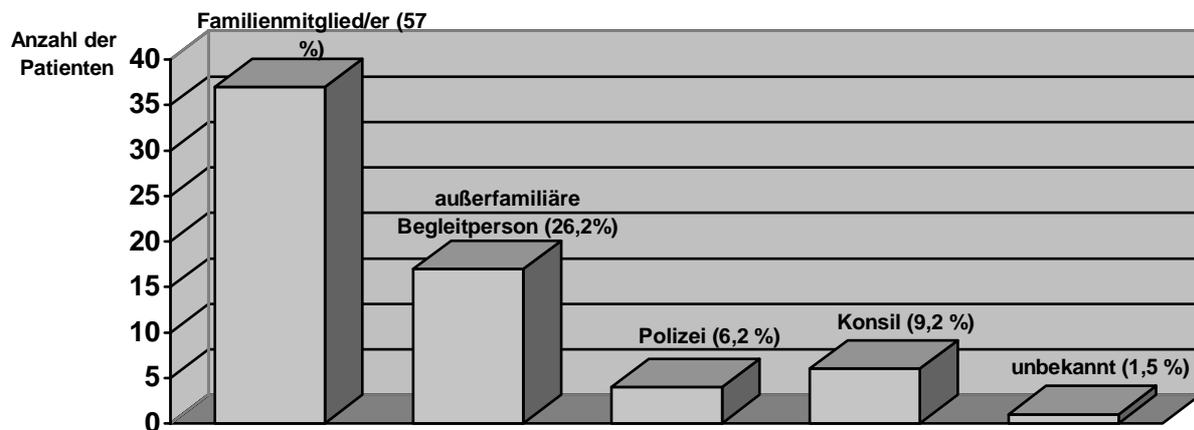


Diagramm 14 : Begleitpersonen bei Aufnahme zur KI

Zur Entscheidung, ob eine Krisenintervention ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, ist die Tragfähigkeit des sozialen Umfeldes ein wichtiges Kriterium. Aus diesem Grund ist der Kontakt zu den Eltern oder der Familie bzw. den Betreuern einer Wohngruppe oder einer ähnlichen Einrichtung bei der Aufnahme für die weitere Planung wichtig. Diagramm 14 gibt einen Überblick über die Personen, von denen die Patienten in die Klinik gebracht wurden.

- Außerfamiliäre Begleitpersonen waren : Betreuer aus Wohngruppe oder Heim, Sanitäter, Krankenhauspersonal aus anderem Krankenhaus.
- Bei den konsiliarischen Betreuungen fiel die Frage nach den Begleitpersonen weg, da sich diese Patienten bereits stationär in einer Klinik befanden.
- Bei einer Patientin fehlten leider die Angaben zu den Begleitpersonen.

3.7.2 Erstkontakt

Allgemeines zum Ablauf des Erstkontaktes mit den Krisenpatienten

Die Gestaltung des Erstkontaktes mit den Krisenpatienten richtet sich einerseits nach den Maßstäben des Untersuchers, andererseits hängt sie von den Umständen ab, unter denen der Patient kommt und mit wem er kommt.

Häufig kommen die Krisenpatienten in erregtem Zustand, so dass in manchen Fällen zum Aufnahmezeitpunkt ein längeres Gespräch mit dem Patienten nicht geführt werden kann. Wenn die Eltern oder andere betreuende Personen anwesend sind, können unter diesen Umständen mit ihnen Gespräche geführt werden. Dabei ist die konkrete Ausgestaltung der Gespräche sehr unterschiedlich. Zunächst ist es wichtig, dass der Untersucher eine Beziehung zu dem Krisenpatient aufbauen kann. Dazu ist es wichtig, dem Patienten zu vermitteln, dass er und seine Bedürfnisse und Nöte im Mittelpunkt stehen. Wenn ein Konflikt zwischen dem Patient und seinen Eltern offensichtlich ist, kann es nötig sein, sich mit dem Patienten gegen die Eltern "zu verbünden", um sein Vertrauen zu gewinnen. Da eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern jedoch auch wichtig ist, kann dies zu einer schwierigen Gratwanderung werden.

Anwesende Personen beim Erstkontakt mit den Krisenpatienten

Die in Diagramm 15 dargestellten Ergebnisse zeigen, dass bei etwa 68 % der Kriseninterventionen beim Erstkontakt mindestens ein Elternteil der Krisenpatienten anwesend war. Was jedoch nichts über die Qualität der Kooperation der Eltern im weiteren Verlauf der Krisenintervention aussagt. Zu diesem Thema siehe Kapitel 3.4.3.

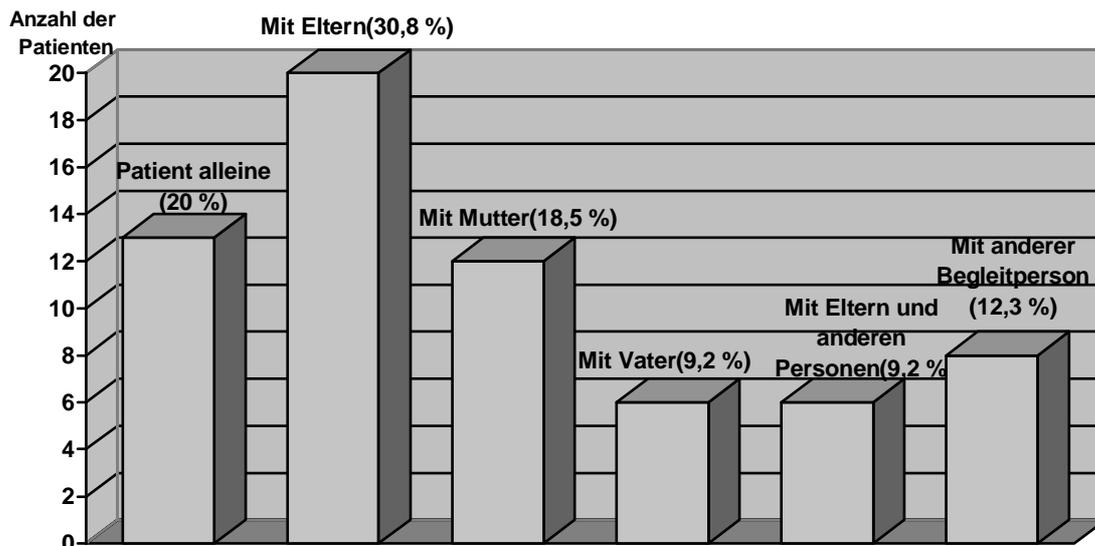


Diagramm 15 : Anwesende Personen bei Erstkontakt

3.7.3 Krisenarten der Patienten mit Mehrfachaufnahmen

5 der 59 Patienten, die in unserer Studie erfasst wurden, waren im Erhebungszeitraum mehr als einmal zur Krisenintervention in der KJP. Das Überwiegen der stationären Krisenintervention (8 Aufnahmen) gegenüber den ambulanten (3 Aufnahmen) bei diesen Patienten spiegelt vermutlich die Tatsache, dass bei ihnen schwerwiegende Probleme zugrunde lagen.

3.7.4 Gründe für stationäre oder ambulante Krisenintervention

Die Frage, ob eine Krisenintervention stationär oder ambulant stattfinden sollte, ist neben der subjektiven Einschätzung der Belastung und Gefährdung (z.B. durch Suizid) des Patienten durch den Untersucher, von einer Vielzahl anderer (organisatorischer, sozialer, etc.) Faktoren abhängig. Tabelle 19 und Tabelle 20 geben die Gründe wieder, die von den Untersuchern als Grundlage für die Entscheidung für die jeweilige Krisenart (ambulant oder stationär) angegeben wurden.

Gründe für ambulante Krisenintervention

Die Untersucher sollten in Stichworten angeben, welche Faktoren ausschlaggebend waren für die Entscheidung, die Krisenintervention ambulant zu betreuen.

Gründe für ambulante Krisenintervention	Anzahl der Patienten, bei denen dies zutraf	Anteil in Prozent von Ma = 39
Patient/Familie lehnt stationäre Aufnahme ab	10	25,6 %
Keine Indikation zur stationären Aufnahme	15	38,5 %
Sehr gute Kooperation mit Patient und Eltern möglich	10	25,6 %
Kein stationäres Krisenbett verfügbar	1	2,6 %
Medikation plus ambulante Therapie als Alternative zum stationären Aufenthalt	9	23,1 %
Ohne Angaben	10	25,6 %

Tabelle 19 : Gründe für ambulante Behandlung

Bei 10 Patienten fehlten die Angaben, bei 10 Patienten wurden zwei Gründe angegeben. Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergibt sich ein Anteil größer als 100 %. Wenn die Patienten konsiliarisch in einer anderen Klinik betreut wurden, wurde als Grund "keine Indikation zur stationären Aufnahme" angegeben. Bei den meisten Kriseninterventionen, bei denen die Untersucher keine Angaben zu den Gründen für die ambulante KI gemacht haben, ist davon auszugehen, dass es keine Indikation zur stationären Aufnahme gab. Daher ist der Anteil der Patienten, bei denen die Problematik

keinen stationären Aufenthalt nötig machte, gewiss noch etwas größer als die von uns ermittelten 38,5 %.

Gründe für stationäre Krisenintervention

Von den Untersuchern angegebene Gründe für eine stationäre Krisenintervention :

Gründe für stationäre Krisenintervention	Anzahl der Patienten, bei denen dies zutraf	Anteil in Prozent Von Ms = 26
Nicht einzuschätzende Suizidalität	14	53,8 %
Massive Symptomatik macht stationäre Aufnahme nötig	9	34,6 %
Entlastung von Patient/Familie/sozialem Umfeld	5	19,2 %
Soziales Umfeld fraglich tragfähig	6	23,1 %
Gerichtliche Unterbringung/ Einweisung durch Polizei/ Zwangseinweisung	4	15,4 %

Tabelle 20 : Gründe für stationäre Behandlung

Bei 12 Patienten wurden zwei Gründe für die stationäre Aufnahme angegeben, daher ist der Prozentanteil größer als 100 %. Der häufigste Grund für eine stationäre Krisenintervention war die nicht einzuschätzende Suizidalität. Unter den Patienten, die wegen der massiven Symptomatik stationär behandelt werden mussten, waren zwei mit einer gesicherten Psychose und zwei mit Verdacht darauf.

3.7.5 Medikamentöse Behandlung

Medikamentöse Behandlung bei Aufnahme zur Krisenintervention

Von allen 65 Kriseninterventionen waren bei 24 , das entspricht einem Anteil von ca. 37 %, beim Erstkontakt der Krisenintervention eine Medikamentengabe notwendig. Davon bekamen 14 Patienten ein Medikament, zwei psychotische Patienten bekamen die Kombination von Haldol, Akineton, Neurocil und 8 weitere eine Kombination aus jeweils zwei Medikamenten (z.B. ein Neuroleptikum und einen Tranquilizer).

In Tabelle 21 sind die Medikamentengruppen zusammengefasst und die Häufigkeit ihrer Verabreichung bei Beginn der Krisenintervention aufgezeigt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anzahl aller Kriseninterventionen (M = 65).

Medikamentengruppe	Anzahl der Patienten	Prozentzahl von N=65
Niederpotente Neuroleptika	7	10,8 %
Mittelpotente Neuroleptika	13	20 %
Hochpotente Neuroleptika	3	4,6 %
Tranquilizer	7	10,8 %
Antidepressiva	1	1,5 %

Tabelle 21 : Medikation beim Erstkontakt

Am häufigsten verordnet wurden schwach- bis mittelpotente Neuroleptika, die hauptsächlich sedierend wirken.. Die am zweithäufigsten gebrauchte Wirkstoffgruppe waren die Benzodiazepine.

Medikamentöse Behandlung bei Erstkontakt nach stationären und ambulanten KI getrennt

Von den Patienten, bei denen die Krisenintervention ambulant stattfand, bekamen 1/3 zu Beginn der Krisenintervention ein Medikament verschrieben, von denen, die stationär aufgenommen wurden, waren es fast die Hälfte. Dies ist als Indiz für die oft schwere Symptomatik zu werten, die einen stationären Aufenthalt nötig macht und bei der eine Entlastung des Patienten durch ein Medikament angezeigt ist.

3.7.6 Schlafverhalten der stationären Krisenpatienten während der Krisenintervention

Bei 18 der stationären Krisenpatienten beurteilten die Bezugspersonen das Schlafverhalten. Davon konnten 10 Patienten ohne Medikamente gut schlafen. 4 Patienten konnten nur mit medikamentöser Hilfe ein- oder durchschlafen. 2 Patienten hatten Einschlafschwierigkeiten, die jedoch ohne Medikamente zu bewältigen waren, 1 Patient schlief sehr unruhig und 1 weiterer wachte nachts auf.

Das Schlafverhalten änderte sich während der Krisenintervention nur bei 2 Patienten, wovon einer besser, einer schlechter schlafen konnte.

3.7.7 Themen der Therapiegespräche

Diese Frage zielte auf die Schwerpunkte in den therapeutischen Gesprächen ab. Die Frage war, welche Themen die Jugendlichen in ihrer Krise hauptsächlich beschäftigten, in welchen Bereichen ihre Probleme lagen, womit sie Schwierigkeiten hatten. Tabelle 22 gibt einen Überblick über die Themen und die Häufigkeit ihres Auftretens bei ambulanten Krisenpatienten, Tabelle 23 zeigt das Entsprechende für die stationären Krisenpatienten.

Ambulante Patienten

Themenkomplexe	Anzahl der Patienten	Anteil in Prozent von Ma = 39
Therapie: Planung, Einsicht, Motivation, Notwendigkeit, Angst vor stationärer Aufnahme	11	28,2 %
Schule: Angst, Probleme	2	5,1 %
Freundeskreis: Liebeskummer, Ende einer Beziehung	2	5,1 %
Familie: Konfliktsituation, Verhältnis zu den Eltern, Heimweh	8	20,5 %
Unterbringung: Motivation zur Fremdunterbringung, Planung der weiteren Wohnsituation	3	7,7 %
Aktuelle Situation: Ängste, Suizidalität, Schuldgefühle, Überlastung, körperliche Gefährdung, Ursachen	15	38,5 %
Zukunft: Lebensgestaltung, Lösungsmöglichkeiten, Perspektiven, Umgang mit zukünftigen Krisen	8	20,5 %
Diagnostik/Anamnese	5	12,8 %

Tabelle 22 : Themen der Therapiegespräche ambulanter Patienten

Mehrfachnennungen waren möglich, daher ergibt sich ein Prozentanteil von mehr als 100 %.

Stationäre Patienten

Themenkomplexe	Anzahl der Patienten	Anteil in Prozent von Ms = 26
Therapie	11	42,3 %

Schule	1	3,8 %
Freundeskreis	3	11,5 %
Familie	1	3,8 %
Unterbringung	9	34,6 %
Aktuelle Situation	17	65,4 %
Zukunft	5	19,2 %

Tabelle 23 : Themen der Therapiegespräche stationärer Patienten

Auch hier waren Mehrfachnennungen möglich.

Die Themen der stationären und ambulanten Krisenpatienten waren sehr ähnlich. Es gibt jedoch einige Unterschiede in der Häufigkeit, mit der diese Themen besprochen wurden. Bei den stationären Patienten, spielte die "aktuelle Situation" eine größere Rolle als dies bei den ambulanten Krisenpatienten der Fall war (ca. 65 % der stationären Patienten gegenüber ca. 39 % der ambulanten). Das gleiche gilt für die Themenkomplexe "Therapie" und "Unterbringung" (ca. 77 % der stationären Patienten gegenüber insgesamt ca. 36 % der ambulanten). Ein Grund hierfür kann darin liegen, dass bei den stationären Patienten schon durch die Situation in der Klinik dieses Thema präsenter war, als bei den ambulanten Krisenpatienten. Manche stationäre Krisenpatienten litten unter dem Ausgeschlossen sein vom normalen Stationsalltag. Andere wehrten sich gegen die stationäre Behandlung und wollten unbedingt so bald wie möglich die Station verlassen. Während bei den ambulanten Patienten das Thema "Familie" für ca. 22 % wichtig war, machte es bei den stationären Patienten nur einen Anteil von ca. 5 % aus. Vielleicht weil sie durch ihre Distanz zu den Eltern und der Familie kurzfristig von diesem Thema "entfernt" waren.

Angaben der Bezugsperson

Die Bezugspersonen der stationären Krisenpatienten wurden ebenfalls gefragt, welche Themen die Patienten nach ihrem Eindruck am meisten beschäftigt haben. Tabelle 24 gibt diese Ergebnisse wieder:

Themenkomplexe	Anzahl der Patienten	Anteil in Prozent
----------------	----------------------	-------------------

		von Ms = 26
Wohin komme ich nach der Krisenintervention?	8	30,8
Wie gehen meine Freunde/meine Familie mit der Situation um?	4	15,4
Bin ich krank?/ Wie krank bin ich?	4	15,4
Wie geht es weiter?/ Soll ich eine Therapie machen?	1	3,8
Wie kam es zur Krise?	2	7,7
Kulturelle/religiöse Konflikte als Ausländer in Deutschland	2	7,7
Zwangseinweisung	1	3,8
Zeitpunkt der Entlassung	4	15,4
Keine Angaben	8	30,8

Tabelle 24 : Problembereiche der stationären Patienten laut Bezugspersonen

Auch hier war das Thema "Unterbringung" nach der Krisenintervention das wichtigste Thema der stationären Krisenpatienten.

3.7.8 Vereinbarungen

Ambulante Kriseninterventionen

Die Basis einer ambulanten Krisenintervention ist eine tragfähige Beziehung zwischen Patient und Arzt/Psychologe auf Grund derer Vereinbarungen mit dem Patienten getroffen werden können. Tabelle 25 gibt einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Vereinbarungen und umreißt damit die Problembereiche der Patienten und die Möglichkeit therapeutischer Ansätze.

Mit dem Patienten getroffene Vereinbarung	Anzahl der Patienten
Keine selbstschädigenden oder suizidalen Handlungen	2
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	4
Bei Krise sofort Kontakt mit Arzt/Psychologe aufnehmen	4

Beginn/Weiterführung einer Therapie	8
Einhalten der vereinbarten Termine	9
Gewichtszunahme	1
Kein Drogenkonsum	1
In die Schule gehen	1
Wenn keine Besserung eintritt, stationäre Aufnahme oder außerfamiliäre Unterbringung	4
Kein Weglaufen / keine gewalttätigen Handlungen	3

Tabelle 25 : Vereinbarungen mit ambulanten Patienten

Bei 10 Patienten fehlten die Angaben zu den Vereinbarungen. Mehrfachnennungen waren möglich.

Einhaltung der Vereinbarungen

In 66 % der Fälle wurden die Vereinbarungen eingehalten. Bei 19 % wurden die Vereinbarungen gar nicht eingehalten, bei 5 % kaum und bei 9 % weitestgehend. In 1 % der Fälle konnte die Einhaltung der Vereinbarungen durch den Patient vom Untersucher nicht beurteilt werden.

Stationäre Kriseninterventionen

Stationäre Krisenpatienten werden, wie in Kapitel 1.3 beschrieben, auf eine der drei regulären Stationen aufgenommen. Auf der Station bekommen die Krisenpatienten, wie die regulären Patienten auch, ein oder zwei Bezugspersonen aus dem Pflegepersonal zugeordnet. Die Krisenpatienten werden zwar weitestgehend aus dem normalen Stationsalltag herausgenommen, als Grundvereinbarungen gelten für sie jedoch auch die normalen Stationsregeln. Die darüber hinaus zwischen dem Arzt oder Psychologen und den stationären Krisenpatienten getroffenen Vereinbarungen zeigt Tabelle 26. Die zusätzlichen Vereinbarungen zwischen den Krisenpatienten und der Bezugsperson zeigt Tabelle 27. Mehrfachnennungen waren in beiden Fällen möglich.

Vereinbarungen	Anzahl der Patienten
Keine selbstschädigende oder suizidale Handlungen/ Keine scharfen Gegenstände im Zimmer	6
Regelmäßige Kontaktaufnahme	4
Medikamenteneinnahme	2
Aufnahme einer Mindestmenge an Nahrung / Flüssigkeit	2
Kein Kontakt zu Jugendlichen auf Station / Beschränkung aufs Zimmer	6
Begrenzte Außenkontakte / Ausgang nur in Begleitung	4
Eingeschränktes Rauchen in Begleitung	4
Regelmäßige Elternbesuche	1
Rückführung in frühere Klinik / Abklärung eines zukünftigen Behandlungsplatzes	6
Körperhygiene	1

Tabelle 26 : Vereinbarungen mit stationären Krisenpatienten

Vereinbarungen stationärer Krisenpatienten mit der Bezugsperson

Vereinbarungen	Anzahl der Patienten	Anteil in Prozent Von Ms = 26
Beschränkung auf das Zimmer	8	30,8 %
Keine Aktivitäten außerhalb der Station	4	15,4 %
Kurzkontakte alle 15-30 Minuten	6	23,1 %
Eingeschränkte Außenkontakte	2	7,7 %
Kontrolle der Nahrungsmittelaufnahme	2	7,7 %
Sondenernährung unter Aufsicht	1	3,8 %
Mahlzeiten im Zimmer	4	15,4 %
Überwachung von Blutdruck und Puls	1	3,8 %
Spaziergänge / Rauchen nur in Begleitung	3	11,5 %
Suche nach stationärem Therapieplatz	3	11,5 %
Keine scharfen Gegenstände im Zimmer/ Filzen nach Ausgang	6	23,1 %
Kontaktaufnahme bei Angstattacken	2	7,7 %

Tabelle 27 : Vereinbarungen mit der Bezugsperson

3.7.9 Ziele der Krisenintervention

Tabelle 28 zeigt die für die einzelnen Patienten von dem jeweiligen Untersucher angegebenen hauptsächlichen Ziele der Krisenintervention. Mehrfachnennungen waren möglich, bei 45 der 65 Kriseninterventionen waren 2 Gründe angegeben, daher ergibt die Gesamtsumme mehr als 100 %. Bei einem Patienten sind keine Angaben zu den Zielen der Krisenintervention gemacht worden.

Ziele der Krisenintervention	Anzahl der Patienten mit dieser Angabe	Anteil in Prozent von M = 65
Einleitung / Motivation zu einer ambulanten Therapie	13	20 %
Entschärfung und Klärung der Situation	10	15,4 %
Abklärung der Suizidalität	18	27,7 %
Entlastung des Patienten, des sozialen Umfelds oder der Familie	9	13,8 %
Abklärung und Koordinierung weiterer Hilfsmaßnahmen	19	29,2 %
Diagnostik	7	10,8 %
Milderung der Symptomatik / Stabilisierung des Patienten	17	26,2 %
Einleitung / Motivation zu einer stationären Therapie	8	12,3 %
Rückführung in WG oder andere Klinik	5	7,7 %
Herausnahme des Patienten aus seinem sozialen Umfeld	3	4,6 %

Tabelle 28 : Ziele der Krisenintervention

Als häufigstes Ziel einer Krisenintervention wurde die Abklärung und Koordination weiterer Hilfsmaßnahmen angegeben. Darunter ist zum Beispiel die Suche nach einer geeigneten Wohngruppe für den Patienten oder nach einem Schulplatz zu verstehen. Bei insgesamt ca. 32 % aller Kriseninterventionen waren die Motivation für eine Therapie und die Suche nach einem geeigneten Therapieplatz ein wichtiges Ziel der Krisenintervention. Ein ähnlich häufiges Ziel einer Krisenintervention war die Abklärung der Suizidalität der Patienten (ca. 28 %) und die Stabilisierung des Patienten durch die Krisenintervention.

3.7.10 Beendigung der Krisenintervention

Ambulante Kriseninterventionen

Bei den ambulanten Kriseninterventionen wurden **31 (79,5 %)** der 39 ambulanten Kriseninterventionen im Einverständnis zwischen Arzt/Psychologe und Patienten beendet.

4 (10,3 %) Patienten brachen die Krisenintervention vorzeitig ab. Bei 4 Patienten fehlten die Angaben.

Stationäre Kriseninterventionen

Von den 26 stationären Kriseninterventionen wurden **11 (42,3 %)** in beiderseitigem Einverständnis beendet. **2 (7,7 %)** Patienten wären gerne schon früher entlassen worden.

4 (15,4 %) Patienten waren ambivalent bezüglich der Entlassung und **1** Patient ist während des stationären Aufenthaltes weggelaufen. Bei **8 (30,8 %)** Patienten fehlten die Angaben. Die Einschätzung durch die Bezugspersonen ergaben die gleichen Ergebnisse bezüglich des Einverständnisses der Patienten mit dem Entlassungszeitpunkt wie die Einschätzung durch die Ärzte/Psychologen.

3.8 Die suizidale Krise

3.8.1 Häufigkeit von Suizidalität und Suizidversuch

Da suizidale Krisen in der Literatur meistens einen eigenen Platz einnehmen und häufig von anderen Krisen getrennt betrachtet werden, sind in diesem Abschnitt Ergebnisse speziell unter diesem dem Gesichtspunkt dargestellt.

Diagramm 16 verdeutlicht den Stellenwert, den Suizidalität bei den von uns untersuchten Kriseninterventionen einnahm (Untergruppe M=65). Da Mehrfachnennungen möglich waren, ergeben die Prozentangaben mehr als 100 %.

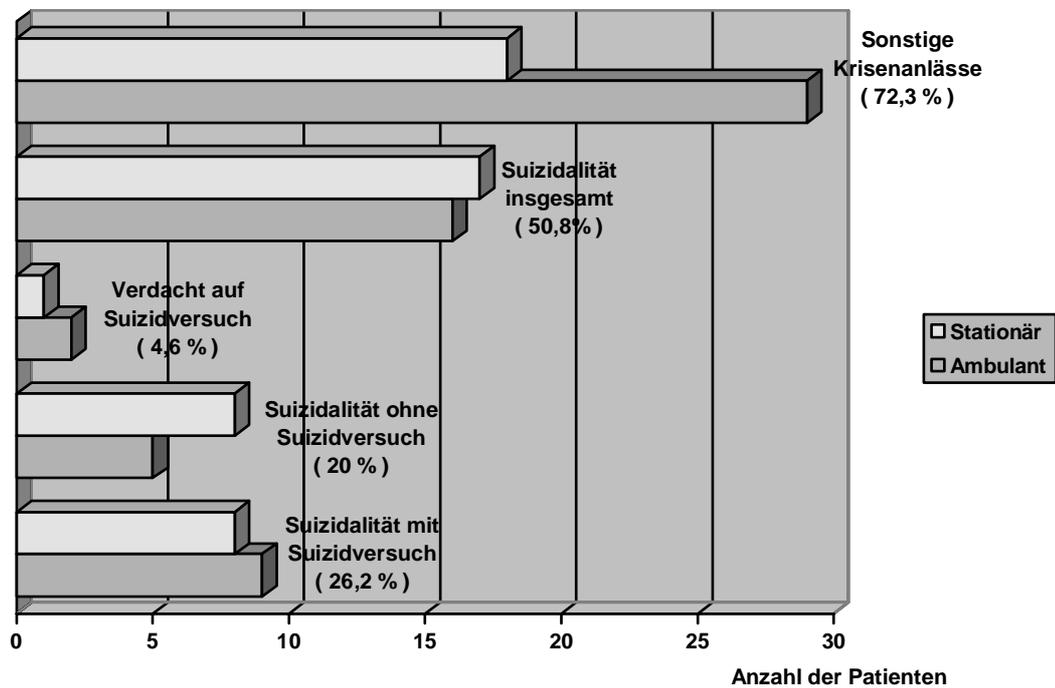


Diagramm 16 : Häufigkeit von Suizidalität als Krisenanlass nach ambulanten und stationären KI getrennt

Bei der Hälfte der von uns betrachteten Kriseninterventionen spielte demnach Suizidalität eine Rolle. Bei 26 % der Kriseninterventionen war der Anlass ein vorausgegangener Suizidversuch des Patienten. Diese Zahlen unterscheiden sich von den obengenannten Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen, da ein Suizidversuch nicht von allen Untersuchern als Diagnose im eigentlichen Sinn verstanden wurde, sondern als Anlass, der zur Krisenintervention geführt hat. Daher findet sich unter dem Stichwort „Krisenanlass“ die tatsächliche Anzahl der Patienten, die einen Suizidversuch unternommen haben.

3.8.2 Das Alter der Suizidpatienten

Das mittlere Alter der Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, der Anlass zur Krisenintervention war, liegt bei **14,6 Jahren**. Der Median des Alters dieser

Patienten liegt bei **15,5 Jahren**, das heißt, dass 50 % der Suizidpatienten jünger als 15,5 Jahre waren und 50 % älter. Das Histogramm zeigt einen Peak zwischen 16 und 17 Jahren.

Betrachtet man das Alter aller suizidaler Patienten (mit und ohne Suizidversuch), dann liegt das Alter bei **15 Jahren**.

3.8.3 Angaben über frühere Suizidversuche

Die folgenden Angaben beziehen sich auf das Studienkollektiv (N = 59) ohne die Mehrfachaufnahmen, die in diesem Fall die Ergebnisse statistisch verfälschen würden.

Frühere Suizidversuche aller Versuchspersonen

Diese Frage bezog sich nicht nur auf die Patienten, die wegen Suizidalität oder eines Suizidversuches zur Krisenintervention kamen, sondern auf alle Krisenpatienten.

Bei **45 Patienten** wurde kein früherer Suizidversuch angegeben, was **76,3 %** der Patienten entspricht.

9 Patienten (15,3 %) hatten schon einen Suizidversuch begangen.

Bei **5 Patienten (8,5 %)** fehlten die Angaben zu dieser Frage.

Frühere Suizidversuche von Patienten deren aktueller Krisenanlass Suizidalität mit oder ohne Suizidversuch war

Hier sind die Angaben über frühere Suizidversuche bei den Patienten aufgeführt, die wegen Suizidalität, Suizidversuch oder Verdacht auf Suizidversuch zur Krisenintervention kamen. Diese Personengruppe umfasste 30 Patienten. Davon war bei **17 Patienten (56,7 %)** kein Suizidversuch in der Anamnese bekannt. **9 Patienten**, die aktuell wegen Suizidalität behandelt wurden, hatten schon früher einen oder mehrere Suizidversuche unternommen, das entspricht einem Anteil von **30 %**. Bei **4 Patienten (13,3 %)** konnten keine genauen Aussagen über frühere Suizidversuche gemacht werden.

3.8.4 Familiäre Situation der Suizidpatienten

Bei **64,3 % (18 Patienten)** der suizidalen Patienten lebten die Eltern zusammen, bei **28,6 % (8 Patienten)** waren sie geschieden oder lebten getrennt. Bei einem Patient war die Mutter gestorben und die Eltern eines anderen Patienten hatten nie zusammen gelebt.

13 (43,3 %) der 30 suizidalen Patienten lebten bei beiden Elternteilen, **6 (20 %)** lebten nur bei der Mutter, **2 (6,7 %)** nur beim Vater. **5 Patienten (16,7 %)** kamen aus einer Wohngruppe und jeweils **2 (6,7 %)** lebten im Heim oder bei Adoptiveltern.

Bei 50 % der suizidalen Patienten lagen familiäre Belastungen bezüglich Suizidalität, Alkoholkrankheit, psychischen Erkrankungen und ähnlichem vor. Die Verteilung zeigt Diagramm 17 (N = 30). Mehrfachnennungen waren möglich.

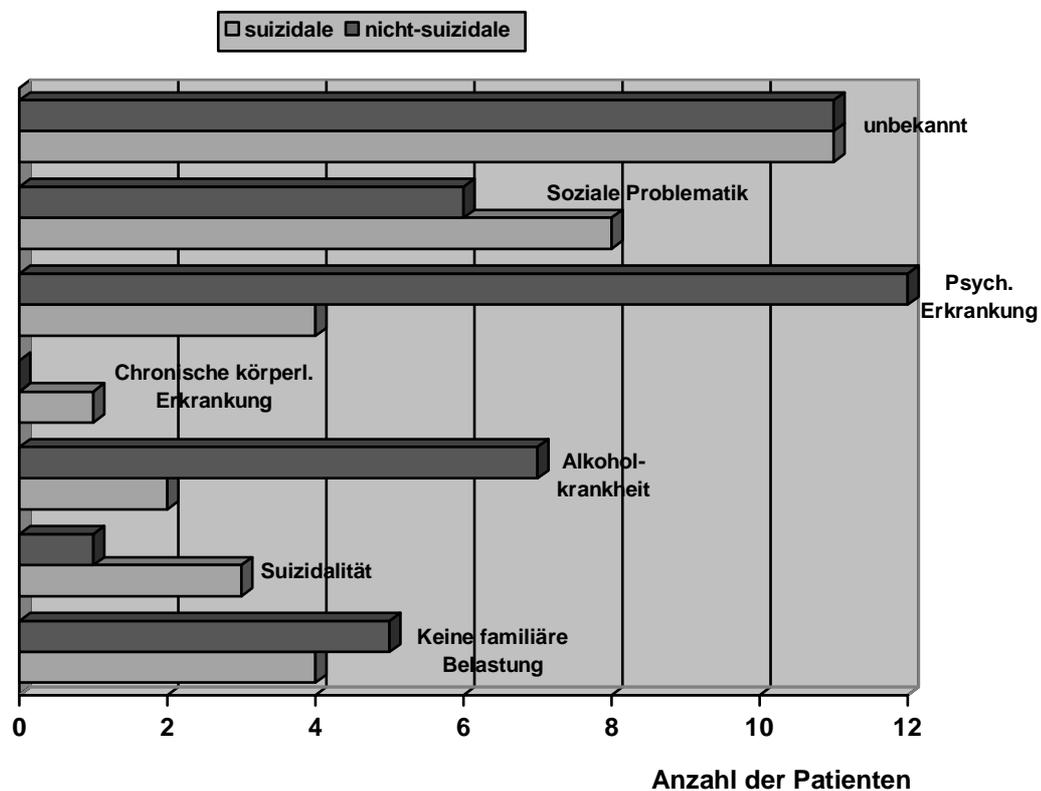


Diagramm 17 : Familiäre Belastungen nach suizidalen und nicht-suizidalen Patienten getrennt

Bei den suizidalen Patienten ist $N = 30$, bei den nicht-suizidalen $N = 35$. Auch hier ist anzumerken, dass eine höhere Dunkelziffer anzunehmen ist. Durch die große Anzahl der Unbekannten lässt sich leider keine Aussage über die Signifikanz der Ergebnisse machen.

3.8.5 Vorgeschichte der suizidalen Patienten

14 Patienten (**46,7 %**) waren noch nie in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung. **6** Patienten (**20 %**) waren schon einmal in einer psychiatrischen Klinik, davon **5** in der KJP-Tübingen. Jeweils **5** Patienten (**16,7 %**) waren schon in psychologischer bzw. in ambulanter psychiatrischer Behandlung.

Bei **19 (65,5 %)** der 30 suizidalen Patienten liegt ein chronisches Problem im Sinne von Kapitel 3.3.1 vor.

3.8.6 Aktuelle psychische Verfassung der suizidalen Patienten

Der Schweregrad der aktuellen Symptomatik wurde für diese Patienten im **Durchschnitt** mit **5,7** auf der Analogskala angegeben (0 = sehr leicht, 10 = sehr schwer). Der **Median** lag bei **6,5** und der **Interquartilbereich** betrug **3,8 – 7,8 (Standardabweichung 2,4)**.

Die Beurteilung bezüglich der psychischen Grundverfassung der Krisenpatienten durch den Arzt bzw. Psychologen erfolgte ebenfalls auf einer Analogskala (0 = sehr gut; 10 = sehr schlecht). Die Ergebnisse sehen folgendermaßen aus:

- Mittelwert : 5,6
- Standardabweichung : 2,5
- Median : 6,0
- Interquartilbereich : 4,0 – 7,6

Der Schweregrad der akuten Symptomatik und des psychiatrischen Gesamtbildes der suizidalen Patienten ähneln sich von den Werten her, wie dies auch bei der gesamten Studienpopulation der Fall war.

3.8.7 Distanzierung vom Suizidversuch

Die Untersucher und bei den stationären Patienten auch die Bezugspersonen sollten auf einer Analogskala (0 = sehr gut; 10 = sehr schlecht) ihre Einschätzung angeben, wie gut oder schlecht sich der Patient von seinem Suizidversuch distanzieren konnte. Diese Einschätzung wurde von dem Arzt bzw. Psychologen zu Beginn der Krisenintervention und nach Beendigung der selben erfragt. Die Bezugspersonen sollten die Einschätzung der Distanz des Patienten von seinem Suizidversuch nur bei Ende der Krisenintervention abgeben.

Einschätzung zu Beginn der Krisenintervention

	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Interquartil- bereich
Einschätzung der ambulanten Patienten durch den Arzt/Psychologen	2,6	2,9	1,1	0,4-5,2
Einschätzung der stationären Patienten durch den Arzt/Psychologen	5,1	3,1	4,7	2,5-7,8

Tabelle 29: Einschätzung der Distanzierung vom Suizidversuch bei Beginn der KI

Einschätzung nach Beendigung der Krisenintervention

	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Interquartil- bereich
Einschätzung der ambulanten Patienten durch den Arzt/Psychologen	1,5	1,3	1,5	0,3-2,4
Einschätzung der stationären Patienten durch den Arzt/Psychologen	2,2	2,0	1,6	0,4-4,3

Tabelle 30 : Einschätzung der Distanzierung vom Suizidversuch bei Ende der Krisenintervention

Der Vergleich der statistischen Parameter zur Einschätzung der Distanzierung vom Suizidversuch zeigt, dass die Suizidalität zu Beginn der Krisenintervention sowohl bei den ambulanten als auch bei den stationären Patienten höher eingeschätzt wurde als bei Ende der Krisenintervention. Der Vergleich der Standardabweichungen zeigt, dass die Streuung der Werte bei Ende der Krisenintervention geringer war als bei Beginn. Die Interquartilbereiche bei Ende der Krisenintervention sind kleiner als bei Beginn und zeigen geringere Werte.

3.8.8 Verteilung der Krisenarten bei suizidalen Krisenpatienten mit und ohne Suizidversuch

Tabelle 31 zeigt die Verteilung der ambulanten und stationären Kriseninterventionen der Patienten, bei denen Suizidalität als Krisenanlass angegeben wurde. Die Untergruppen der suizidalen Patienten mit und ohne Suizidversuch sind gesondert angegeben. Die Tabelle zeigt die Zahlen nach ambulanten und stationären Kriseninterventionen getrennt. Die Prozentangaben beziehen sich auf die Untergruppen $M_a = 39$ für die ambulanten und auf $M_s = 26$ für die stationären KI.

Krisenanlass :	Suizidalität mit Suizidversuch	Suizidalität ohne Suizidversuch	Verdacht auf Suizidversuch	Suizidalität insgesamt
Ambulante Kriseninterventionen	23,1 % (9)	12,8 % (5)	5,1 % (2)	41 % (16)
Stationäre Kriseninterventionen	30,8 % (8)	30,8 % (8)	3,8 % (1)	65 % (17)

Tabelle 31 : Verteilung der Krisenarten bei suizidalen Patienten

Entgegen den Erwartungen, dass Kriseninterventionen bei suizidalen Patienten eher stationär stattfinden würden, zeigte sich, dass die Patienten in suizidalen Krisen ungefähr gleich häufig stationär wie ambulant betreut wurden. Bei Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, wurde sogar ein Patient mehr ambulant betreut, als stationär (9 : 8).

Bei suizidalen Patienten ohne Suizidversuch wurden etwas mehr Patienten stationär als ambulant behandelt (8 : 5).

Es zeigte sich jedoch, dass Suizidalität als Krisenanlass bei den stationären Kriseninterventionen mit 65 % einen größeren Anteil hatten als bei den ambulanten Kriseninterventionen, bei denen 41 % der Kriseninterventionen Suizidalität als Krisenanlass hatten.

3.8.9 Geschlechterverteilung der suizidalen Patienten

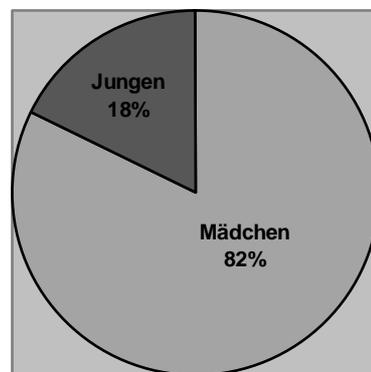


Diagramm 18 : Geschlechterverteilung der Krisenpatienten, die einen Suizidversuch unternommen haben

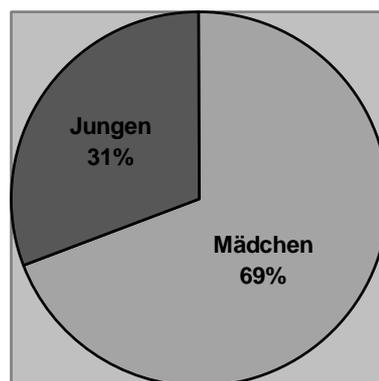


Diagramm 19 : Geschlechterverteilung der suizidalen Krisenpatienten, die keinen Suizidversuch unternommen haben

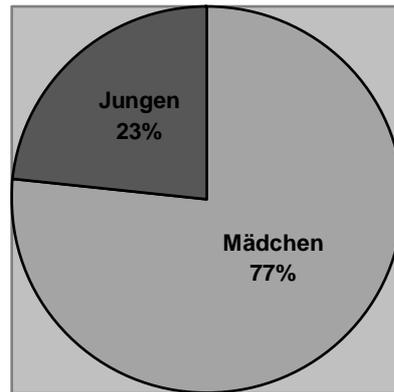


Diagramm 20 : Geschlechterverteilung aller suizidaler Krisenpatienten

Der Krisenanlass „Suizidalität“ wurde bei Mädchen mehr als dreimal so häufig angegeben wie bei Jungen. Von 17 Krisenpatienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, waren 14 Mädchen, was einem Anteil von 82 % entspricht. Diese Zahlen stehen in Übereinstimmung mit der Literatur, wonach Mädchen etwa zwei- bis dreimal häufiger Suizidversuche unternehmen als Jungen.

3.9 Ergebnisse zur psychischen Situation der Patienten bei Beginn der Krisenintervention

3.9.1 Einschätzung der aktuellen Symptomatik

Einschätzung durch den Arzt/Psychologen

Zur Einschätzung des Schweregrades der psychischen/psychiatrischen Symptomatik, die zur Krisenintervention geführt hat, diente eine Analogskala von 10 cm Länge mit den beiden Polen 0 = „sehr leicht“ und 10 = „sehr schwer“. Die Auswertung beinhaltet die Werte aller Kriseninterventionen mit den Mehrfachaufnahmen (M = 65).

Der **Median-Wert von 6,5** und die relative Rechtsverschiebung im Histogramm mit der größten Wertedichte zwischen 6 und 8 zeigt, dass die Untersucher in den meisten Fällen die Symptomatik der Patienten als eher schwer einschätzten. Dies zeigt, dass die vom Patienten oder seinem Umfeld als krisenhaft erlebte Situation auch von den Ärzten/Psychologen meistens als schwerwiegender Zustand eingestuft wurde.

Der **Mittelwert** entsprach daher mit **6,0** in etwa dem Median und die Standardabweichung von 2,2 verdeutlicht die geringe Streubreite bei dieser Einschätzung.

Einschätzung nach ambulanten und stationären Kriseninterventionen getrennt

	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Interquartil- bereich
Einschätzung der ambulanten Patienten durch den Arzt/Psychologen	5,8	2,4	6,4	4,5-7,6
Einschätzung der stationären Patienten durch den Arzt/Psychologen	6,3	2,0	6,6	5,1-7,8
Einschätzung der stationären Patienten durch die Bezugsperson	5,0	3,9	5,6	0-8,4

Tabelle 32 : Einschätzung der aktuellen Symptomatik bei Beginn der KI

Interessant bei dieser Einschätzung ist, dass die stationären Krisenpatienten nach Ansicht der Ärzte bzw. Psychologen nur eine geringfügig schwerere Symptomatik als die ambulanten Krisenpatienten zeigten.

3.9.2 Einschätzung des psychiatrischen Gesamtbildes

Einschätzung durch den Arzt bzw. Psychologen

Diese Einschätzung bezog sich nicht auf die aktuelle Symptomatik der Patienten, sondern auf die Beurteilung der generellen psychischen/psychiatrischen Situation.

Die Einschätzungen der Ärzte/Psychologen zu dieser Fragestellung ähnelten stark denen zur aktuellen Symptomatik, weshalb zu vermuten ist, dass einige Untersucher inhaltlich zwischen diesen beiden Fragen nicht ausreichend unterschieden haben.

Der **Median** lag bei **6,8** und der **Mittelwert** bei **6,1**. Die **Standardabweichung von 2,4** weist auch hier auf die geringe Streuung hin. Die meisten Ärzte/Psychologen schätzten das psychiatrische Gesamtbild der Krisenpatienten als eher schwer ein.

Einschätzung nach ambulanten und stationären Kriseninterventionen getrennt

	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Interquartil- bereich
Einschätzung der ambulanten Patienten durch den Arzt/Psychologen	5,4	2,4	6,3	4,3-7,3
Einschätzung der stationären Patienten durch den Arzt/Psychologen	7,2	1,7	7,6	6,0-8,6
Einschätzung der stationären Patienten durch die Bezugsperson	4,7	3,8	5,6	0-9,9

Tabelle 33 : Einschätzung des psychiatrischen Gesamtbildes bei Beginn der KI

Im Gegensatz zur Einschätzung der aktuellen Symptomatik zeigt sich in dieser Tabelle doch recht deutlich, dass das psychische Gesamtbild der stationären Krisenpatienten von den Ärzten bzw. Psychologen als schlechter eingestuft wurde als das der ambulanten Krisenpatienten.

Die Bezugspersonen auf den Stationen haben sowohl die aktuelle Situation der Krisenpatienten als auch das psychische Gesamtbild als weniger gravierend eingeschätzt als die Ärzte und Psychologen.

3.9.3 Kooperation der Patienten

Einschätzung durch den Arzt/Psychologen

Die Bereitschaft der Patienten zur Zusammenarbeit, die ebenfalls auf einer Analogskala eingeschätzt werden sollte, wurde von den Ärzten/Psychologen bei den meisten

Krisenpatienten als eher gut bewertet. Auf der Analogskala entsprach der Wert 0 = sehr gut, der Wert 10 = sehr schlecht.

Der **Mittelwert** entsprach für die gesamte Studienpopulation mit **3,6** in etwa dem **Median (3,0)**, was auf eine geringe Streubreite der Werte hinweist (**Standardabweichung 2,6**). 50 % der Werte lagen zwischen 1,3 und 5,6 (**Interquartilbereich**).

Einschätzung nach ambulanten und stationären Patienten getrennt

	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Interquartil- bereich
Einschätzung der ambulanten Patienten durch den Arzt/Psychologen	3,5	2,7	3,1	0,9-5,7
Einschätzung der stationären Patienten durch den Arzt/Psychologen	4,1	2,4	3,7	2,1-5,6
Einschätzung der stationären Patienten durch die Bezugsperson	3,8	3,2	3,7	0-5,7

Tabelle 34 : Kooperation der Patienten zu Beginn der KI

3.9.4 Emotionale Schwingungsfähigkeit des Patienten

Befindet sich ein Mensch in einer Krisensituation, so sind sein Verhaltensrepertoire und seine emotionale Variationsbreite sehr eingeschränkt. Zur Beurteilung der emotionalen Schwingungsfähigkeit der Patienten als qualitatives Merkmal einer Krisensituation sollten die Ärzte/Psychologen und die Bezugspersonen auf einer Analogskala von „sehr gut“ = 0 bis „sehr schlecht“ = 10 ihre Einschätzung angeben. Die Auswertung der angegebenen Werte sieht folgendermaßen aus :

- Arithmetisches Mittel : 5,8

- Standardabweichung : 2,3
- Median : 6,5
- Interquartilbereich : 3,6 – 7,4

Bei zwei Patienten fehlte die Einschätzung. Die emotionale Schwingungsfähigkeit wurde bei den meisten Patienten von den Untersuchern als eingeschränkt beurteilt.

3.9.5 Stimmungslage der Patienten bei Aufnahme

Diese Frage enthielt 9 verschiedene Beurteilungsmöglichkeiten, die den Untersuchern aus anderen Fragebögen geläufig waren. Der aufnehmende Arzt bzw. Psychologe sollte die Stimmungslage ankreuzen, die der Stimmung des Krisenpatienten beim Erstkontakt am ehesten entsprach. In die Auswertung sind alle 65 Kriseninterventionen einbezogen.

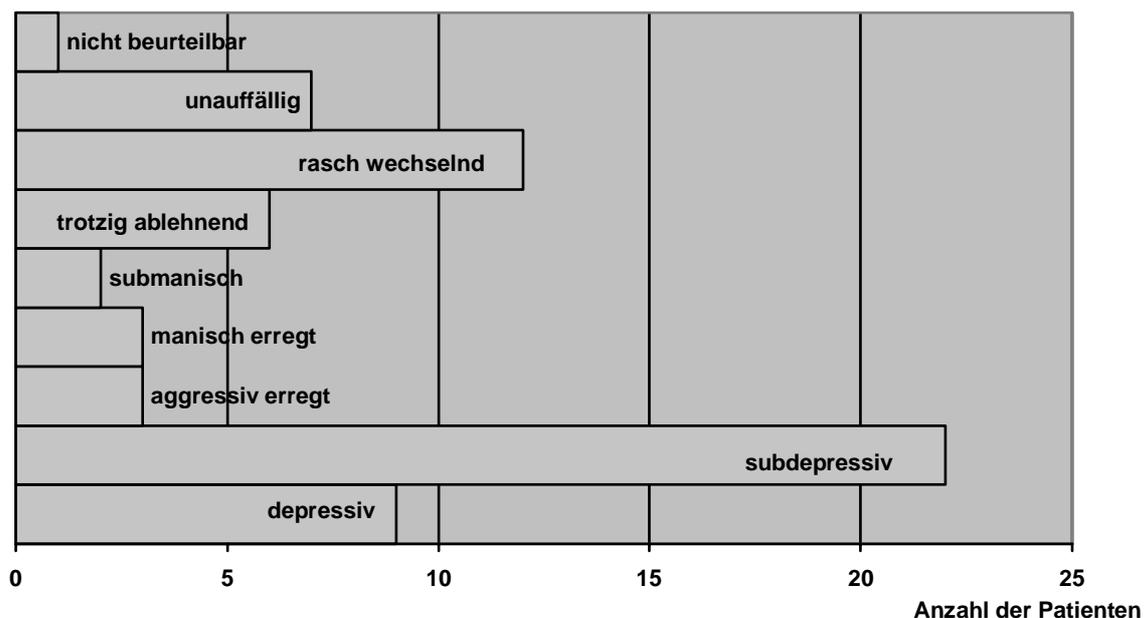


Diagramm 21 : Stimmung der Patienten zu Beginn der KI

Fast 50 % aller Krisenpatienten zeigten bei Beginn der Krisenintervention eine depressive (13,8 %) oder subdepressive (33,8 %) Stimmungslage. 18,5 % der Patienten wechselten rasch in ihren Stimmungen und ca. 13 % der Krisenpatienten waren bei Aufnahme eher erregt (manisch, submanisch oder aggressiv).

3.9.6 Verhalten der stationären Krisenpatienten

Tabelle 35 gibt die Beschreibung des Verhaltens der stationären Krisenpatienten auf der Station bei Beginn der Krisenintervention wieder. Die Angaben wurden von den Bezugspersonen gemacht.

Bei 7 Patienten fehlten die Angaben.

Verhaltensqualitäten	Anzahl der Patienten, die dieses Verhalten zeigten	Anteil in Prozent von Ms = 26
Ruhig, aufgeschlossen, freundlich	3	11,5 %
Angespannt, ängstlich, unruhig	5	19,2 %
Gewalttätig gegen andere oder sich selbst	1	3,8 %
Distanzlos	2	7,7 %
Verwirrt, wahrnehmungsgestört	1	3,8 %
Stark schwankend	3	11,5 %
Zurückgezogen, ablehnend, unsicher	4	15,4 %
Ohne Angabe	7	26,9 %

Tabelle 35 : Verhalten der stationären Krisenpatienten zu Beginn der KI

3.10 Ergebnisse zur psychischen Situation der Patienten bei Ende der Krisenintervention

3.10.1 Besserung der Problembereiche

Die Ärzte bzw. Psychologen wurden gebeten, für die stationären Kriseninterventionen anzugeben, ob und in welchen Bereichen sich durch die Krisenintervention etwas bei den Patienten verändert hat.

Tabelle 36 zeigt die Angaben, die dazu gemacht wurden. Mehrfachnennungen waren möglich, wurden aber nur in zwei Fällen angegeben.

Bereiche, in denen sich während der KI etwas gelöst hat	Anzahl der Patienten	Anteil in Prozent von Ms = 26
Beruhigung/Entspannung des Patienten durch Herausnahme aus dem sozialen Umfeld	10	38,5 %
Schaffen bzw. Wiederherstellen einer Basis zwischen Patient und Eltern oder WG	5	19,2 %
Patient und/oder Eltern sehen Behandlungsnotwendigkeit ein	3	11,5 %
Aufzeigen von Perspektiven und möglichen Lösungswegen	2	7,7 %
Verringerung der Gefahr der Selbstschädigung	2	7,7 %
Schaffen einer Vertrauensbasis als Grundlage für weitere Behandlung	2	7,7 %
Klärung der psychiatrischen Situation des Patienten	2	7,7 %
Keine Veränderung ersichtlich	2	7,7 %

Tabelle 36 : Positive Veränderungen durch stationäre KI

3.10.2 Einschätzung der aktuellen Symptomatik

Bei Beendigung der Krisenintervention wurden die Ärzte/Psychologen und bei den stationären Patienten zusätzlich die Bezugspersonen nochmals bezüglich ihrer Einschätzung der Symptomatik, die zur Krisenintervention geführt hatte, befragt. Die Einschätzung erfolgte wiederum auf einer Analogskala.

Vergleicht man die Angaben mit denen, die bei Beginn der Krisenintervention zur Schwere der Krisensymptomatik gemacht wurden, so zeigt sich, dass die von den Ärzten und Psychologen angegebenen Werte nur leicht gesunken sind und die der Bezugspersonen sogar noch gestiegen wären. Aufgrund der Erfahrung mit Krisenpatienten ist hier festzustellen, dass diese Frage offensichtlich missverstanden wurde.. Es kommt zwar vor, dass sich ein Krisenpatient während der Krisenintervention als schwerer gestört herausstellt, als man das vielleicht zu Beginn der Krisenintervention

eingeschätzt hatte. Die Symptomatik, die zur Krisenintervention geführt hat, steht jedoch meistens in engem Zusammenhang mit den Problemen, die der Patient mit seinem sozialem Umfeld hatte und verliert sich sehr schnell in der Klinik. Es ist zu vermuten, dass die Ärzte und Psychologen und die Bezugspersonen nicht die Symptomatik einschätzten, die zur Krisenintervention geführt hat, sondern die generelle psychische Situation der Krisenpatienten.

3.10.3Einschätzung des psychiatrischen Gesamtbildes

Der gleiche Personenkreis wie in Kapitel 3.10.2 beschrieben, wurde auf die gleiche Weise zur Einschätzung der gesamten psychiatrischen Situation der Patienten bei Ende der Krisenintervention befragt, unabhängig von der aktuellen Situation, die zur Krisenintervention geführt hatte.

	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Interquartil- bereich
Einschätzung der ambulanten Patienten durch den Arzt/Psychologen	5,4	2,2	5,8	4,3-7,3
Einschätzung der stationären Patienten durch den Arzt/Psychologen	6,7	2,0	6,8	4,9-8,0
Einschätzung der stationären Patienten durch die Bezugsperson	6,6	2,4	7,4	5,1-8,6

**Tabelle 37 : Einschätzung des psychiatrischen Gesamtbildes
bei Ende der KI**

Beim Vergleich mit den Angaben bei Beginn der Krisenintervention ergibt sich eine leichte Verbesserung des psychiatrischen Gesamtbildes für die stationären und ambulanten Krisenpatienten nach Einschätzung der Ärzte bzw. Psychologen. Die Bezugspersonen der stationären Krisenpatienten beurteilten jedoch wiederum die Situation am Ende der Krisenintervention schlechter als bei Beginn der Krisenintervention.

3.10.4 Kooperation der Patienten

Wie zu Beginn der Krisenintervention wurden die gleichen Personen zur Beurteilung der Kooperationsbereitschaft der Patienten und der Eltern (siehe Kapitel 3.4.3) befragt. Die Einschätzung erfolgte auf einer Analogskala von 10 cm Länge, wobei 0 = „sehr gut“ und 10 = „sehr schlecht“ bedeutete. Tabelle 38 gibt die Ergebnisse wieder.

	Mittelwert	Standard- abweichung	Median	Interquartil- bereich
Einschätzung der ambulanten Patienten durch den Arzt/Psychologen	3,0	2,8	2,4	0,7-4,6
Einschätzung der stationären Patienten durch den Arzt/Psychologen	2,8	2,2	2,3	0,8-4,1
Einschätzung der stationären Patienten durch die Bezugsperson	3,9	2,8	3,3	2,0-4,6

Tabelle 38 : Kooperation der Patienten am Ende der KI

Die Kooperation mit den Patienten hat sich nach Einschätzung aller therapeutisch beteiligter Personen im Verlauf der Krisenintervention verbessert.

3.10.5 Verhalten der stationären Patienten

Verhaltensqualitäten	Anzahl der Patienten, die dieses Verhalten zeigten	Anteil in Prozent von Ms = 26
Ruhig, aufgeschlossen, freundlich	8	30,8 %
Angespannt, ängstlich, unruhig	4	15,4 %
Gewalttätig gegen andere oder sich selbst	2	7,7 %
Distanzlos	1	3,8 %
Verwirrt, wahrnehmungsgestört	0	0
Stark schwankend	0	0
Zurückgezogen, ablehnend, unsicher	2	7,7 %
Keine Angaben	9	34,6 %
Insgesamt	17	100 %

Tabelle 39 : Verhalten der stationären Krisenpatienten am Ende der KI

Diese Angaben beruhen wie in Kapitel 3.9.6 auf der Beurteilung des Verhaltens der Krisenpatienten auf den Jugendlichenstationen durch die Bezugspersonen. Insgesamt waren am Ende der Krisenintervention mehr Patienten ruhig und aufgeschlossen als bei Beginn der Krisenintervention.

3.11 Weiterbehandlung nach der Krisenintervention

3.11.1 Stationäre Krisenpatienten

Die weitere Behandlung nach einer stationären Krisenintervention sah für die einzelnen Patienten folgendermaßen aus :

Weiterbehandlung nach der	Anzahl der	Anteil in Prozent
---------------------------	------------	-------------------

Krisenintervention	stationären Krisenpatienten	von Ms = 26
Keine weitere Behandlung	4	15,4 %
Stationäre Behandlung in der KJP-Tübingen	6	23,1 %
Stationäre Behandlung in anderer psychiatrischer oder psychosomatischer Klinik	3	11,5 %
Beginn einer ambulanten Therapie in der KJP-Tübingen	7	26,9 %
Beginn einer ambulanten Therapie anderswo	2	7,7 %
Weiterführung einer laufenden ambulanten Therapie	2	7,7 %
Unbekannt	2	7,7 %

Tabelle 40 : Weitere Behandlung nach stationärer Krisenintervention

Bei ca. 35 % der stationären Kriseninterventionen schloss sich eine stationäre Therapie an. 43 % begannen anschließend an die stationäre Krisenintervention eine ambulante Therapie oder führten eine bereits begonnene Therapie fort.

3.11.2 Ambulante Krisenpatienten

Tabelle 41 zeigt die weitere Behandlung der ambulanten Krisenpatienten nach der Krisenintervention.

Weiterbehandlung nach der Krisenintervention	Anzahl der ambulanten Krisenpatienten	Anteil in Prozent von Ma = 39
Keine weitere Behandlung	8	20,5 %
Stationäre Behandlung in der KJP-Tübingen	3	7,7 %
Stationäre Behandlung in anderer psychiatrischer oder psychosomatischer Klinik	5	12,8 %
Übergang in stationäre Krisenintervention	1	2,6 %
Beginn einer ambulanten Therapie in der KJP-Tübingen	13	33,3 %
Beginn einer ambulanten Therapie anderswo	2	5,1 %
Weiterführung einer laufenden ambulanten Therapie	2	5,1 %
Unbekannt	5	12,8 %

Tabelle 41 : Weitere Behandlung nach ambulanter Krisenintervention

Nach einer ambulanten Krisenintervention begannen ca. 21 % der Patienten eine stationäre Therapie. Der Anteil der Patienten, die nach einer ambulanten Krisenintervention eine ambulante Therapie begannen oder fortführten, betrug 43 % und war damit gleich groß wie bei den stationären Kriseninterventionspatienten.

3.11.3 Änderung des Aufenthaltsortes nach der Krisenintervention

Bei 46 % der stationären und 23 % der ambulanten Kriseninterventionen unserer Studie war die familiäre Situation offenbar so schwierig oder die Patienten so schwerwiegend gestört, dass sie nach der Krisenintervention nicht in ihr früheres soziales Umfeld entlassen wurden. Wie sich die weitere Unterbringung der Patienten gestaltete verdeutlicht Tabelle 42.

Aufenthaltsort nach der KI	Ambulante Kriseninterventionen	Stationäre Kriseninterventionen
Familie	23 (59 %)	10 (38,5 %)
Wohngruppe	5 (12,8 %)	5 (19,2 %)
Heim	2 (5,1 %)	3 (11,5 %)
Psychiatrische/psychosomatische Klinik	7 (17,9 %)	7 (26,9 %)
Somatische Klinik	1 (2,6 %)	0
Unbekannt	1 (2,6 %)	1 (3,8 %)

Tabelle 42 : Aufenthaltsort der Patienten nach der KI

3.11.4 Aufenthaltsort nach der Krisenintervention

Tabelle 42 zeigt die Institutionen, wohin die Patienten nach der Krisenintervention entlassen oder verlegt wurden und mit welcher Häufigkeit. Die in Tabelle 42 angegebenen Zahlen entsprechen der Anzahl der Patienten. Die Prozentangaben beziehen sich wie oben bei den ambulanten Kriseninterventionen auf $M_a = 39$ und bei den stationären auf $M_s = 26$. Bei einem ambulanten und einem stationären Patienten fehlten die Angaben. Zu den 7 stationären Krisenpatienten, die in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik entlassen wurden, ist anzumerken, dass 4 davon in der KJP-Tübingen regulär stationär aufgenommen wurden. Bei diesen 4 Patienten ging die

Krisenintervention direkt in eine stationäre Behandlung über, sie wurden also nicht im eigentlichen Sinn "entlassen", sondern es änderte sich ihr Status.

3.12 Daten zum Umfang therapeutischer und organisatorischer Maßnahmen bei Kriseninterventionen

Die gute Zusammenarbeit mit den Eltern, einer Wohngruppe oder anderen Einrichtungen während der Krisenintervention und bei der Planung weiterer Hilfsmaßnahmen für die Patienten ist eine wesentliche Voraussetzung, um den Krisenpatienten auch längerfristig wirksam helfen zu können.

Falls die Jugendlichen in einer Wohngruppe, einem Heim oder einer ähnlichen Einrichtung untergebracht sind und kein Kontakt zu den Eltern besteht, werden die entsprechenden Bezugspersonen einbezogen.

3.12.1 Dauer des Erstkontaktes

Die **durchschnittliche Dauer** eines Erstkontaktes betrug ca. **100 Minuten**, der **Median lag** bei **90 Minuten**.

Bei der Auswertung der Dauer des Erstkontaktes ergab sich eine **Standardabweichung von 53,99**. Der Grund für die große Streubreite der Werte liegt darin, dass manche Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme zu erregt waren, um mit ihnen ein Gespräch zu führen. Bei diesen Patienten lag der Schwerpunkt zunächst auf einer (eventuell medikamentösen) Behandlung der akuten Symptomatik. In diesen Fällen ist die Dauer des Erstgespräches entsprechend kurz, was sich in den **Minimalwerten von 15 Minuten** niederschlägt..

Im Gegensatz zu diesen extrem kurzen Verläufen der Erstkontakte, nehmen sie in der Regel sehr viel Zeit in Anspruch, was sich an einem **Maximalwert von 270 Minuten** zeigt.

Da die Zeitangaben meistens in vollen oder halben Stunden gemacht werden, finden sich Peaks bei 1 Stunde (60 min.), 1,5 Stunden (90 min) und 2 Stunden (120 min). Zum

üblichen Setting beim Erstkontakt von Kriseninterventionen siehe Kapitel 3.7.2 „Erstkontakt“. Die Dauer bezog sich ausschließlich auf die Gesprächszeit mit dem Patienten und gegebenenfalls mit den Eltern oder anderen Bezugspersonen. Nicht einbezogen wurde hier die Zeit für sonstigen organisatorischen Aufwand wie Telefonate mit anderen Einrichtungen oder die Koordination eines stationären Krisenplatzes vor Ort (siehe unten).

3.12.2 Die Arbeit mit den Patienten

Täglicher Zeitaufwand der Ärzte und Psychologen

Da eine Krisenintervention immer eine vom Patienten und seinen Problemen abhängige Eigendynamik entwickelt, von der es abhängt, wie häufig und wie lange die Termine mit dem Patient stattfinden, ist es schwer, eine exakte Zeitangabe für den Umfang dieser Arbeit zu machen. Die Ärzte bzw. Psychologen sollten daher angeben, wie viel Zeit sie ihrer Einschätzung nach ungefähr bei stationären Kriseninterventionen pro Tag investierten für:

- (Therapie-) Gespräche mit dem Patient
- Sozialhygiene und Alltag
- Außenkontakte (Gespräche, Telefonate, Briefe)
- Besprechungen

Gespräche :

Der **Mittelwert** lag wie der **Median** bei **60 Minuten** mit einem **Maximalwert** von **180 Minuten** und einem Minimalwert von **10 Minuten**. Die Verteilung der Werte weist mit einer **Standardabweichung von 46,3** eine starke Streuung auf.

Sozialhygiene und Alltag :

Da dieser Bereich hauptsächlich vom Pflegepersonal auf der Station abgedeckt wird haben wir hier einen deutlich geringeren Mittelwert von **12 Minuten** und einen Median von **5 Minuten**. Die **Maximal-** und **Minimalwerte** betragen **60** und **0 Minuten**. Die **Standardabweichung** zeigt mit **16,4** eine etwas geringere Streubreite an.

Außenkontakte :

Der **Mittelwert** lag bei **23 Minuten**, der **Maximalwert** betrug **60 Minuten**, wobei auch hier die Streubreite mit einer **Standardabweichung** von **18,7** nicht so groß wie bei den Therapiegesprächen war. Der **Median** lag bei **20 Minuten**.

Besprechungen :

Die Zeit die täglich für einen Krisenpatienten für Besprechungen aufgebracht wurde, wurde **im Mittel** mit **36 Minuten** angegeben, mit einer **Standardabweichung** von **27,9**. Die Werte schwankten hier wieder relativ stark. Der **Median** lag bei **30 Minuten**. Der **Maximalwert** beträgt **120 Minuten**, der **Minimalwert** **10 Minuten**.

Täglicher Zeitaufwand der Bezugspersonen

Wie die Ärzte und Psychologen sollten auch die Bezugspersonen angeben, wie viel Zeit sie pro Tag und Patient für die unterschiedlichen Bereiche bei einer Krisenintervention ihrer Meinung nach aufgebracht haben.

Gespräche :

Im **Durchschnitt** verwendeten die Bezugspersonen pro Tag **87 Minuten** für Gespräche mit den Krisenpatienten. 50 % der Gespräche dauerten länger als **60 Minuten**, 50 % kürzer (**Median = 60**). Der **Maximalwert** betrug **210 Minuten**, der **Minimalwert** **30 Minuten**. Die **Standardabweichung** von **61,7** zeigt auch hier eine große Streubreite der Werte an.

Sozialhygiene und Alltag :

Für diesen Bereich gaben die Bezugspersonen im **Durchschnitt** **104 Minuten** an. Der **Median** lag hier ebenfalls bei **60 Minuten**. Der **Interquartilbereich**, der 50 % der Werte umfasst, lag zwischen **30** und **195 Minuten**. Die **Standardabweichung** von **90,7** deutet auf eine noch stärkere Streuung der Werte als beim vorausgegangenen Item hin. Der **Maximal-** und **Minimalwert** betrug hier **270** bzw. **30 Minuten**.

Außenkontakte mit den Patienten :

Für Außenkontakte mit den Krisenpatienten sahen die statistischen Ergebnisse folgendermaßen aus :

- Mittelwert : 8 Minuten
- Standardabweichung : 15,3
- Median : 0 Minuten
- Interquartilbereich : 0 – 15 Minuten

Besprechungen :

Die Bezugspersonen waren pro Tag und Patient im **Durchschnitt 39 Minuten** mit Besprechungen beschäftigt. Die **Standardabweichung** lag hier mit **20,3** nicht so hoch wie bei den anderen Bereichen, aber auch hier ist die Streubreite noch relativ groß. Der **Median** betrug **30 Minuten**. Der **Maximalwert** war **90 Minuten**, der **Minimalwert 10 Minuten**. 50 % der Angaben lagen zwischen **30** und **60 Minuten (Interquartilbereich)**.

3.12.3 Elternarbeit

Elternarbeit der Ärzte und Psychologen

Bei regulären stationären Therapien ist die regelmäßige Elternarbeit eine wesentlicher Faktor der Therapie. Auch bei den Kriseninterventionen ist die Elternarbeit oder die Arbeit mit dem sozialen Umfeld der Patienten ein wichtiger Bestandteil der Behandlung. Die Elterngespräche können mit oder ohne Patient stattfinden. Teilweise wurden sie per Telefon geführt.

Anzahl der Elterngespräche

Bei 6 Kriseninterventionen bestand während der gesamten Behandlung kein Kontakt zu den Eltern. Da die Auswertung der Angaben bei den Mehrfachaufnahmen in diesem Fall statistisch sinnvoll ist, beziehen sich die Prozentangaben bei den Kriseninterventionen

insgesamt auf $M = 65$, bei den stationären Kriseninterventionen auf $M_s = 26$ und bei den ambulanten auf $M_a = 39$.

Anzahl der Elterngespräche :	Ambulante Kriseninterventionen	Stationäre Kriseninterventionen	Kriseninterventionen insgesamt
Kein Kontakt mit den Eltern	15,4 % (6)	0	9,2 % (6)
Keine Elterngespräche	28,2 % (11)	15,4 % (4)	23,1 % (15)
1 Elterngespräch	23,1 % (9)	11,5 % (3)	18,5 % (12)
2 - 4 Elterngespräche	12,8 % (5)	26,9 % (7)	18,5 % (12)
5-10 Elterngespräche	15,4 % (6)	38,5 % (10)	24,6 % (16)
> 10 Elterngespräche	5,1 % (2)	7,7 % (2)	6,2 % (4)

Tabelle 43 : Anzahl der Elterngespräche der Ärzte/Psychologen

Insgesamt wurden bei stationären Kriseninterventionen mehr Elterngespräche geführt, als bei ambulanten Kriseninterventionen. Bei 23,1 % also ungefähr $\frac{1}{4}$ der gesamten Kriseninterventionen, bei denen Kontakt zu den Eltern bestand, fanden keine Elterngespräche statt.

Die Dauer der Elterngespräche wurden nur bei den ambulanten Kriseninterventionen erfasst.

Dauer der Elterngespräche

Da in den meisten Fällen mehrere Gespräche geführt wurden, gaben die Ärzte/Psychologen die durchschnittliche Dauer eines Gespräches an. Die folgenden Zahlen beruhen daher auf geschätzten Angaben der Therapeuten und geben einen ungefähren Eindruck des zeitlichen Rahmens der Elternarbeit wieder.

Die **Durchschnittliche Dauer eines Elterngespräches** wurde mit ca. **26 Minuten** angegeben. Dabei ist zu bedenken, dass pro Krisenintervention meistens mehrere Elterngespräche geführt wurden. Der **Maximalwert** lag bei **180 Minuten**.

Insgesamt zeigt sich eine Linksverschiebung, die durch viele kürzere Gespräche (Telefonate), zustande kommt. Die **Standardabweichung** beträgt **36** und verdeutlicht die große Streubreite der Werte.

Themen der Elterngespräche

Bei den stationären Kriseninterventionen wurden die Therapeuten zu den Themen der Elterngespräche befragt. Es ergaben sich 3 Themenkomplexe :

- Häufigster Gesprächsinhalt der Elterngespräche waren die weitere Unterbringung des Patienten oder das weitere Vorgehen nach der Krisenintervention (42,3 %).
- Die zweite Stelle nahmen Gespräche zu organisatorischen Fragen (Termine, Besuchsregelung, Aufenthaltsdauer) bezüglich der Krisenintervention ein (26,9 %).
- Den kleinsten Anteil der Gespräche bildeten solche mit thematischem Inhalt, bei denen die Eltern bereit waren, sich um die Suche nach möglichen Ursachen oder Auswegen aus der Krisensituation ihrer Kinder zu bemühen (15,4 %).

Bei 26,9 % der Kriseninterventionen wurden zur Frage des Inhalts der Elterngespräche keine Angaben gemacht.

Elternarbeit der Bezugspersonen bei stationären Kriseninterventionen

Anzahl der Elterngespräche

Im Mittel führte jede Bezugsperson 2 Elterngespräche pro Krisenintervention. Die Verteilung der Häufigkeit von Elterngesprächen der Bezugspersonen sieht wie folgt aus:

- Keine Elterngespräche bei 5 Kriseninterventionen
- 1 Elterngespräch bei 2 Kriseninterventionen
- 2 Elterngespräche bei 3 Kriseninterventionen
- 3 Elterngespräche bei 5 Kriseninterventionen
- 4-6 Elterngespräche bei 3 Kriseninterventionen

Themen der Elterngespräche

Die Bezugspersonen sollten angeben, welches Thema bei den Elterngesprächen den Schwerpunkt bildete, was natürlich nicht ausschließt, dass auch über andere Themen mit den Eltern gesprochen wurde.

Themen der Gespräche mit den Eltern	Anteil in Prozent von Ms = 26	Anzahl der Patienten
Krisensituation	11,5 %	3
Weiteres therapeutisches Vorgehen/ weitere Unterbringung/Entlassung	19,2 %	5
Familiäre Situation	3,8 %	1
Befindlichkeit der Patienten	30,8 %	8
Organisatorisches (Kleidung, Wochenendregelung, Termine)	26,9 %	7
Keine Angaben	7,7 %	2

Tabelle 44 : Themen der Elterngespräche der Bezugspersonen

3.12.4 Kontaktarbeit

Außer den Gesprächen mit den Eltern müssen meistens noch Gespräche mit anderen Einrichtungen und Institutionen (Jugendamt, Ärzte, Schule etc.) geführt werden.

Da die Therapieplätze der KJP-Tübingen begrenzt sind, der Versorgungsauftrag aber wie oben beschrieben einen Raum mit ca. einer Million Menschen umfasst, müssen längere Therapien häufig von anderen Einrichtungen (**Kliniken, niedergelassene Therapeuten**, etc.) übernommen werden. Diese Therapieplätze zu koordinieren, ist eine weitere Aufgabe, die im Rahmen einer Krisenintervention von den zuständigen Ärzten/Psychologen geleistet werden muss.

12 Patienten unserer Studie kamen aus einem **Heim** oder einer **Wohngruppe**. Bei diesen und bei einigen anderen Patienten sind daher Kontakte zu anderen Institutionen

(**Jugendamt**, Wohngruppe, etc.) notwendig, die über weitere Schritte informiert werden müssen und mit denen das weitere Vorgehen besprochen wird.

Um Aufklärungsarbeit bei Lehrern und Mitschülern zu leisten und zur Einschätzung der schulischen Lage des Patienten, kann es notwendig und sinnvoll sein, die **Schule** mit einzubeziehen.

Kontaktarbeit der Ärzte bzw. Psychologen

Tabelle 45 zeigt die Anzahl der Kriseninterventionen, bei denen Kontakte zu anderen Einrichtungen oder Institutionen bestanden. Die Prozentangaben beziehen sich für die ambulanten Kriseninterventionen auf die Menge $M_a = 39$, für die stationären auf $M_s = 26$ und für die gesamten Kriseninterventionen auf $M = 65$. Die Zahlen in Klammern geben die Anzahl an Kriseninterventionen wieder. Es gab natürlich durchaus Kriseninterventionen, bei denen Kontakte zu mehreren Einrichtungen oder Institutionen bestanden, daher waren Mehrfachnennungen möglich..

Kontaktierte Einrichtung/Institution	Ambulante KI	Stationäre KI	KI insgesamt
Keine weiteren Kontakte	35,9 % (14)	11,5 % (3)	26,2 % (17)
Jugendamt	5,1 % (2)	42,3 % (11)	20 % (13)
Andere Klinik/en	23,1 % (9)	23,1 % (6)	23,1 % (15)
Arzt/Ärzte	7,7 % (3)	11,5 % (3)	9,2 % (6)
Wohngruppe/Heim	12,8 % (5)	42,3 % (11)	24,6 % (16)
Gericht	0	3,8 % (1)	1,5 % (1)
Jugendhilfe	0	3,8 % (1)	1,5 % (1)
Beratungsstelle/ niedergelass. Therapeut	5,1 % (2)	0	3,1 % (2)
Schule	7,7 % (3)	0	4,6 % (3)

Tabelle 45 : Kontakte der Ärzte/Psychologen zu anderen Institutionen

Bei stationären Kriseninterventionen bestanden insgesamt weit mehr Kontakte zu anderen Einrichtungen oder Institutionen als bei den ambulanten Kriseninterventionen. Für die ambulanten und die stationären Kriseninterventionen zusammen lässt sich jedoch sagen, dass nur bei $\frac{1}{4}$ aller Fälle keine weiteren Kontakte zu anderen Institutionen oder Einrichtungen nötig waren. Um die teilweise sehr großen Differenzen zwischen ambulanten und stationären Kriseninterventionen anschaulich zu machen, sind in Diagramm 22 die Ergebnisse aus Tabelle 45 zusätzlich visuell dargestellt.

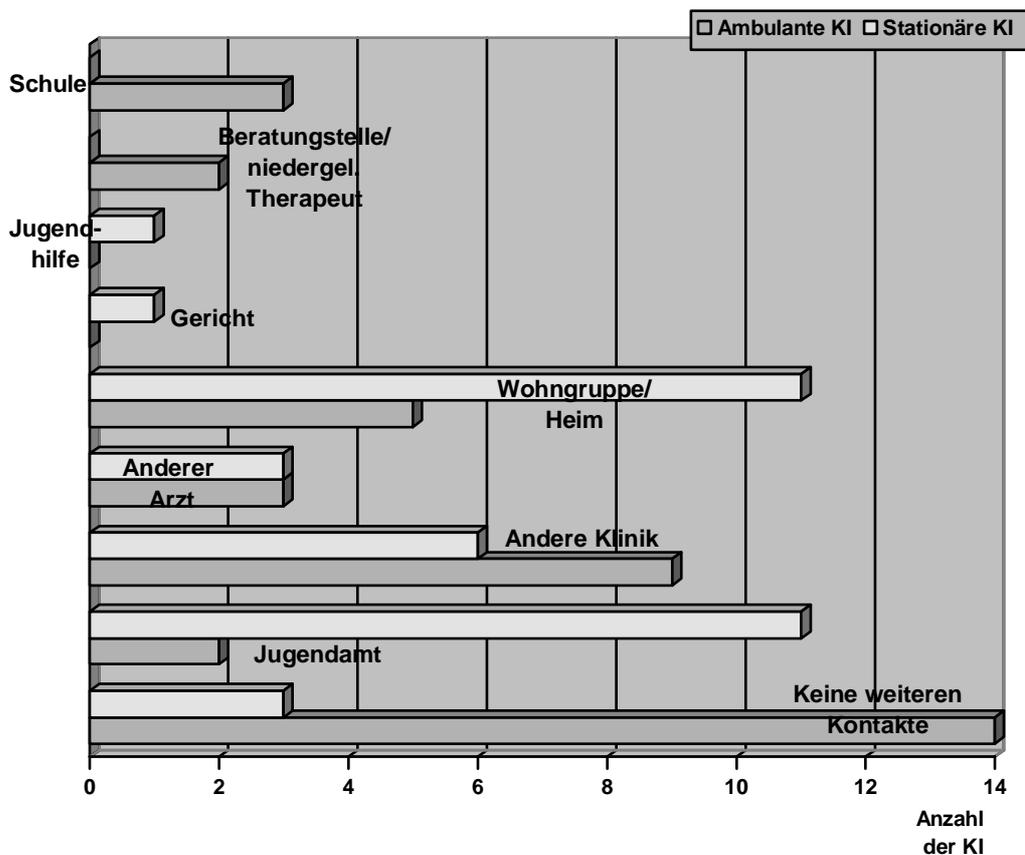


Diagramm 22: Kontakte der Ärzte/Psychologen zu anderen Institutionen

Anzahl der Gespräche

Bei 17 der 65 Kriseninterventionen wurden, wie oben gezeigt, keine Gespräche mit anderen Einrichtungen geführt. Bei 11 Kriseninterventionen fehlten die Angaben zur

Anzahl der Gespräche. Tabelle 46 zeigt die Anzahl der Gespräche bei den restlichen 37 Kriseninterventionen.

Anzahl der Gespräche pro KI	Ambulante Kriseninterventionen	Stationäre Kriseninterventionen	Kriseninterventionen insgesamt
1 Gespräch	41,1 % (7)	15,8 % (3)	27,5 % (10)
2 – 4 Gespräche	29,4 % (5)	31,6 % (6)	30,6 % (11)
5 – 10 Gespräche	29,4 % (5)	36,8 % (7)	33,4 % (12)
Mehr als 10 Gespräche	5,8 % (1)	15,8 % (3)	11,1 % (4)

Tabelle 46 : Anzahl der Gespräche zwischen Ärzten/Psychologen und anderen Einrichtungen

Themen der Gespräche mit anderen Institutionen

Bei den stationären Kriseninterventionen wurden die Ärzte bzw. Psychologen nach den Gesprächsinhalten bei Kontakten zu anderen Einrichtungen befragt. Die Schwerpunkte der Gespräche mit anderen Einrichtungen sahen folgendermaßen aus :

- Bei 46,2 % (12) der Kriseninterventionen ging es in den Gesprächen hauptsächlich um die weitere Unterbringung oder einen Therapieplatz für den Patient oder um die richterliche Unterbringung.
- In einem Fall ging es um die Klärung der Zuständigkeit für den Jugendlichen.
- Bei 4 Kriseninterventionen (15,4 %) wurden Informationen über die Situation des Jugendlichen mit anderen Institutionen ausgetauscht.
- In 26,9 % (7) der Fälle ging es um Terminvereinbarungen und andere organisatorische Dinge.
- Bei 23,1 % (6) fehlten die Angaben.

Kontaktarbeit der Bezugspersonen bei stationären Kriseninterventionen

Die Angaben über die Häufigkeit der Kontakte der Bezugspersonen mit anderen Einrichtungen beruhen auf den 18 stationären Kriseninterventionen, bei denen die

Bezugspersonenbögen zu diesem Thema ausgewertet werden konnten. Bei den restlichen 8 Kriseninterventionen fehlten diese Angaben

Institution mit der die Bezugsperson Kontakt hatte	Anzahl der KI, bei denen dies der Fall war	Anteil in Prozent an den 26 stationären KI
Keine Kontakte zu anderen Einrichtungen	10	38,5 %
Jugendamt	4	15,4 %
Andere Klinik	2	7,7 %
Arzt außerhalb der KJP	4	15,4 %
Wohngruppe	4	15,4 %
Keine Angaben	8	30,8 %

Tabelle 47 : Kontakte der Bezugspersonen zu anderen Institutionen

Bei mindestens 50 % der stationären Kriseninterventionen fanden über die Kontaktarbeit der Ärzte und Psychologen hinaus noch Gespräche oder Telefonate zwischen dem Pflegepersonal auf Station und anderen Einrichtungen oder Institutionen statt.

Anzahl und Inhalte der Gespräche der Bezugspersonen mit anderen Institutionen

Es wurden von den Bezugspersonen im Mittel pro Krisenintervention 2 Gespräche mit anderen Einrichtungen geführt. Dabei fanden bei mindestens 10 Kriseninterventionen keine Gespräche dieser Art statt, dafür bei einer Krisenintervention 10, bei einer weiteren 8 solcher Gespräche. Bei der Hälfte aller Kriseninterventionen fanden zwischen 0 und 3 Gesprächen statt.

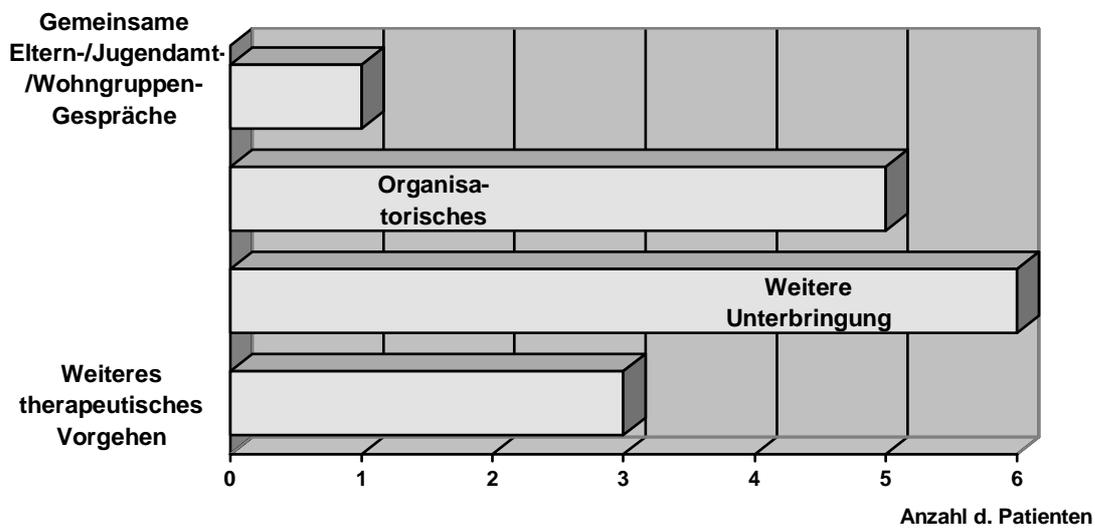


Diagramm 23 : Themen der Gespräche zwischen Bezugspersonen und anderen Einrichtungen

3.12.5 Stationsarbeit

Die folgenden Angaben über die Arbeit mit den stationären Kriseninterventionspatienten beruhen auf den Ergebnissen der Bezugspersonenfragebögen, die durch die betreuenden Pflegekräfte auf den Stationen für die jeweiligen Patienten ausgefüllt wurden. Leider fehlten bei 8 der 26 stationären Kriseninterventionen die Angaben der Bezugspersonen.

Alltagsgestaltung der stationären Kriseninterventionspatienten

Tabelle 48 führt die unterschiedlichen Alltagstätigkeiten, die von den Bezugspersonen mit den Krisenpatienten unternommen wurden und die Häufigkeiten der einzelnen Unternehmungen auf. Mehrfachnennungen waren möglich

Alltagsgestaltung	Anzahl der Patienten	Anteil in Prozent von Ms = 26

Begleitung bei Mahlzeiten in der Gruppe	7	26,9 %
Einzelbegleitung bei Mahlzeiten im Zimmer	10	38,5 %
Betreute Medikamenteneinnahme	4	15,4 %
Begleitung beim Rauchen	6	23,1 %
Dauernde Einzelbegleitung	2	7,7 %
Häufige Kurzkontakte (alle 15-30 Min)	11	42,3 %
Körperhygiene/ WC	6	23,1 %
Kontrollierte Sondenernährung	1	3,8 %
Keine Angaben	8	30,8 %

Tabelle 48 : Alltagsgestaltung der stationären Krisenpatienten

Besondere Aktivitäten

Neben den regulären und fest eingeplanten therapeutischen Maßnahmen auf den Stationen unternahmen die Bezugspersonen mit den Krisenpatienten je nach Bedarf weitere Aktivitäten. Diagramm 24 zeigt exemplarisch einige der Aktivitäten, welche die Bezugspersonen auf den Stationen mit den stationären Krisenpatienten unternahmen.

Mehrfachnennungen waren möglich. Da bei 8 der 26 stationären Kriseninterventionen die Fragebögen der Bezugspersonen nicht ausgefüllt wurden und auch bei den rückläufigen Fragebögen anzunehmen ist, dass aus Zeitgründen nicht alle Aktivitäten, die tatsächlich mit den Krisenpatienten unternommen wurden, auch aufgeführt wurden, kann dieses Diagramm keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Mit "Aktivitäten außerhalb" sind solche gemeint, die außerhalb der Station oder Klinik stattfanden, wie Spaziergänge, Einkäufe oder Telefonieren. "Aktivitäten mit der Station" sind z. B. Feste, Disco oder Kochen. Solche Teilnahmen am Stationsablauf sind, wie oben beschrieben, für Krisenpatienten eine Ausnahme.

Gespräche mit den Krisenpatienten gehören für die Bezugspersonen natürlich zum Alltag; wenn diese jedoch außergewöhnlich lange oder häufig waren, wurden sie von einzelnen Bezugspersonen extra aufgeführt.

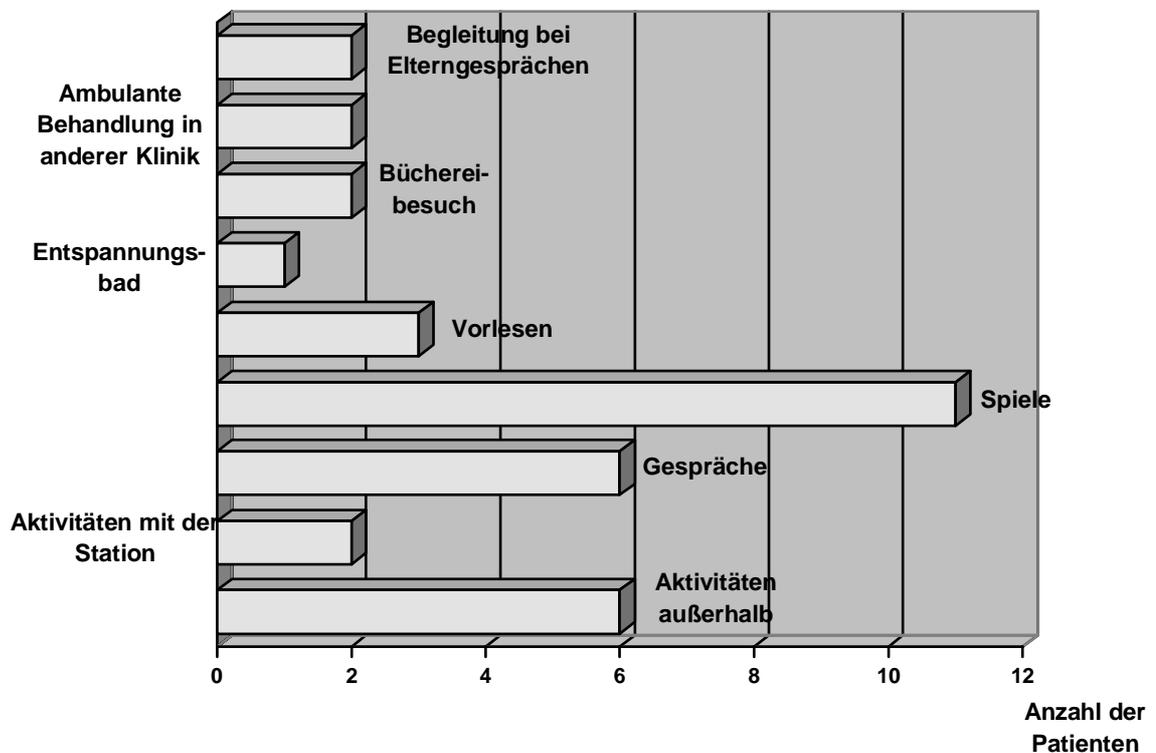


Diagramm 24 : Besondere Aktivitäten der stationären Krisenpatienten

3.12.6 Dauer der Behandlung

Ambulante Kriseninterventionen

Zur Quantifizierung des Umfangs ambulanter Kriseninterventionen dient die Anzahl und Dauer der Therapiesitzungen, die im Rahmen von Kriseninterventionen stattfanden.

Bei 20 der ambulanten Kriseninterventionen – das entspricht einem Anteil von 54 % - umfasste die Krisenintervention nur eine Sitzung. Diese dauerte im **Mittel 91 Minuten**, also ca. 1,5 Stunden. Der **Maximalwert** von **3 Stunden** wurde einmal bei dieser Untergruppe angegeben.

Der **Mittelwert** der Anzahl der Kriseninterventionssitzungen lag bei **2 Therapiesitzungen**.

Die **Standardabweichung** von **1,5** zeigt die geringe Streubreite der Werte an.

Die 3 längsten Kriseninterventionen umfassten 6 Therapiesitzungen.

Die **durchschnittliche Dauer** aller ambulanten Kriseninterventionssitzungen betrug im Mittel **92 Minuten** und zeigte eine große Streubreite (Standardabweichung 34,7). Die Werte schwankten zwischen 45 (einmal) und 180 Minuten (zweimal).

Bei 1 Stunde und bei 2 Stunden Dauer zeigt das Histogramm zwei große Peaks.

Stationäre Kriseninterventionen

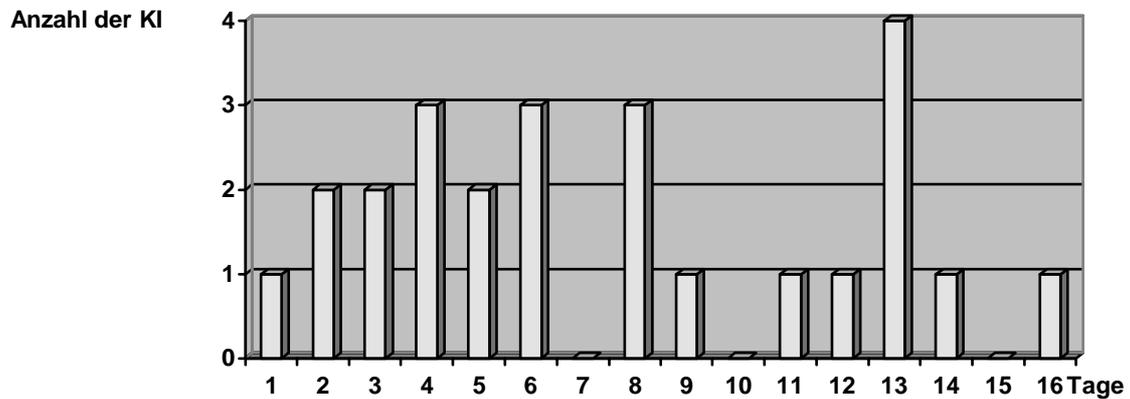


Diagramm 25: Dauer der stationären Kriseninterventionen

Die Dauer der stationären Kriseninterventionen bewegte sich zwischen einem Tag und maximal 16 Tagen. Die **durchschnittliche Dauer** betrug **8 Tage**. Der **Median** lag bei 7 Tagen. Daraus folgt, dass 50 % der Kriseninterventionen länger als 7 Tage dauerten und 50 % kürzer. Die Hälfte der Kriseninterventionen dauerte zwischen 4 und 12 Tagen (**Interquartilbereich**).

3.12.7 Medikamentöse Behandlung im Verlauf von Kriseninterventionen

Ambulanter Kriseninterventionen

Bei 8 Patienten (20 % der ambulanten Patienten) war die medikamentöse Behandlung Bestandteil der Krisenintervention. 30 Kriseninterventionen (76,9 % aller ambulanten Kriseninterventionen) wurden ohne Medikamente durchgeführt. Bei einem Patienten fehlten die Angaben zur Medikation. Von den 8 Kriseninterventionen, bei denen Medikamente gegeben wurden, nahmen 7 Patienten 1 Medikament, während 1 Patient 3 Medikamente (Haldol, Neurocil, Akineton) einnahm. Diese Dreifach-Kombination nahm der Patient auch nach Beendigung der Krisenintervention weiterhin ein.

9 Patienten nahmen auch über die Krisenintervention hinaus die Medikamente ein.

Die Compliance der ambulanten Patienten war sehr gut, es gab keinen Patienten, der die verschriebenen Medikamente nicht einnahm.

Stationärer Kriseninterventionen

Von den 26 stationären Kriseninterventionen wurden 11 mit medikamentöser Behandlung durchgeführt, was einem Anteil von 42,3 % entspricht. Bei den stationären Kriseninterventionen wurden demnach doppelt so häufig wie bei ambulanten Kriseninterventionen zusätzlich zur psychotherapeutischen Arbeit Medikamente eingesetzt. 15 stationäre Kriseninterventionen fanden ohne den Einsatz von Medikamenten statt. Von den 11 Kriseninterventionen mit Medikamenten-Einsatz nahmen 9 Patienten nach Beendigung der Krisenintervention ihre Medikamente weiterhin ein. Die am häufigsten verschriebenen Medikamente waren schwach- und mittelpotente Neuroleptika und in zwei Fällen Haldol (hochpotentes Neuroleptikum). 6 Patienten nahmen ein Präparat und 5 Patienten nahmen 2 verschiedene Medikamente. Von allen 65 Kriseninterventionen wurden bei 19 Kriseninterventionen, das entspricht einem Anteil von 29,2 %, Medikamente eingesetzt.

4 Diskussion der Ergebnisse und Vergleiche mit Literaturangaben

In unserer Studie haben wir ein Jahr lang die Kriseninterventionen, die in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter der Universität Tübingen durchgeführt wurden, untersucht. Da es sich um eine Beobachtungsstudie handelte, stellten wir im Voraus keine speziellen Hypothesen auf, sondern konzentrierten uns auf die Erfassung möglichst vieler Daten zu den Krisenpatienten und zum Inhalt und Umfang der Behandlung der Krisenpatienten. Unser besonderes Augenmerk galt möglichen Unterschieden zwischen ambulanten und stationären Patienten - die in der Diskussion besonders berücksichtigt werden - sowie dem zeitlichen Umfang und den therapeutischen Inhalten der Kriseninterventionsarbeit. Mit dieser Studie wollten wir ferner an frühere, retrospektive Arbeiten über stationäre Kriseninterventionen in unserer Abteilung anknüpfen, um dort gemachte Beobachtungen, durch eine prospektive Untersuchung zu vertiefen.

4.1 Basisdaten der Gesamtstichprobe bei Aufnahme

4.1.1 Das Alter der Krisenpatienten

Das mittlere Alter der Krisenpatienten lag bei 14,4 Jahren. Dieser Altersdurchschnitt ist im Vergleich mit anderen Studien¹⁸ aus der selben Klinik relativ niedrig. Das durchschnittliche Alter lag beispielsweise in der Untersuchung von Günter (1990), die sich ebenfalls auf Kriseninterventionen in der KJP Tübingen stützt, mit 16,3 Jahren um zwei Jahre über dem durchschnittlichen Alter der Krisenpatienten in unserer Studie. Dabei ist zu beachten, dass diese frühere Untersuchung nur die stationären

¹⁸ Günter et al. in : Klosinski, 1997, S.166 ; Günter, 1990 , S.27

Kriseninterventionen berücksichtigt hat und diese zeigten auch in unserer Studie ein durchschnittlich höheres Alter als die ambulanten Krisenpatienten. Ein denkbarer Grund für das geringere Durchschnittsalter der Krisenpatienten in unserer Studie ist auch die Verschlechterung der psychosozialen Rahmenbedingungen. Mindestens 27 % der Patienten kommen aus einer "broken-home-Situation". Diese Situation macht Kinder anfälliger für psychische Störungen. Das bedeutet für die Kinder und Jugendlichen einerseits, dass sie häufiger sich selbst überlassen sind, weil der familiäre Rückhalt fehlt, und die Mütter, bei denen die Kinder meist leben, arbeiten gehen müssen. Andererseits bedeutet es auch für die Kinder oft eine finanzielle Verschlechterung, wodurch sie unter Umständen Diskriminierungen in der Schule (Schullandheim kann nicht gezahlt werden etc.) und unter Freunden ausgeliefert sind. (Siehe hierzu auch Kapitel 4.3.1).

Interessant ist auch, dass sich das durchschnittliche Alter der Mädchen mit 14,4 Jahren von dem der Jungen (14,5 Jahre) praktisch nicht unterscheidet, obwohl bei Mädchen die Pubertät im Durchschnitt früher einsetzt als bei Jungen¹⁹. Das spricht dafür, dass die Pubertät nur in wenigen Fällen als ursächlich für die Krisen im Jugendalter angesehen werden kann. Weniger tragfähige Familien, geringere erzieherische Immunisierung und größere Belastungen, denen Kinder und Jugendliche ausgeliefert sind, können dazu führen, dass psychische Störungen entstehen, die dann in der Pubertät als "vulnerable Phase" offenkundig werden.

4.1.2 Geschlechterverteilung

Bei der Verteilung der Geschlechter ergab sich zwar analog zu den Angaben in der Literatur²⁰ ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts jedoch nicht in so deutlichem Ausmaß, wie dies teilweise in der Literatur beschrieben ist.

Sehr deutlich waren die Geschlechterunterschiede aber bei den stationären Kriseninterventionen. Hier stehen 73,1 % (19) Mädchen nur 26,9 % (7) Jungen gegenüber (siehe Diagramm 3 zur Geschlechterverteilung bei stationären Kriseninterventionen im Ergebnisteil).

¹⁹ Lempp, 1981, S.19

²⁰ Remschmidt,1992: Psychiatrie der Adoleszenz,(S. 385-387);Günter,1990, (S.72); Schmidtke et al., 1996

Diese signifikante Differenz hängt unserer Auffassung nach mit der unterschiedlichen Psychopathologie und den verschiedenen Krisenanlässen zwischen Jungen und Mädchen zusammen. Die psychischen Störungen bei Jungen und Mädchen weisen unterschiedliche Häufigkeiten auf. Während Jungen eher durch nach Außen gerichtete Symptomatik, wie Delinquenz und Aggressivität auffallen, stehen bei Mädchen eher gegen sich selbst gerichtete Symptome, wie Anorexie, Depression oder Suizidalität im Vordergrund.²¹

Wenn man davon ausgeht, dass Suizidalität ein wichtiges Kriterium für eine stationäre Aufnahme ist und Diagramm 20 im Ergebnisteil zeigt, dass 77 % der suizidalen Patienten Mädchen waren, jedoch nur 23 % Jungen, so könnte man darin eine Erklärung für die Mädchenlastigkeit bei den stationären Kriseninterventionen sehen.

Bemerkenswert ist auch, dass sich die Geschlechterverteilung der suizidalen Patienten, wie sie in Diagramm 19 des Ergebnisteils dargestellt ist, mit den Angaben in der Literatur decken, die besagen, dass Suizidversuche etwa zwei- bis dreimal häufiger von Mädchen als von Jungen ausgeführt werden.²²

4.1.3 Staatsangehörigkeit

Bei der Verteilung der Staatsbürgerschaft fällt ein Anteil von insgesamt 18,6 % (11) Patienten auf, die aus anderen Ländern stammen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung lebten davon jedoch außer einem Patienten, der nur vorübergehend, aufgrund einer Operation, in Deutschland war, alle überwiegend in Deutschland. Der Ausländeranteil im Landkreis Tübingen lag im Untersuchungszeitraum bei 13,2 %²³. Der Anteil an ausländischen Krisenpatienten lag damit um 5 % über dem durchschnittlichen Ausländeranteil. Leider gibt es gerade für Familien aus anderen Kulturkreisen in Deutschland kaum spezialisierte Einrichtungen. Wie Schepker²⁴ in einer Untersuchung zeigte, fehlt es vielerorts an fremdsprachigen Therapeuten und an gezielter und verständlicher Information für ausländische Familien über psychosoziale Hilfsangebote. Um so positiver ist der relativ hohe Anteil an ausländischen Kindern unserer Studie zu

²¹ Nissen, 1995, S.13-14

²² Remschmidt, 1997, S.283

²³ Daten des statistischen Landesamts

²⁴ Schepker, 1999

werten, da sie offensichtlich die Möglichkeit zur Krisenintervention in der KJP wahrgenommen haben. Allerdings nehmen ausländische Patienten selten ein längerfristiges Therapieangebot wahr.

4.2 Psychische Situation der Krisenpatienten

4.2.1 Verteilung ambulanter und stationärer Kriseninterventionen

60 % der Kriseninterventionen fanden ambulant statt, 40 % stationär. 4 Patienten hatten im Erhebungszeitraum zwei Kriseninterventionen, 1 Patient wurde dreimal zur Krisenintervention vorgestellt. Die Tatsache, dass von den 11 Kriseninterventionen dieser Patienten 8 stationär stattfanden deutet darauf hin, dass bei den Patienten mit Mehrfachaufnahmen schwerwiegende Störungen vorlagen, die zu häufigeren krisenhaften Zuständen führten.

Der Vergleich mit einer früheren Studie zeigt, dass dies ein sehr geringer Anteil an Mehrfachaufnahmen ist. In den dreieinhalb Jahren vom 1.1.1982 bis 1.7.1985 wurden 49 Patienten (also ca. 14 Patienten pro Jahr) zu insgesamt 76 stationären Kriseninterventionen in die KJP Tübingen aufgenommen.²⁵ Der Anteil der Mehrfachaufnahmen an den stationären Kriseninterventionen betrug demnach in unserer Studie 23 % gegenüber durchschnittlich 35 % Mehrfachaufnahmen vor 12 Jahren. Allerdings ist die Zahl der stationären Krisenpatienten von 14 pro Jahr noch vor ca. 12 Jahren auf 22 angestiegen. Der geringere Anteil an Patienten, die mehrere Kriseninterventionen in kurzen Abständen benötigten, spricht für die Verbesserung der weiterreichenden Hilfsmaßnahmen und eine bessere Koordination mit anderen Einrichtungen und Institutionen, so dass Kindern und Jugendlichen in Krisen heute langfristig besser geholfen werden kann.

Bei ungefähr der Hälfte der ambulanten Kriseninterventionen war der Patient selbst oder die Eltern ausschlaggebend für die Wahl des Settings. Davon lehnten 32 % eine stationäre Aufnahme kategorisch ab. Bei den anderen ermöglichte die gute Kooperation

²⁵ W. Günter, 1990

mit dem Patient und den Eltern ein ambulantes Setting, wo unter anderen Voraussetzungen eine stationäre Aufnahme nötig gewesen wäre. Diese Ergebnisse zeigen, dass bei der Entscheidung, ob eine Krisenintervention ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, die Fähigkeit der Eltern zur Zusammenarbeit mit dem Therapeuten eine wesentliche Rolle spielt. Wenn eine gute Basis zu den Eltern hergestellt werden kann, auf deren Tragfähigkeit der Therapeut sich verlassen kann, kann ein Krisenpatient eher ambulant betreut werden, als wenn die Eltern zu einer guten Zusammenarbeit nicht in der Lage sind. Es zeigt sich aber auch, dass manche Patienten oder ihre Eltern eine notwendige stationäre Behandlung verweigern, weil sie Vorbehalte gegen die Psychiatrie im Sinne einer Stigmatisierung haben. Oder die Eltern haben Angst, dass erzieherische Defizite oder Übergriffe aufgedeckt werden. Ebenso häufig haben die Eltern und die Patienten Angst vor einer Trennung, die sie nicht aushalten können.

Ein weiteres Kriterium für die Entscheidung zu einem ambulanten oder stationären Setting ist eine gute Beziehung zwischen Therapeut und Patient, ohne die eine Krisenintervention praktisch nicht möglich ist. Um die Suizidalität eines Patienten richtig einzuschätzen, braucht der Therapeut das Vertrauen des Patienten und umgekehrt.

Für stationäre Kriseninterventionen war der von den Ärzten/Psychologen am häufigsten genannte Grund die nicht einschätzbare Suizidalität. 57 % der stationären Kriseninterventionen waren darauf begründet. Bei 37 % spielte das soziale Umfeld des Patienten, z.B. wegen mangelnder Stabilität, eine Rolle. Ungefähr 15 % (5) der stationären Kriseninterventionspatienten wurden über die Polizei oder auf gerichtlichen Beschluss eingewiesen.

Interessant ist auch, dass bei 23 % der Patienten durch spezifische Medikamente und eine engmaschige ambulante Betreuung eine stationäre Unterbringung umgangen werden konnte. Davon profitierten vor allem Patienten mit psychotischen Krisen.

4.2.2 Schweregrad der aktuellen Symptomatik und des psychiatrischen Gesamtbildes

Wie bereits in Kapitel 3.10.2 beschrieben, wurde diese Frage von den Ärzten/Psychologen und den Stationsmitarbeitern offensichtlich missverstanden. Die

Fragestellung war von der zur Einschätzung der psychischen Gesamtsituation des Patienten in der Formulierung auf den Fragebögen nicht ausreichend unterschieden. Die klinische Erfahrung zeigt eindeutig, dass sich durch die Krisenintervention die oft heftige Krisensymptomatik sehr schnell verliert, was natürlich nichts über die zugrunde liegenden eigentlichen Probleme aussagt. Diese Erfahrung wird auch durch die in Tabelle 36 des Ergebnisteils aufgeführten Zahlen bestätigt, wonach nur bei zwei der stationären Patienten keine Veränderung der Situation beschrieben wurde.

Bei der Einschätzung des psychiatrischen Gesamtbildes zeigten sich leichte Unterschiede sowohl zwischen den ambulanten und stationären Krisenpatienten als auch zwischen den Ärzten/Psychologen und den Bezugspersonen. Die Mittelwerte der Einschätzungen der ambulanten Patienten sind bei Beginn und Ende der Krisenintervention gleich hoch mit 5,4. Für die stationären Patienten lag der Mittelwert bei Ende der Krisenintervention von den Ärzten/Psychologen etwas niedriger als der bei Beginn. Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant weshalb es nicht sinnvoll erscheint, hieraus Rückschlüsse zu ziehen.

Die Bezugspersonen schätzten allerdings das psychiatrische Gesamtbild bei Ende der Krisenintervention etwas schlechter ein, als sie dies noch bei Beginn getan hatten. Da die Bezugspersonen durch den alltäglichen Kontakt näher am Patienten sind als die Ärzte und Psychologen, kann man vor diesem Hintergrund die Zahlen so verstehen, dass das tatsächliche Ausmaß der Störung einiger Krisenpatienten erst durch die stationäre Krisenintervention offensichtlich wurde. Diese Tatsache zeigt auch den diagnostischen Stellenwert, der einer stationären Krisenintervention zukommen kann, da sich manche Probleme der Patienten erst durch dieses Setting zeigen und verstehen lassen.

4.2.3 Vorbestehende Probleme

Bei 39 der 59 Patienten dieser Untersuchung, also bei 66,1 % fanden die Untersucher in der Anamnese ein chronisches psychisches-, psychosoziales oder organisches Problem. 12 Krisenpatienten litten zum Zeitpunkt des Beginns der Krisenintervention unter so schwerwiegenden Problemen, dass sie psychisch wirksame Medikamente - hauptsächlich mittel- oder schwachpotente Neuroleptika - einnahmen. Das bedeutet, dass mindestens bei diesen 66 % der Kriseninterventionspatienten der akuten Krise eine chronische

Belastungssituation zugrunde liegt. Bei diesen Patienten trifft die in der Einleitung beschriebene Situation zu, dass sie einem permanenten Makrostressor unterliegen. Durch zusätzlich auftretende Mikrostressoren (z.B. Schulprobleme) ist ihre Bewältigungskapazität erschöpft und das mühsam aufrechterhaltene psychische Gleichgewicht wird verschoben und es kommt zum akuten Krisenereignis.

Das bedeutet auch, dass eine Krise in den meisten Fällen eher eine Zuspitzung eines längeren Prozesses ist, als ein punktuelles Ereignis. Wie Sonneck (1997) auch betont, ist eine psychische oder psychiatrische Erkrankung ein Risikofaktor für die Entstehung einer Krise. Therapeutisch muss die Krise vor diesem Hintergrund gesehen und bearbeitet werden.

Bei 4 Patienten unserer Studie spielte sich die Krisenintervention vor dem Hintergrund einer organischen Erkrankung ab, die ursächlich mit an der Krise beteiligt war. Am Beispiel von Diabetes mellitus hat Colditz ²⁶gezeigt, wie wichtig bei Kindern mit chronischen und/oder lebensbedrohlichen Erkrankungen das Einbeziehen der psychosozialen Dimension der Erkrankung ist. Diese Einschätzung wird auch durch unsere Beobachtungen gestützt. Hier wird auch deutlich, dass es oft schwierig ist, eine klare diagnostische Einteilung in somatische Ursachen einerseits und psychische oder psychiatrische andererseits zu treffen, da sich diese häufig gegenseitig bedingen²⁷.

Bei den vorbestehenden psychischen Problemen waren mit 19 % die Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend die häufigsten.

Die Tatsache, dass einer Krise häufig ein chronisches Problem zugrunde liegt, zeigt sich auch in dem Ergebnis, dass 56 % der von uns untersuchten Patienten schon vor der Krise mindestens einmal in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren. Vergleicht man diesen Anteil mit Zahlen aus dem Erwachsenenbereich, wo die psychotherapeutisch oder psychiatrisch vorbehandelten Krisenpatienten meistens einen Anteil zwischen 30 % und 40 % ausmachen²⁸, so erscheint er relativ hoch. Allerdings gibt es auch Einschätzungen im Erwachsenenbereich, wonach alle Patienten mit

²⁶ Colditz, K. in: Herpertz und Paust, 1999

²⁷ in: Haase, 1978, S.2-7

²⁸ Lenze, B., 1990, S.163

psychoreaktiven Krisen an tiefgreifenden psychischen Störungen leiden²⁹, auch wenn sie zuvor noch nie in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren.

4.2.4 Krisenauslöser

Die am häufigsten als Krisenauslöser angegebenen Ereignisse waren solche, die sich im zwischenmenschlichen Bereich, also auf der Beziehungsebene abspielten. Diese betrifft bei Kindern und Jugendlichen in den meisten Fällen die Familie. 80 % unserer Patienten lebten vor der Krisenintervention in ihrer Familie (Alleinerziehende und Adoptiveltern einbezogen), während erwachsene Krisenpatienten in den verschiedensten sozialen Kontexten leben (allein, mit Partner, mit oder ohne Kinder etc.). Damit wird ein wesentlicher Unterschied zwischen Kriseninterventionen im Kindes- und Jugendalter und solchen bei Erwachsenen deutlich, der sich auch in den therapeutischen Maßnahmen widerspiegelt. Bei Kindern kommt dem familiären Umfeld bei der Entstehung und Bewältigung meistens eine größere Rolle zu als bei Erwachsenen. Entscheidend dabei ist, dass nicht nur der „Symptomträger“ in den Mittelpunkt der Arbeit zu stellen ist, sondern, dass gerade auch bei Kriseninterventionen ein Schwerpunkt auf die (familiären) Beziehungsstörungen zu legen ist.³⁰

An zweithäufigster Stelle bei den Krisenauslösern wurden schulische Probleme genannt. Immerhin 35,4 % der Patienten oder ihrer Eltern konnten keinen Auslöser für die Krise benennen. Dies ist im Vergleich mit Krisen im Erwachsenenalter, wo fast alle Patienten (Sonneck, 1997; Lenze, 1990) ein oder mehrere auslösende Ereignisse benennen können, ein sehr hoher Anteil. Es fiel auch auf, dass die angegebenen Krisenauslöser häufig ungeeignet schienen, die gravierenden Handlungen oder Stimmungen der Patienten zu erklären. Ein Mädchen hatte beispielsweise in suizidaler Absicht Tabletten geschluckt, weil sie nicht zum Geburtstagsfest ihres Onkels mit durfte. Ein Junge hat als Grund seines Suizidversuches Bauchschmerzen angegeben. Diese Beispiele machen deutlich, dass die von Sonneck für die Krisenintervention bei Erwachsenen geforderte Fokussierung auf die aktuelle Situation und das auslösende Ereignis³¹ im Bereich von

²⁹ ebda

³⁰ K. Rausch in: Locomer Protokolle, 1994, (S.43)

³¹ Sonneck, 1997, (S.56 ff)

Kindern und Jugendlichen nicht sinnvoll ist. Die auslösenden Ereignisse sind hier eher als Symbol für ein tieferliegendes Problem zu sehen oder sie waren bildlich gesprochen der letzte Tropfen, der das schon bis obenhin gefüllte Fass zum Überlaufen brachte. Eine Aufgabe des Therapeuten wäre dann, mit dem Kind oder Jugendlichen herauszufinden, wie und womit das Fass so voll werden konnte und nicht nur den letzten Tropfen in Augenschein zu nehmen. In der Rangfolge der Krisenauslöser ähneln sich die Ergebnisse bei Kindern und Erwachsenen jedoch in sofern, als an erster Stelle Auslöser im familiären bzw. partnerschaftlichen Bereich liegen (bei Kindern und Jugendlichen eher familiär, bei Erwachsenen eher partnerschaftlich) und an zweiter Stelle schulische bzw. berufliche Ereignisse als Auslöser der Krise angegeben wurden³²

4.2.5 Zeitliche Entwicklung der Symptomatik

Bei der zeitlichen Entwicklung der Symptomatik, die zur Krisenintervention der Patienten geführt hat, zeigte sich, dass nur bei ungefähr der Hälfte der Patienten die Symptomatik akut aufgetreten war, das heißt seit höchstens einigen Tagen bestand. Bei der anderen Hälfte der Patienten lag die Symptomatik bereits seit Wochen oder Monaten vor, bevor sie zu uns zur Krisenintervention kamen.

Eine wesentliche Ursache dieser Verschleppung sehe ich in der Stigmatisierung der (Kinder- und Jugend-) Psychiatrie. Besonders drei Punkte führen meiner Meinung nach dazu, dass manche Eltern die dringend nötige Vorstellung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie scheuen :

1. Familiäre Probleme sollen nicht entdeckt werden.
2. Die Schuldgefühle der Eltern, in der Erziehung versagt zu haben.
3. Die landläufige Meinung, wer in die Psychiatrie muss, ist „verrückt“ oder „nicht normal“.
4. Wenn man einmal in der Psychiatrie ist, kommt man nicht mehr raus.

³² Lenze 1990, S. 59

Daraus resultiert dann häufig die Verharmlosung oder das Nicht-wahr-haben-wollen der offenkundigen Nöte der Kinder oder Jugendlichen und die abwartende Haltung und Hoffnung, es würde „sich schon wieder geben“.

Weiter ist zu bedenken, dass die "Schmerzgrenze" des Umfeldes unterschiedlich ist. Manche Eltern oder Betreuer tolerieren die Symptomatik der Patienten länger als andere. Auch ist die genaue Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Krise nicht immer eindeutig möglich. Sonneck³³ schreibt dazu: *"Recht charakteristisch ist, dass chronische Krisen sich im Erstkontakt als akute Krisen präsentieren, nicht zuletzt deshalb, weil auf dem Nährboden der chronischen Krise die Vulnerabilität besonders erhöht ist. Dadurch werden viele Situationen zu "Krisenanlässen", die der Helfer in Unkenntnis der chronischen Entwicklung missdeutet."* Dabei läuft, laut Sonneck, der Therapeut Gefahr, die Abhängigkeit und Hilflosigkeit des Patienten zu verstärken, anstatt die tieferliegende Konflikte wirklich anzugehen. Der behandelnde Arzt oder Psychologe darf sich demnach nicht von der oft massiven Dynamik mitreißen lassen, sondern muss ergründen, ob der Akutsituation nicht ein "Ventileffekt" eines chronischen Krisenzustandes zugrunde liegt und der Patient und/oder sein Umfeld nicht auf wirkliche Hilfe aus sind, sondern nur "Dampf ablassen" müssen. Diesbezüglich trifft Farewell (1990) die Unterscheidung zwischen "crisis" (= Krise) und "furore" (= Aufsehen, Aufruhr). Am Beispiel eines psychiatrischen Notfallteams, das zu einem akut psychotisch erkrankten Patienten gerufen wird, erklärt er die Differenz. Im ersten Fall entstünde bei den Betroffenen durch die eingetretene oder drohende Veränderung Gefühle der Angst, des Zweifels oder Wut. Der Therapeut könne die verwirrenden Gefühle nachempfinden und emotional mitschwingen. Bei einem "furore" könne der Therapeut feststellen, dass er gefühlsmäßig ausgeschlossen bleibt und der Eindruck entstehe, die Betroffenen führten ein ihm bekanntes Stück auf. Diese "Inszenierung" entspreche eher einem "Dampf ablassen" mit Wiederholungscharakter als einem infrage stellen von Werten und Einstellungen.

Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass die Frage nach der Dauer des Krisenzustandes nicht nur von statistischem Interesse ist, sondern dass sie direkte therapeutische Konsequenzen hat. Im Falle einer akuten Situation wird man im Sinne der

³³ Sonneck, 1997

Krisenintervention vorgehen, während bei chronischen Krisen die Bereitschaft für eine dauerhafte Veränderung mit dem Patient erarbeitet werden sollte.

4.3 Die familiäre Situation der Krisenpatienten

4.3.1 Eltern

Berufstätigkeit

Bei der Berufstätigkeit konnten zwar nur zu 48 Müttern der 59 Krisenpatienten Angaben gemacht werden, von diesen war jedoch fast die Hälfte zum Zeitpunkt der Krisenintervention berufstätig. Das bedeutet, dass 30 % der Mütter (bezogen auf die 65 Kriseninterventionen) ohne Arbeit waren. Viele von ihnen waren sicher wegen Kindererziehung nicht berufstätig aber einige von ihnen waren auch arbeitslos. Bei den Vätern, die in unserer Gesellschaft für gewöhnlich den Unterhalt der Familie bestreiten, waren mindestens 10,2 % zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitslos. Die Arbeitslosenquote für den Landkreis Tübingen³⁴ lag im Untersuchungszeitraum zwischen 7,7% und 8,5 %. In den Familien der von uns untersuchten Krisenpatienten waren demnach überdurchschnittlich viele Eltern zum Zeitpunkt der Untersuchung arbeitslos. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass Arbeitslosigkeit eines Elternteils für die betroffenen Kinder und Jugendlichen eine enorme Belastung darstellen kann, die sie für Krisen anfälliger macht. Das ist vor allem dann der Fall, wenn die Arbeitslosigkeit durch eine psychische oder somatische Erkrankung bedingt ist.

Beziehungsstatus der Eltern

Bei 64 % der Krisenpatienten waren die Eltern verheiratet bzw. lebten zusammen. 30 % der Kinder oder Jugendlichen wurden nur von einem Elternteil - in 86 % der Fälle der Mutter - erzogen. Betrachtet man die Familienstruktur in Baden-Württemberg³⁵, so teilten sich Familien mit Kindern im Jahr 1996 in 83 % Ehepaare und 17 %

³⁴ Daten des statistischen Landesamts

³⁵ Daten des statistischen Landesamtes

Alleinerziehende. Die Eltern der von uns untersuchten Patienten lebten demnach seltener zusammen als der Durchschnitt und die Patienten wurden somit häufiger von einem Elternteil alleinerzogen. Das lässt sich meiner Meinung nach durchaus als Hinweis auf die auch psychischen Schwierigkeiten werten, denen ein Kind oder Jugendlicher durch eine Trennung der Eltern oder die Situation in einer "ein-Eltern-Familie" ausgesetzt sein kann. Noch deutlicher ist die Diskrepanz des Beziehungsstatus der Eltern zwischen ambulanten und stationären Krisenpatienten. Während der Anteil der zusammenlebenden Eltern bei den ambulanten Patienten 70 % betrug, lag er bei den stationären nur bei 55 %. Ich sehe dafür zwei Erklärungsmöglichkeiten:

1. Eine Trennung der Eltern kann die betroffenen Kinder sehr beeinträchtigen und sie anfälliger für schwere psychische Erkrankungen machen, die häufiger stationär behandelt werden müssen.
2. Das familiäre Umfeld ist meist tragfähiger, wenn die Eltern zusammenleben, so dass Krisen eher ambulant als stationär betreut werden können.

Kooperation mit den Eltern

Vergleicht man die Mittelwerte der Kooperationsbereitschaft der Eltern zu Beginn und am Ende der Krisenintervention, zeigt sich, dass sie sich laut der Einschätzung der Psychologen bzw. Ärzte im Verlauf der Krisenintervention leicht verbesserte. Die Bezugspersonen der stationären Krisenpatienten bewerteten die Kooperation der Eltern bei Ende der Kriseninterventionen jedoch etwas schlechter als zu Beginn. Ich vermute zwei Ursachen für diese Ergebnisse. Zum einen haben die Bezugspersonen meistens häufiger Kontakt zu den Eltern, da sie die alltäglichen Dinge wie Kleidung, Besuche etc. mit den Eltern regeln müssen und dadurch mehr "Angriffsfläche" geboten ist. Zum anderen ist der Psychologe oder Arzt in einer "mächtigeren" Position den Eltern gegenüber. Die Eltern legen zum einen in ihn die Hoffnungen auf Besserung oder Heilung, zum anderen spielen sicher auch Schuld- oder Versagensgefühle eine Rolle. Dadurch werden sich die Eltern meistens zunächst um eine gute Kooperation bemühen. Im Verlauf von Kriseninterventionen, vor allem wenn Dinge bekannt werden, die die Familie bisher verbergen konnte (Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung etc.) oder wenn therapeutische Maßnahmen eingeleitet werden sollen, deren Notwendigkeit die Eltern nicht wahrhaben wollen (z.B. Herausnahme aus der Familie etc.), kann es zu

heftigen Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Arzt/Psychologe kommen, im Rahmen derer die Kooperation mit den Eltern sehr schwierig oder gar unmöglich werden kann..

Insgesamt wurde die Kooperation der Eltern, deren Kinder stationär aufgenommen werden mussten, schlechter bewertet als die der Eltern von ambulanten Krisenpatienten. Dadurch wird gerade deutlich, wie wichtig für den therapeutischen Verlauf die Kooperation mit den Eltern ist. Tabelle 19 und Tabelle 20 des Ergebnisteiles legen nahe, dass durch eine gute Zusammenarbeit mit den Eltern eine stationäre Aufnahme umgangen werden kann bzw. eine schlechte Elternmitarbeit einen stationären Aufenthalt nötig machen kann.

4.3.2 Familiäre Beziehungsstrukturen

Das Erkennen und genaue Erörtern einer familiären Konfliktsituation bei Krisenpatienten ist sehr schwierig und oft unmöglich. Das liegt daran, dass es zum einen möglich ist, dass gar kein Kontakt zu den Eltern besteht, wenn die Patienten zum Beispiel aus Wohngruppen oder anderen Jugendhilfeeinrichtungen kommen. Zum anderen kann der Kontakt zu den Eltern oder der Familie des Krisenpatienten zu kurz und oberflächlich sein, vor allem bei ambulanten Kriseninterventionen, die häufig nur einen Termin umfassen, um einen Einblick in die familiären Beziehungsstrukturen und -qualitäten zu bekommen.

Aus diesen Gründen konnte eine klare Verneinung des Vorhandenseins eines familiären Beziehungskonfliktes von den zuständigen Ärzten und Psychologen nur selten geäußert werden. Dadurch erklärt sich die bei diesem Item häufig auftretende Variable für "unbekannt".

Bei den meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen spielen die familiären Beziehungsstrukturen eine wesentliche Rolle bei der Krankheitsentstehung und bei der Heilung. Aus diesem Grund finden bei der Auswertung der Daten die familiären Verhältnisse und innerfamiliären Konflikte besondere Beachtung.

Wie oben beschrieben lebten zwar ca. 64 % der leiblichen Eltern unserer Krisenpatienten zusammen, jedoch nur ca. 51 % der Patienten lebten bei beiden leiblichen Elternteilen. Diese Diskrepanz erklärt sich dadurch, dass ca. 20 % der Krisenpatienten überwiegend

oder ausschließlich in einer Wohngruppe oder einem Heim lebten, weil die leiblichen Eltern mit der Erziehung ihrer Kinder überfordert waren oder die psychischen Probleme der Patienten eine außerfamiliäre Unterbringung notwendig machten. Dass 1/5 der Krisenpatienten schon vor der Krisenintervention außerfamiliär untergebracht waren, bestätigt wiederum, dass bei vielen Krisenpatienten schon vor der Krisenintervention in der KJP massive Probleme bestanden.

Das ein stabiles soziales Umfeld wichtig ist für die Entscheidung, ob ein Patienten ambulant oder stationär behandelt wird, zeigt der Vergleich der familiären Situation vor der Krisenintervention. Von den 30 Patienten, die bei beiden leiblichen Eltern lebten, konnten 73,3 % ambulant betreut werden, während nur 26,7 % von ihnen stationär aufgenommen werden mussten. Kommt der Patient aus einer „broken-home“ Situation oder ist die Familie des Patienten aus anderen Gründen nicht tragfähig, wird die Krisenintervention eher stationär stattfinden, als wenn die Familie des Patienten intakt und tragfähig ist.

Die Tatsache, dass bei 68 % der Krisenpatienten ein offensichtlicher und schwerwiegender familiärer Konflikt vorlag (die Dunkelziffer dürfte noch höher liegen) zeigt die Bedeutung der Familie für eine normale Entwicklung eines Kindes. Die beiden häufigsten Probleme waren:

1. Ablösungsprobleme aus pathologisch-symbiotischen Eltern - Kind Beziehungen mit oft länger bestehenden, ambivalenten Verstrickungen zwischen den Patienten und ihren Eltern (42 %).
2. Vernachlässigung oder Ablehnung des Kindes oder Jugendlichen durch die Eltern (30 %).

Zwei von ihrer Qualität her völlig entgegengesetzte Beziehungsmuster, die aber beide bei den betroffenen Kindern bzw. Jugendlichen schwere psychische Störungen hervorrufen können. Beiden Mustern gemeinsam ist die Missachtung der psychischen Entwicklungsmöglichkeiten und -notwendigkeit der Kinder durch die Eltern.

Auffällig ist ebenfalls der hohe Anteil der Jugendlichen oder Kinder (15 %), die ihre Eltern körperlich bedrohten oder psychisch tyrannisierten, so dass die Eltern sich nicht mehr gegen sie durchsetzen können oder gar Angst vor ihren Kindern haben. Dieses als

"Battered-Parents-Syndrome" bezeichnete Phänomen ist in der älteren Literatur kaum beschrieben, scheint jedoch an Bedeutung zu zunehmen (siehe Jakob, 1994).

Bezüglich der Familienanamnese ergaben sich ähnliche Ergebnisse wie in der Untersuchung von Günter (1990), der stationäre Kriseninterventionen von 1982 – 1985 untersuchte. In unserer Erhebung ergab sich in der Familienanamnese ein Anteil von 34,1 % an psychischen Erkrankungen, in der Untersuchung von Günter lag er bei 35 %. 10 % der von ihm untersuchten Patienten hatten eine positive Familienanamnese was Suizid und Suizidversuch anbelangt, in unserer Erhebung betrug dieser Anteil ca. 7 %. Der Anteil der geschiedenen Eltern hat sich im Vergleich mit der Studie von 1982 - 1985 nur um 2 % auf 32 % erhöht, was in etwa dem Anstieg der Scheidungsrate in diesem Zeitraum entspricht.

Die Zahl der Patienten, bei denen Alkoholismus in der Familie eine Rolle spielte, war in unserer Studie mit 25 % höher als in der Untersuchung von Günter, der einen Anteil von 17,5 % beschrieben hat. Dabei ist es denkbar, dass die Dunkelziffer in der früheren (retrospektiven) Untersuchung höher war, da wir in unserer prospektiven Studie gezielt danach gefragt haben. Bei fast einem Viertel der Patienten (24 %) bestanden in der Familie psychosoziale Probleme.

4.4 Diagnosen

4.4.1 Einweiser, Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen

In unserer Erhebung ergab sich ein Anteil von 60 % an Patienten, die durch einen Arzt oder aus einer anderen Klinik überwiesen worden waren. Dieser Anteil ist im Vergleich zur Datenerhebung der Jahre 1982-1985 (Günter 1990), wo er noch bei 78 % lag, zugunsten der Selbsteinweiser gesunken. Wir wollten wissen, wie hoch die Übereinstimmung der außerhalb der Klinik gestellten Einweisungsdiagnosen mit den in der Klinik gestellten Entlassungsdiagnosen war. Bei diesem Vergleich ergaben sich jedoch folgende Schwierigkeiten bei der Auswertung der Daten und der Beurteilung der Ergebnisse :

- Da die Einweisungsgründe häufig keine Diagnose im medizinischen Sinn darstellten (z.B. "Adoleszenzkrise"), die in der KJP gestellte Entlassungsdiagnose aber eine medizinische Diagnose mit ICD-10 Klassifizierung war, fiel der Vergleich der Einweisungsgründe und der in der KJP gestellten Diagnose oft schwer oder war gar nicht möglich.
- Eine weitere Schwierigkeit dieses Vergleiches stellten die möglichen Mehrfachnennungen der Diagnosen dar.

Von den Patienten, bei denen Vergleiche zwischen den außerhalb und den in der KJP gestellten Diagnosen gezogen werden konnten, stimmten nur etwas mehr als die Hälfte überein. Dies deckt sich mit den klinischen Erfahrungen, dass bei niedergelassenen fachfremden Ärzten häufig wenig Kenntnisse über psychische oder psychiatrische Krankheitsbilder vor allem bei Kindern oder Jugendlichen vorhanden sind. Es gibt jedoch auch Fälle, in denen niedergelassene Ärzte gezielt bestimmte Diagnosen stellen (z.B. Suizidalität), um eine möglichst schnelle Aufnahme des Patienten in der Klinik zu erreichen.

Interessant ist der Vergleich der Diagnosen mit den von W. Günter untersuchten (stationären) Kriseninterventionen, die zwischen 1982 und 1985 in unserer Abteilung stattfanden. Während in der früheren Untersuchung die Diagnose "Pubertätskrisen und Reifungsstörungen" mit 62,5 % die am häufigsten gestellte Diagnose war, wurde sie in unserer Untersuchung nur bei 22,7 % der stationären und 24,3 % der ambulanten Kriseninterventionen gestellt. Diese Differenz lässt sich einerseits durch gewisse "Modeerscheinungen" bei der Wahl bestimmter Diagnosen erklären. Bezieht man die Diagnose "Pubertätskrise" auf das zeitliche Auftreten psychischer Probleme, so kann diese Diagnose für viele Störungen, die in der Pubertät auftreten, genutzt werden, ohne die Qualität der Störung genauer zu bestimmen. Aufgrund dieser Ungenauigkeiten ist es erfreulich festzustellen, dass diese unklare Diagnose vermehrt zugunsten genauerer Klassifikationen der Störungen aufgegeben wurde. Die in der früheren Untersuchung an zweithäufigster Stelle genannte Diagnose, "Vorwiegend milieureaktive Verhaltensstörungen", wurde in unserer Studie auf diese Art in keinem Fall gestellt. Sie ist jedoch zu vergleichen mit den F9- Diagnosen nach ICD 10 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend), die in unserer Studie mit

an erster Stelle standen mit einem Anteil von 23,7 % aller Kriseninterventionen. Bei den stationären Kriseninterventionen lag der Anteil sogar bei 40,9 % und hat sich damit im Vergleich mit der früheren Studie, wo der Anteil bei 22,5 % aller (stationären) Kriseninterventionen lag, fast verdoppelt.

Unsere Vermutung, dass es bestimmte Diagnosen gebe, wie z.B. Suizidalität bzw. Suizidversuch oder Psychosen, die ausschließlich oder überwiegend stationär behandelt würden, hat sich nicht bestätigt. Gerade bei den Patienten mit einem Suizidversuch war das Verhältnis zwischen ambulanten und stationären Kriseninterventionen ausgeglichen. Die suizidalen Patienten ohne Suizidversuch wurden zwar häufiger stationär behandelt (9 : 5 Patienten), die Zahlen sind jedoch zu gering, um statistisch genaue Aussagen machen zu können. Es ist jedoch sehr wahrscheinlich, dass bei solchen Patienten die Frage der Suizidgefahr schwieriger einzuschätzen ist und sie daher signifikant häufiger stationär aufgenommen werden müssen. Die zwei Patienten mit Borderline-Störung wurden beide stationär behandelt und auch die Patienten mit der Diagnose "Anpassungsstörung und Adoleszenzkrise" wurden überwiegend (3 : 1 Patienten) stationär aufgenommen, während von 4 Patienten mit Essstörung 3 ambulant behandelt werden konnten. Bemerkenswert ist, dass von den 6 Patienten mit psychotischer Dekompensation die Hälfte ambulant betreut werden konnte (mit medikamentöser Unterstützung).

4.4.2 Krisenanlässe

Vergleiche mit früheren Studien

Da der Krisen Anlass - also die Handlung oder das Verhalten, weswegen der Patient kam - im Gegensatz zur medizinisch korrekten Diagnose leichter zu bestimmen ist, können anhand dieser Ergebnisse eher Rückschlüsse gezogen werden, als bei den Diagnosen. Auffällig im Vergleich mit der Untersuchung von Günter (1990) ist der hohe Anteil an Patienten mit psychotischen Symptomen als Krisen Anlass in unserer Studie (22 %) im Gegensatz zu nur 3 % bei Günter. Dagegen zeigt die zweite Studie aus unserer Abteilung (Günter et al. 1991-1994)³⁶ mit einem Anteil an Patienten mit psychotischer Dekompensation von 18,5 % ein ähnliches Ergebnis. Hingegen wurde bei uns nur in 5 %

der Fälle Depressivität als Anlass angegeben gegenüber 20 % in der Studie von Günter (1990). Bei Suizidalität und Essstörungen gleichen sich die Ergebnisse weitgehend mit der Studie von 1990, während unsere Zahlen im Vergleich mit der zweiten Studie (1991-1994) sowohl für Suizidalität (50,8 % : 36,9 %) als auch für Essstörungen (10,8 % : 4,6 %) deutlich höher lagen. Der Anteil der dissozial- aggressiv erregten Patienten lag in unserer Studie ungefähr gleich hoch bei ca. 20 % wie in der Studie von 1991-1994 und damit etwas über den Angaben aus der ersten Studie (ca. 17 %). Hier spielt die Tatsache, dass in der früheren Studie nur stationäre Kriseninterventionen untersucht wurden, bestimmt eine wesentliche Rolle für diese Unterschiede..

Vergleiche zwischen ambulanten und stationären Patienten

Die Aufteilung ambulanter und stationärer Kriseninterventionen bei Suizidalität als Krisenanlass wurde schon ausführlich in Kapitel 4.6 diskutiert hier sei noch einmal darauf hingewiesen, dass bei den von uns untersuchten Kriseninterventionen diejenigen, die Suizidalität ohne Suizidversuch als Anlass hatten eher stationär stattfanden, während bei Suizidalität mit Suizidversuch die Verteilung ungefähr gleich war, wobei man beachten sollte, dass konsiliarische Kriseninterventionen, die häufig Suizidversuche zum Anlass haben, nicht zu den stationären Kriseninterventionen zählten.

Patienten mit dissozial-aggressiver Erregung wurden ungefähr gleich häufig stationär und ambulant betreut. Patienten mit akuter psychotischer Dekompensation konnten hingegen überdurchschnittlich häufig ambulant betreut werden. Diese Patienten zeigen zwar meistens eine sehr ausgeprägte Symptomatik, durch eine engmaschige Betreuung und wirksame Medikamente, konnten sie in unserer Studie meistens ambulant behandelt werden. Ist die akute psychotische Symptomatik abgeklungen, besteht meistens keine Notwendigkeit zu einer stationären Aufnahme mehr. Bei den depressiven Patienten zeigte sich ebenfalls eine Tendenz zur ambulanten Betreuung.

Außer Suizidalität ohne Suizidversuch gibt es keine Einweisungsdiagnose und keinen Krisenanlass, bei denen eine Krisenintervention auffällig häufig stationär durchgeführt worden wäre. Ebenso lässt sich bei ambulanten Kriseninterventionen außer bei der

³⁶ in: Klosinski, 1997; S.165-174

akuten psychotischen Dekompensation für keine Diagnose und keinen Krisenanlass eine auffällige Häufigkeit feststellen.

4.5 Art und Umfang der Interventionsarbeit

4.5.1 Erstkontakt

Am Beginn jeder Krisenintervention steht meistens ein Telefonat, durch das der Patient entweder von einem Arzt, Angehörigen, einem Wohngruppenmitarbeiter oder ähnlichem angekündigt wird. Den Fall, dass der Patient sich von selbst meldet, wie dies bei erwachsenen Krisenpatienten durchaus vorkommt³⁷, gibt es in der Kinder- und Jugendpsychiatrie so gut wie nie. In diesem ersten Telefonat muss, wenn es zur normalen Dienstzeit stattfindet, die Ambulanzschwester, oder sonst der zuständige Oberarzt, einschätzen, wie ernst die Situation tatsächlich ist.

Das erste Zusammentreffen mit dem Patient ist dann vor allem in zweierlei Hinsicht entscheidend.

1. Der Aufbau einer Beziehung zum Patienten muss gelingen.
2. Die Entscheidung, ob der Patient stationär aufgenommen werden muss oder ein ambulantes Setting ausreichend ist, muss getroffen werden.

Beides ist stark von der Person und der Erfahrung des Untersuchers abhängig und er trägt vor allem die Verantwortung dafür, dass Fremd- oder Selbstgefährdung richtig eingeschätzt wird und gegebenenfalls stationär behandelt wird.

Bei 58,5 % der Krisenpatienten waren beim Erstkontakt beide Eltern oder ein Elternteil anwesend. "Dem Helfer stellt sich dadurch eine doppelte Aufgabe: einerseits muss er die Bezugspersonen des Jugendlichen bei deren Krisenbewältigung stützen, andererseits soll er die Bereitschaft des Jugendlichen für eine Mitarbeit zur Veränderung seiner Situation wecken"³⁸. Wie die Ergebnisse in Kapitel 4.5.2 zeigen, konnte dieses Ziel in vielen Fällen

³⁷ Goll in: Sonneck, 1997; S.57ff

³⁸ Sonneck, 1997; S.119

erreicht werden, da bei 49 % der ambulanten Kriseninterventionen die Situation beim Erstkontakt schon soweit geklärt werden konnte, dass die Krisenintervention gleich beendet wurde und bei vielen Patienten direkt in eine reguläre ambulante Therapie übergang (siehe Kapitel 4.5.2).

4.5.2 Dauer der Kriseninterventionen

Bei ambulanten Kriseninterventionen lässt sich die Dauer nicht in Tagen oder Wochen angeben, da die Anzahl der wöchentlichen Therapiesitzungen je nach Bedarf stark variieren kann. Auch ist die Dauer der einzelnen Sitzungen oft nicht wie bei regulären ambulanten Therapien auf eine bestimmte Zeit festgelegt.

13 der 39 ambulanten Kriseninterventionen gingen direkt in eine ambulante Therapie in der KJP über. Dadurch ergaben sich bei diesen Patienten Schwierigkeiten bei der exakten zeitlichen Abgrenzung der ambulanten Krisenintervention von der regulären ambulanten Therapie. In diesen Fällen spielte die subjektive Wahrnehmung und Einschätzung der Untersucher bezüglich der Krisensymptomatik des Patienten eine entscheidende Rolle.

Eine ambulante Krisenintervention umfasste bei den von uns untersuchten Patienten im Mittel 2 Sitzungen. Diese kurze Zeitspanne spricht einerseits dafür, dass die Krisen, bei denen eine ambulante Intervention möglich ist, durch kompetente Hilfe oft relativ schnell geklärt werden können, wenn bei Eltern und Patient entsprechende Ressourcen vorhanden sind. Andererseits spricht es dafür, dass weitergehende Therapiemaßnahmen rasch organisiert werden konnten und somit eine tiefgreifende Bearbeitung der Problematik, die zur Krise geführt hat, ohne große Verzögerung einsetzen konnte. Dies kann nur vor dem Hintergrund guter Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (Jugendamt, Wohngruppen, andere Kliniken, Schulen, etc.) gewährleistet werden.

In der Literatur finden sich für Kriseninterventionen im Erwachsenenbereich unterschiedliche Angaben über den Umfang ambulanter Kriseninterventionen. Sie reichen von Empfehlungen von vier bis sechs Therapiesitzungen (Jacobson, 1974), bzw. sechs Sitzungen über höchstens sechs Wochen verteilt (Ulich, 1987) über acht bis zehn Sitzungen (Lindemann, 1944) bis zu längstens zehn bis zwölf Gesprächen

(Sonneck, 1990). Diese Zahlen weisen auch auf einen wesentlichen inhaltlichen Unterschied zwischen Kriseninterventionen bei Kindern und Jugendlichen und denen bei Erwachsenen hin: Bei erwachsenen Krisenpatienten wird schon während der Intervention gezielt inhaltlich gearbeitet³⁹ während bei Kindern und Jugendlichen in der Krisenintervention fast ausschließlich entlastend und organisatorisch gearbeitet wird. Die zeitliche Spanne der Krisenintervention muss sich letztendlich immer nach den Bedürfnissen des einzelnen Patienten richten, dem sie helfen soll. Daher ist eine starre zeitliche Regelung sicher unpraktikabel. Es sollte jedoch auch zur Nutzung der in jeder Krise steckenden Chance, eine Abgrenzung zwischen einer Krisenintervention und einer regulären Therapie gemacht werden.

4.5.3 Die therapeutische Arbeit

Mit therapeutischer Arbeit ist hier sowohl die Arbeit des Arztes oder Psychologen bei den ambulanten und stationären Krisenpatienten als auch die Arbeit des Stationspersonals bei den stationären Krisenpatienten gemeint. Denn gerade bei Krisenpatienten ist die Restrukturierung durch den stationären "Alltag" und die Begleitung des Patienten therapeutisch und diagnostisch sehr wichtig. Im Erwachsenenbereich hat unter anderem Sonneck sehr genau aufgezeigt, was Krisenintervention konkret bedeutet, sowohl inhaltlich als auch auf der rein organisatorischen Ebene. Für Kriseninterventionen bei Kindern und Jugendlichen gibt es bislang nichts vergleichbares. Darum war uns wichtig transparent zu machen, welche Arbeit in unserer Abteilung im Rahmen von Kriseninterventionen geleistet wird, die unserer Meinung nach bisher nicht ihrer Qualität und Quantität nach angemessen vergütet wird.

Vor dem Hintergrund unserer Ergebnisse lassen sich zwei Schwerpunkte der Krisenarbeit aufzeigen:

1. Die Arbeit mit dem Patienten und seinem familiären Umfeld.
2. Das Erarbeiten und Organisieren weiterführender Hilfsmaßnahmen.

³⁹ Sonneck, 1997; S.54ff

Der erste Punkt betrifft die therapeutischen und diagnostischen Gespräche mit den Patienten und den Eltern oder anderen Bezugspersonen. Für die ambulanten Patienten ist damit meistens nur der aufnehmende Arzt oder Psychologe betraut. Bei den stationären Krisen betrifft diese Arbeit sowohl den Arzt/Psychologen als auch die stationäre/n Bezugsperson/en. In diesem Rahmen finden sowohl Gespräche mit dem Patient alleine, als auch gemeinsam mit den Eltern und Gespräche an denen nur die Eltern teilnehmen, statt. Die Bezugspersonen sind zusätzlich noch mit Begleitungen beim Essen, Waschen, Spielen und ähnlichen Dingen involviert, da die Krisenpatienten weitgehend von den übrigen stationären Kindern und Jugendlichen separiert werden (siehe dazu Kapitel 1.3.3). Wenn die Patienten sehr agitiert oder suizidal sind, ist zusätzlich ein Betreuer für eine Dauereinzelbegleitung nötig. Darüber hinaus wird die Arbeit mit den Krisenpatienten in Besprechungen und Supervisionen intensiv reflektiert, wobei Ärzte/Psychologen und Bezugspersonen ihre Eindrücke und Erfahrungen mit dem Patienten einbringen.

Der zweite Punkt beinhaltet sehr viele Gespräche mit anderen Einrichtungen (Jugendamt, Kliniken, Wohngruppen, Schule etc.), die dazu dienen, die Situation des Patienten und seines Umfeldes richtig einzuschätzen und dann geeignete weitere Hilfsmaßnahmen zu koordinieren und einzuleiten. An dieser Arbeit sind ebenfalls die Ärzte und Psychologen und bei stationären Kriseninterventionen zusätzlich die Betreuer beteiligt. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die an die Krisenintervention anschließenden Therapien (siehe dazu Kapitel 3.11) zu 46 % in unserer Abteilung stattfinden. Das zeigt den Aspekt der Krisenintervention als einer vertrauensbildenden Maßnahme, durch die Patienten und ihre Familien längerfristig therapeutisch eingebunden werden können, die man ohne die Krise - trotz bestehender Notwendigkeit - vielleicht nicht erreicht hätte.

Die zeitlichen Dimensionen für den Erstkontakt lagen zwischen 15 Minuten und 4,5 Stunden mit einer Durchschnittsdauer von 1 Stunde und 40 Minuten. Für Gespräche mit den Krisenpatienten, Begleitungen, Außenkontakte und Besprechungen wendeten die Ärzte und Psychologen pro Tag mit Mittel 2 Stunden und 10 Minuten auf. Die Bezugspersonen haben zusätzlich 4 Stunden täglich nur für ihre Arbeit mit dem Krisenpatienten angegeben. Hinzu kommen die Elterngespräche der Ärzte, Psychologen und Bezugspersonen, die je nach Krisenintervention zwischen 0 und 10 mal

stattgefunden haben und im Mittel 30 Minuten dauerten. Und schließlich noch die zahlreichen Kontakte mit anderen Institutionen, die bei 74 % aller Kriseninterventionen vermerkt sind und die je nach Krisenintervention zwischen 1 und mehr als 10 Gespräche umfassten. Wenn man sich vor diesem Hintergrund vergegenwärtigt, dass die ambulanten Kriseninterventionen genauso wie alle anderen ambulanten Patienten mit ca. 100 DM im Quartal vergütet werden und die stationären Krisenpatienten mit dem gleichen Tagessatz, wie reguläre Patienten berechnet werden, so steht diese Bezahlung in krassem Widerspruch zu der aufwendigen und qualifizierten Arbeit der mit den Krisenmanager.

Stellenwert der stationären Arbeit

Bei der Auswertung der Analogskalen war bei den Ärzten und Psychologen der Effekt der zentralen Tendenz in fast allen Fällen auffallend stärker zu beobachten als bei den Bezugspersonen. Das bedeutet, dass die Ärzte und Psychologen es eher vermieden haben extreme Werte anzugeben, während die Bezugspersonen durchaus auch die Werte 0 oder 10 in den Analogskalen ankreuzten. Dieser Effekt gehört zu den Systematischen Fehlern bei der Verhaltensbeurteilung. Er tritt besonders dann auf, "wenn sich der Beurteiler unsicher ist oder wenn er die Person nicht genügend beobachten konnte."⁴⁰ Dieses Ergebnis belegt, wie wichtig die Arbeit der Stationsmitarbeiter nicht nur für die Behandlung, sondern auch für die Diagnostik der Patienten ist. Da sie durch ihren engen Kontakt zu den Krisenpatienten diese häufig besser und differenzierter einzuschätzen in der Lage sind, als dies im zeitlich begrenzten Rahmen dem Arzt oder Psychologen möglich ist. Daher haben die Teambesprechungen zum Erfahrungsaustausch einen sehr hohen Stellenwert. Außerdem hat sich gezeigt, dass gerade bei Kriseninterventionen der geschützte Rahmen, den das stationäre Setting bietet und der durch den Umgang der stationären Mitarbeiter mit den Patienten und die permanente Reflexion in Supervisionen und Teambesprechungen geschaffen wird, die Voraussetzung für die Entschärfung der Krisensituation und eine Bearbeitung der Konflikte ermöglicht.

⁴⁰ zit. nach Wieck et al (1979), S.41

4.5.4 Einsatz von Medikamenten in der Krisenintervention

Viele Krisenpatienten litten bei Beginn der Krisenintervention unter Ängsten, psychomotorischer Erregung oder psychotischen Symptomen. Zur Entlastung wurden daher bei 37 % der Patienten zu Beginn Medikamente eingesetzt, am häufigsten nieder- und mittelpotente Neuroleptika und Benzodiazepine. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass 12 Patienten schon vor Beginn der Krisenintervention psychisch wirksame Medikamente einnahmen und zwar auch vor allem mittel- und niederpotente Neuroleptika. Diese wurden oft mit der Intention verschrieben, vielleicht die drohende Krise durch eine medikamentöse Intervention abwenden zu können. Bei der Verwendung der Medikamente zeigt unsere Studie einen Unterschied zum Medikamenteneinsatz bei erwachsenen Krisenpatienten. Sonneck (1997) berichtet für Erwachsene, dass meistens Benzodiazepine in Krisen verschrieben werden, während beruhigende Neuroleptika eher selten eingesetzt werden. Bei den von uns untersuchten Kriseninterventionen wurden am häufigsten mittel- und niederpotente Neuroleptika, die sedierend wirken, eingesetzt, während Benzodiazepine erst an zweiter Stelle nach den Neuroleptika stehen.

Antidepressive Medikamente spielten beim Erstkontakt der Kriseninterventionen kaum eine Rolle. Sie sind durch ihren verzögerten Wirkungseintritt (1-2 Wochen) nicht zu den Akutmedikamenten zu rechnen, sondern spielen eher bei langfristigen Therapien eine Rolle. Zudem ist bei suizidalen Patienten vorsichtig mit ihnen umzugehen, da bei manchen Präparaten die psychomotorische Aktivierung vor der depressionslösenden Wirkung einsetzt und dadurch die Gefahr eines Suizids steigen kann.

Vor allem die hochpotenten Neuroleptika (z.B. Haldol) wurden nur selten gegeben.

Für den Erwachsenenbereich führt Sonneck⁴¹ drei Fehler auf, die seiner Meinung nach häufig bei Medikamentengaben in Kriseninterventionen begangen werden:

1. Es wird zu früh ein Medikament gegeben.
2. Dieses wird zu niedrig dosiert und
3. zu lange verabreicht.

⁴¹ Sonneck, 1997; S.73

Während die Punkte 2 und 3 auch auf Krisen bei Kindern und Jugendlichen zutreffen können, ist der erste Punkt aus meiner Sicht für unsere Patienten nicht zutreffend, da bei Ihnen, wenn Medikamente nötig sind, diese gerade am Beginn der Intervention sinnvoll sind, um den Patient zu entlasten und eine Behandlung zu ermöglichen.

Im Verlauf der Kriseninterventionen mussten weniger Medikamente eingesetzt werden, aber bei immerhin 20% der ambulanten und 42 % der stationären Patienten waren weiterhin Medikamente notwendig, auch über die Zeit der Krisenintervention hinaus. Zusammenfassend lässt sich jedoch sagen, dass Krisen bei Kindern und Jugendlichen im wesentlichen sozialpsychiatrischer Interventionen bedürfen und die Medikamente lediglich als Unterstützung zum Erreichen dieses Zieles verstanden werden.

4.5.5 Ziele und Inhalte der Krisenintervention

Die von den Untersuchern nach dem Erstkontakt mit den Patienten am häufigsten genannten Ziele der Kriseninterventionen waren:

1. Abklärung und Koordinierung weiterer Hilfsmaßnahmen
2. Abklärung der Suizidalität
3. Stabilisierung des Patienten
4. Einleitung bzw. Motivation zu einer regulären Therapie.

Diese Ergebnisse veranschaulichen die Aufgaben und den Stellenwert der Krisenintervention. Der Erstuntersucher muss die aktuelle Situation des Patienten und seine Gefährdung richtig einschätzen und behandeln und geeignete weiterführende Hilfen für ihn mobilisieren. Die Herausnahme des Patienten aus der Familie wurde nur bei 3 Patienten schon zu Beginn der Krisenintervention als klares Ziel der Intervention benannt. Tatsächlich wurden aber 46 % der stationären und 23 % der ambulanten Krisenpatienten nicht in ihr früheres soziales Umfeld entlassen, sondern in geeignete Einrichtung (Klinik, Heim, Wohngruppe etc.) vermittelt. Diese Zahlen verdeutlichen, wie schon in Kapitel 4.5.3 diskutiert, die Motivation zur Fremdunterbringung als ein mögliches Ziel der Krisenintervention.

Bei der Befragung der Ärzte und Psychologen zu den Themenkomplexen, die in den Therapiesitzungen eine Rolle spielten, ist bemerkenswert, dass die Themen "Eltern und

Freunde", die bei den Krisenauslösern an erster Stelle standen, einen sehr geringen Anteil hatten. Nur für 21 % der ambulanten und 15 % der stationären Patienten spielten Eltern und Freunde eine wesentliche Rolle bei den therapeutischen Gesprächen. Andererseits zeigen die Ergebnisse unserer Studie sehr klar, dass gerade der Bereich Familie für die meisten Patienten den Kernpunkt seiner Probleme darstellt. Damit wird wiederum deutlich wo der Schwerpunkt der Kriseninterventionsarbeit liegt, nämlich auf der Entschärfung der aktuellen Krisensituation und der Koordination der weitergehenden Hilfen. Das drückt sich auch ganz deutlich in den Ergebnissen aus, wonach 40 % der ambulanten und 65 % der stationären Kriseninterventionen hauptsächlich die aktuelle Situation und 29 % der ambulanten und 42 % der stationären die weitere Therapie zum Gegenstand der Therapiesitzungen hatten.

Ein weiterer Schwerpunkt der stationären Kriseninterventionen lässt sich anhand der Bedeutung, die ihm in den Gesprächen mit den Krisenpatienten beikamen, erarbeiten. Bei 35 % der stationären Kriseninterventionen stand die Motivation zur Fremdunterbringung und die Planung der weiteren Wohnsituation im Vordergrund. Vor diesem Hintergrund kann man durchaus sagen, dass vor allem die stationäre Krisenintervention, für Patienten und Eltern als Wegbereiter einer Fremdunterbringung dienen kann.

4.5.6 Weiterbehandlung der Patienten nach der Krisenintervention

Wie unsere Ergebnisse zeigen, folgte der Krisenintervention bei 79 % der ambulanten und 85 % der stationären Patienten eine reguläre ambulante oder stationäre Therapie. Insgesamt blieben ca. 44 % der ambulanten Krisenpatienten auch nach der Krisenintervention an die KJP-Tübingen angebunden. Bei den stationären Kriseninterventionen waren es 58 %, die vor Ort weiter behandelt wurden. Diese Zahlen zeigen, dass der von vielen Fachleuten geforderten räumlichen und personellen Kontinuität, sofern die Kapazitäten es zulassen, in der KJP-Tübingen Rechnung getragen wird und der Versorgungsauftrag meistens über die Zeit der Krisenintervention hinaus wahrgenommen wird. Bei nur 18 % der ambulanten und 19 % der stationären Kriseninterventionen schloss sich eine Therapie in einer anderen Einrichtung an die Krisenintervention an.

Dennoch bleibt eine notwendige Therapie trotz der Bemühungen der Ärzte und Psychologen nach einer Krisenintervention häufig aus, da die Wichtigkeit vom Patient oder von seinen Eltern nicht erkannt wird. Wenn die akute Lage entschärft ist, fehlt oft der Leidensdruck auf beiden Seiten, um eine kausale Therapie zu beginnen.

Dementsprechend reichten die weiteren Maßnahmen von keiner Inanspruchnahme therapeutischer Angebote bis hin zur sofort anschließenden regulären stationären Therapie. Da der Anteil der ambulanten Patienten, die keine weiteren therapeutischen Angebote in Anspruch nahmen mit 20,5 % etwas über dem bei stationären Kriseninterventionen (15,4 %) lag, kann darauf geschlossen werden, dass bei Patienten, die eine stationäre Krisenintervention benötigten, eine schwerwiegendere psychiatrische oder psychosoziale Störung vorlag, die weiterer Behandlung bedurfte, als bei ambulanten Krisenpatienten.

Die große Zahl der Krisenpatienten die nach der Intervention eine stationäre oder ambulante Therapie begonnen oder weitergeführt haben, verdeutlicht, dass Krisenintervention meistens nicht eine Intervention für psychisch gesunde Menschen in Notlagen ist, sondern eine spezielle Behandlungsform psychischer Störungen.⁴²

Zusätzlich zu den weiteren Therapien wurden 46 % der Patienten nicht in ihr früheres soziales Umfeld entlassen. Bei ambulanten Kriseninterventionen war dieser Anteil nur halb so groß. Einerseits sprechen diese Zahlen dafür, dass stationäre Krisenpatienten häufiger als ambulante so stark gestört sind, dass das bisherige soziale Umfeld (meist die Familie) überfordert ist und die Patienten deshalb nach der Krisenintervention langfristig anderswo untergebracht werden. Andererseits kann die familiäre Situation ursächlich an den Problemen beteiligt sein, weshalb die Patienten auch langfristig außerhalb des bisherigen sozialen Umfeldes untergebracht werden.

⁴² Dormagen, 1990

4.6 Die suizidale Krise

4.6.1 Häufigkeit von Suizidalität als Anlass zur Krisenintervention

Bei 33 der 65 Kriseninterventionen wurde Suizidalität als Krisenanlass angegeben. Das bedeutet, dass bei der Hälfte der Kriseninterventionen Suizidalität eine Rolle spielte.

(Mehrfachnennungen waren möglich). Unter diesen 33 Kriseninterventionen waren 17 Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten, bei 3 Patienten bestand der Verdacht auf einen Suizidversuch.

Günter (1990) fand dementsprechend in seiner Untersuchung stationärer Kriseninterventionen zwischen 1982 und 1985 einen Anteil von 47,5 % an Patienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten.

Von den 6 Mehrfachaufnahmen (4 Patienten hatten 2 Kriseninterventionen im Untersuchungszeitraum, 1 Patienten hatte 3), die hier getrennt betrachtet wurden, war auch bei der Hälfte, also bei 3 der 2. oder 3. Kriseninterventionen Suizidalität der Krisenanlass.

4.6.2 Verteilung stationärer und ambulanter Kriseninterventionen bei den suizidalen Patienten

Nicht einschätzbare Suizidalität der Krisenpatienten ist eine klare Indikation zur stationären Aufnahme. Von den Patienten, die wegen Suizidalität mit Suizidversuch zur Krisenintervention kamen, wurden ca. 8 % mehr stationär als ambulant behandelt. Bei Suizidalität ohne Suizidversuch als Krisenanlass war der Anteil der stationären Kriseninterventionen um 18 % höher als der der ambulanten.

Die Tatsache, dass Krisenpatienten, bei denen der Krisenanlass Suizidalität ohne Suizidversuch war, häufiger stationär aufgenommen wurden als Patienten, die einen Suizidversuch begangen hatten, kann als Indiz dafür gewertet werden, dass der Suizidversuch eine entlastende Wirkung auf den Patienten hat. Oft ist der Wunsch, der hinter einem Suizidversuch steckt nicht der des Totseins, sondern der einer Entlastung von den Anforderungen, die an den Patienten gestellt werden oder von seinen Problemen

im Sinne einer „parasuizidalen Pause“.⁴³ Wenn die Patienten dann gerettet wurden, sagen die meisten, dass sie froh sind, noch zu leben und sind einer Bearbeitung der zugrunde liegenden Problematik meistens zugänglicher. Bei suizidalen Patienten ohne Suizidversuch ist die Gefahr eines Suizids aber meistens schwerer einzuschätzen, da eine solche Entlastung noch nicht eingetreten ist.

4.6.3 Alter und Geschlecht der suizidalen Patienten

Die Geschlechterverteilung der suizidalen Patienten zeigt ein deutliches Überwiegen der Mädchen (77 %) gegenüber den Jungen (23 %) bei diesem Aufnahmegrund.

Von den 17 Krisenpatienten, die einen Suizidversuch unternommen hatten waren 14 (82 %) Mädchen und nur 3 Jungen.

Diese Ergebnisse stimmen mit den Angaben in der Literatur überein, nach denen Suizidversuche und parasuizidale Handlungen bei Mädchen wesentlich häufiger sind als bei Jungen⁴⁴.

Das Alter der Patienten, die wegen eines Suizidversuchs zur Krisenintervention kamen, lag bei 14,6 Jahren und entspricht damit in etwa dem Durchschnittsalter aller Kriseninterventionen.

4.6.4 Die familiäre Situation der suizidalen Patienten

Der Anteil der suizidalen Patienten, die aus einem "intakten" Elternhaus oder einer "broken-home-Situation" kamen entsprach fast genau dem aller Patienten. Unterschiede zeigten sich jedoch bei den familiären Belastungen. In den Familien der suizidalen Patienten fanden sich häufiger soziale Probleme und Suizidalität, Suizidversuche oder Suizide anderer Familienmitglieder. Dieser Zusammenhang ist es sicher wert, genauer untersucht zu werden, und verdeutlicht die enge Verknüpfung zwischen der Lebensfrage und der Familiengeschichte. Lauterbach⁴⁵ betont, dass gerade bei suizidalen Dynamiken die Einbeziehung der familiären Zusammenhänge nützlich und wichtig ist, was auch

⁴³ Witte, M. , in : Loccumer Protokolle, 1995; S.32

⁴⁴ ebda, S.24

⁴⁵ M. Lauterbach, in: Egidi, Boxbücher, 1996; S.45-70

unseren Erfahrungen entspricht. Interessant war andererseits, dass in Familien suizidaler Krisenpatienten im Vergleich zu den anderen auffallend selten psychische Erkrankungen und Alkoholprobleme der Eltern beschrieben wurden. Diese können natürlich aufgrund von Schuldgefühlen der Eltern oder Patienten verheimlicht worden sein oder sie sind nicht erfasst worden, wofür die große Anzahl an "unbekannten" bei dieser Frage sprechen würde.

4.6.5 Distanzierung vom Suizidversuch

Die statistischen Parameter zeigen, dass die Patienten sich bei Ende der Krisenintervention besser von ihrem Suizidversuch distanzieren konnten, als bei Beginn. Dieses Ergebnis spiegelt die Tatsache, dass die Patienten erst dann entlassen werden können, wenn sie sich ausreichend von ihrem Suizidversuch distanzieren können. Die Interquartilbereiche waren bei Ende der Krisenintervention kleiner als bei Beginn und die Werte waren gesunken. Dieses Ergebnis lässt sich auch dahingehend interpretieren, dass die Untersucher bei Beginn der Krisenintervention in beide Richtungen extremere Werte angaben, als bei Ende der Krisenintervention. Dies könnte auch dafür sprechen, dass bei manchen Patienten, die zu Beginn der Krisenintervention nicht als suizidal eingeschätzt wurden, die Suizidalität erst im Rahmen der Krisenintervention diagnostiziert werden konnte oder erst in deren Verlauf entstanden ist. Die Verringerung der Standardabweichung lässt sich auch in die Richtung interpretieren, dass die extremen Werte in der Einschätzung der Distanzierung vom Suizidversuch bei Ende der Kriseninterventionen weniger gewählt wurden. Die Einschätzung zeigt außerdem, dass sich die suizidalen Patienten in ihren Werten im Verlauf der Krisenintervention den nichtsuizidalen angenähert haben, was den Erfolg der Behandlung aufzeigt.

4.6.6 Angaben zu früheren Suizidversuchen

Während der Anteil der Patienten, die schon früher einen oder mehrere Suizidversuche unternommen hatten, gemessen an allen Kriseninterventionspatienten 15,3 % betrug, war der Anteil der Patienten mit früheren Suizidversuchen unter den suizidalen Patienten mit 30 % ungefähr doppelt so hoch. Diese Zahlen belegen, dass ein früherer Suizidversuch

als Risikofaktor für weitere Suizidversuche zu werten ist und daher anamnestisch zu erfragen ist, wenn es um die Einschätzung der Suizidalität geht⁴⁶.

⁴⁶ siehe dazu Sonneck, 1997; S.138 ff

5 Zusammenfassung

Wir haben ein Jahr lang alle Kriseninterventionen in der KJP-Tübingen untersucht.

Die Ergebnisse über die Vorgeschichten der von uns erfassten Krisenpatienten haben gezeigt, dass ein psychisch und körperlich gesundes/r Kind bzw. Jugendlicher selten zu einer Krisenintervention in unserer Klinik vorgestellt wird. Bei den meisten unserer Patienten bestanden schon vor der Krise psychische, psychosoziale oder körperliche Probleme, die das Kind bzw. den Jugendlichen offensichtlich für Krisen anfälliger machten.

Die wesentlichen Aufgaben von Kriseninterventionen lassen sich in zwei Punkte gliedern:

- 1. Erfassen und Behandeln der aktuellen Krisensituation des Patienten respektive seines sozialen Umfeldes.**
- 2. Mit dem Patienten und seiner Familie gemeinsames Erarbeiten weiterreichender Hilfsmaßnahmen und deren Organisation.**

Zunächst bedeutet das oft den Schutz des Patienten vor sich selbst, vor seinen (psychotischen) Gedanken oder auch vor seiner Familie. Es kann aber auch Schutz der Familie oder des Umfeldes vor dem Patienten bedeuten, womit nicht ausschließlich eine körperliche Bedrohung sondern viel öfter die Entlastung des Umfeldes von der massiven psychischen Dynamik des Patienten gemeint ist.

Die aktuellen Auslöser für Kriseninterventionen im Kindes- und Jugendalter sind, wie diese Studie belegt, häufig relativ unspezifische Ereignisse, die dann das "Fass zum überlaufen" bringen. Bei der therapeutischen Arbeit, die in der Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen zu leisten ist, kommt dem aktuellen Krisenauslöser daher nicht so eine zentrale Rolle zu, wie im Erwachsenenbereich. Wenn die akute Notlage des Patienten und seines Umfeldes entschärft ist, geht es hauptsächlich um die Erarbeitung und Organisation einer langfristigen Therapie, in der dann die tieferen Ursachen für die Krise bearbeitet werden können, was viel mehr Zeit in Anspruch nimmt, als per

definitionem in einer Krisenintervention gegeben ist. Neben dem weiterführenden Therapieplatz geht es bei vielen Kriseninterventionen, wie die vorliegende Studie gezeigt hat, um die Herausnahme aus dem bisherigen sozialen Umfeld oder andere Jugendhilfemaßnahmen, um dem Patient eine bessere Entwicklungsmöglichkeit zu bieten. Zum Erreichen dieser genannten Ziele von Kriseninterventionen ist eine gute Zusammenarbeit mit anderen Institutionen (Jugendamt, Kliniken, Wohngruppen etc.) auf zwei Ebenen notwendig:

1. Nur wenn vorgeschaltete Institutionen, wie das Jugendamt, Wohngruppen, Schulen oder auch Eltern etc. rechtzeitig den Kontakt zu unserer Abteilung suchen, kann den Patienten rechtzeitig Hilfe angeboten werden.
2. Nur wenn mit nachgeschalteten Institutionen, wie andere therapeutische Kliniken, Wohngruppen oder Jugendamt etc. eine gute Zusammenarbeit vorhanden ist, kann den Patienten langfristig geholfen werden.

Auf diesem Bereich könnten für die Zukunft und vor allem auch im Hinblick auf präventive Maßnahmen noch bessere Kontakte der unterschiedlichen Institutionen untereinander aufgebaut werden, um manche Jugendlichen erst gar nicht in eine Krise kommen zu lassen.

Ich möchte an dieser Stelle auch auf das bundesweit mangelhafte Angebot an spezialisierten Hilfsmöglichkeiten für ausländische Familien hinweisen, das nicht erst durch den Kosovo-Krieg und die damit verbunden vielen traumatisierten Flüchtlingskinder, die nach Deutschland kamen, offensichtlich geworden ist.

Krisen im Kindes- und Jugendalter unterscheiden sich in mehreren Punkten von denen Erwachsener. Löchel⁴⁷ zeigte z.B., dass sich das präsuizidale Syndrom bei Kindern und Jugendlichen durch das Hinzutreten psychosomatischer Beschwerdebilder von dem bei Erwachsenen unterscheidet. Unsere Untersuchung hat ergeben, dass die von Sonneck (1997) geforderte Fokussierung auf den aktuellen Krisenauslöser im Kindes- und Jugendalter nicht sinnvoll erscheint. Ein weiterer Unterschied zur Krisenintervention bei Erwachsenen ist auch die vielfältige Kontaktarbeit zu anderen Einrichtungen und die

häufig durch eine Krisenintervention eingeleitete Herausnahme des Patienten aus seinem sozialen Umfeld. Es ist wichtig, diese Unterschiede in der Krisenintervention zwischen Kindern und Jugendlichen einerseits und Erwachsenen andererseits hervorzuheben und die sich daraus ergebenden therapeutischen Besonderheiten zu beachten.

Die vorliegende Studie konnte aufzeigen, dass für die Entscheidung, ob die Krisenintervention ambulant oder stationär durchgeführt werden soll, nicht so sehr die Diagnosen der Patienten ausschlaggebend sind, sondern die Stabilität und Kooperationsbereitschaft des familiären Umfelds eine entscheidendere Rolle spielt.

Keine eindeutige Zuordnung zu ambulanten oder stationären Kriseninterventionen ergab sich für die Diagnosen der Krisenpatienten. Entgegen unserer Erwartungen wurden suizidale Patienten gleich häufig stationär wie ambulant behandelt. Bei den stationären Kriseninterventionen war der Anteil der suizidalen Patienten mit 65 % jedoch höher als bei den ambulanten mit 41 %. Bei den stationären Kriseninterventionen überwiegen die mit Mädchen mit 73 % gegenüber den Jungen. Dieser Unterschied erklärt sich dadurch, dass die suizidalen Patienten zu 77 % Mädchen waren und die Kriseninterventionen mit Suizidalität als Krisenanlass bei den stationären Interventionen einen höheren Anteil hatten. Bei den ambulanten Krisenpatienten konnte nur bei 39 % die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme eindeutig verneint werden. Bei einem viertel der ambulanten Kriseninterventionen wurde eine induzierte stationäre Aufnahme durch die Weigerung der Eltern verhindert.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung belegen ferner die wichtige Rolle, die der Familie und dem Umfeld von Kindern und Jugendlichen bei einer gelungenen Entwicklung zukommen. Um Kindern und Jugendlichen gute Voraussetzungen zu schaffen, sind auch sichere soziale Verhältnisse nötig. Dabei sind besonders die schlechte finanzielle und soziale Situation von Alleinerziehenden und Arbeitslosen zu erwähnen, die negative Auswirkungen auf die davon betroffenen Kinder und Jugendlichen haben. Der große Anteil der psychosozialen Probleme in den Familien der von uns untersuchten Patienten

⁴⁷ M. Löchel in: Jochmus I. und Förster E. , 1983; S.61-65

macht auch die politische Verantwortung deutlich, für bessere soziale und finanzielle Absicherung von Kindern und Jugendlichen zu sorgen.

In der KJP-Tübingen nimmt bei den stationären Kriseninterventionen die Arbeit des Stationsteams einen sehr hohen Stellenwert ein. Da die KJP-Tübingen in ihrem stationären Bereich psychoanalytisch orientiert arbeitet, bilden die in die Supervisionen und Teamsitzungen eingebrachten Übertragungsphänomene der Patienten eine wichtige Grundlage für die Arbeit mit den Krisenpatienten. Unsere Studie hat gezeigt, dass die intensive Arbeit der Stationsmitarbeiter mit den Patienten nicht nur einen sehr hohen therapeutischen Stellenwert einnimmt, sondern auch für die Diagnostik oft unverzichtbar ist. Durch die Nähe der Stationsmitarbeiter zu den Patienten sind sie in der Lage, Aspekte der psychischen Situation des Patienten zu erfassen, die dem Arzt oder Psychologen so nur schwer oder gar nicht erfahrbar sind. Für die Art der therapeutischen Arbeit, wie sie in unserer Abteilung geleistet wird, ist daher eine gleichberechtigte und aufeinander abgestimmte Arbeitsweise von stationären Betreuern und Psychologen bzw. Ärzten wichtig.

Eine zentrale Absicht unserer Arbeit war, die verschiedenen Ebenen aufzuzeigen, auf denen sich Krisenintervention abspielt und vor allem zu dokumentieren, welcher enorme zeitliche und organisatorische Aufwand für Krisenpatienten betrieben wird. Betrachtet man eine reguläre stationäre oder ambulante Therapie, so sind der Beginn und das Ende die Zeiten, in denen am meisten zusätzliche organisatorische Aufgaben anfallen und in denen den Therapeuten und Stationsmitarbeitern im Umgang mit den Patienten besonders viel abverlangt wird. Eine Krisenintervention kann man vergleichen mit einem heftigen Beginn, an den sich gleich das Ende anschließt. Dieser Vergleich soll deutlich machen, dass eine Krisenintervention für alle Beteiligten geballte organisatorische und psychotherapeutische Arbeit bedeutet, die weder quantitativ noch qualitativ mit einer regulären Therapie gleichzusetzen ist, was sich auch in der Vergütung niederschlagen sollte, um diesem Standard gerecht zu werden.

6 LITERATURVERZEICHNIS

- AINSWORTH, M.D. , Blehar , M.C. , Waters , E. & Wall , S. (1978) : Patterns of attachment ; NJ: Lawrence Erlbaum , Hillsdale
- ALZHEIMER , C. H. (1986) : Nichtambulante Krisenintervention und Notfallpsychiatrie ; Springer Verlag , Berlin
- BATTEGAY, R. (1995) : Psychoanalytische Aspekte von Krise und Krisenintervention ; in : Zsch. psychosom. Med. 41 , S.1-16
- BOWLBY, J. (1969) : Attachment and loss ; Hogarth , London
- CAPLAN, G. (1964) : Principles of preventive Psychiatry ; Basic Books , New York
- COHN, D.A. (1990) : Child-mother attachment of six-year-olds and social competence at school ; in : Child Development, 61, S.152-162
- DILLING, H. , Mombour , W. , Schmidt , M. H. (Hrsg.) : Internationale Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) Kapitel V ; Verlag Hans Huber , Bern
- DORMAGEN, H. , Tesch , M. (1990) : Stationäre Krisenintervention im Allgemeinkrankenhaus : Zur Frage der Indikationsbreite ; in : Psychiat. Prax. 17 , S.216-223
- EGIDI, K. , Boxbücher, M. (Hrsg.) (1996) : Systemische Krisenintervention ; dgvt-Verlag, Tübingen
- FAREWELL, T. (1990) : Experience of initiating and sustaining a crisis service from 1969-1990. Abstract from: first international conference on crisis intervention approach in mental health, London . International institute of crisis intervention and community psychiatry, Huddersfield, U.K., 1990
- GÜNTER, M. , Karle , M. , Kleefeld , H. , Werning , A. , Klosinski , G. (1999) : Stationäre jugendpsychiatrisch-psychotherapeutische Krisenintervention; in: Crisis 20 (2), S.71-77
- GÜNTER, M. (1991): Die Aufnahmesituation bei akuten Krisen im Jugendalter; in: Deutsche Krankenpflegezeitschrift 10, S.725-729
- GÜNTER, W. (1990) : Stationäre Krisenintervention bei Jugendlichen ; Dissertation , Tübingen
- HAASE, H.- J. (Hrsg.) (1978) : Krisenintervention in der Psychiatrie ; Schattauer Verlag , Stuttgart
- HERPERTZ, S., Paust, R. (1999): Psychosoziale Aspekte in Diagnostik und Therapie des Diabetes mellitus; Pabst Science Publishers, Lengerich
- JAKOB, A. (1994) : Battered Parents ; Dissertation Tübingen
- JOCHMUS, I. , Förster , E. (Hrsg.) (1983) : Suizid bei Kindern und Jugendlichen ; Ferdinand Enke Verlag , Stuttgart
- JUNG, C.G. (1984) : Archtyp und Unbewusstes; Walter-Verlag, Iten

-
- KLOSINSKI, G. (Hrsg.) (1997) : Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ; Verlag Hans Huber , Bern ; S. 165-174
- LAZARUS, R.S. , Folkman, S. (1984) : Stress, Appraisal, And Coping ; Springer Publishing Company , New York
- LEMPPE, R. (Hrsg.) (1981) : Adoleszenz ; Verlag Hans Huber , Bern
- LENZE, B. (1990) : Krisen und deren Verlauf ; Dissertation , München
- LOHAUS, A. (1990) : Gesundheit und Krankheit aus der Sicht von Kindern ; Hogrefe , Göttingen
- NISSEN, G., Trott, G.-E. (1995) : Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter; Springer-Verlag, Berlin
- REMSCHMIDT, H. (1992) : Adoleszenz ; Georg Thieme Verlag , Stuttgart
- REMSCHMIDT, H. (1992) : Psychiatrie der Adoleszenz ; Georg Thieme Verlag , Stuttgart
- REMSCHMIDT, H. (1997) : Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter ; Georg Thieme Verlag , Stuttgart ; S. 46-51
- SCHEPKER, R. (1997) : Posttraumatische Belastungsstörungen im Kindesalter-Diagnose, Verlaufsprädiktoren und therapeutische Strategien; in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 25, S. 46-56
- SCHEPKER, R. , Toker, M. , Eberding, A. (1999) : Inanspruchnahmebarrieren in der ambulanten psychosozialen Versorgung von türkeistämmigen Migrantenfamilien aus der Sicht der Betroffenen; in : Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 48, S. 664-676
- SCHMIDTKE, A., Weinacker, B., Fricke, S. (1996) : Epidemiologie von Suizid und Suizidversuch; in: Nervenheilkunde 15, S.496-506
- SCHNYDER, U. , Sauvant, J.-D. (Hrsg.) (1996) : Krisenintervention in der Psychiatrie ; Hans Huber Verlag , Bern
- SCHURIAN, W. (1989) : Psychologie des Jugendalters ; Westdeutscher Verlag , Opladen
- SEIFFGE-KRENKE, I. (1994) : Gesundheitspsychologie des Jugendalters ; Hogrefe, Göttingen
- SELIGMAN, M. , (1975) : Helplessness: on depression, development and death; Freeman , San Francisco; Scribner , New York
- SONNECK, G. , (Hrsg.) (1997) : Krisenintervention und Suizidverhütung ; Facultas-Univ.-Verl. , Wien
- TESCH-RÖMER, C. , Salewski, C. , Schwarz, G. (Hrsg.) (1997) : Psychologie der Bewältigung; Psychologie Verlags Union, Weinheim
- WARTNER, U.G. , Grossmann, K. , Fremmer-Bombik, E. & Suess, G. (1994) : Attachment patterns at age six in south germany: Predictability from infance and implications for preschool behavior; in: Child Development, 65, S.1014-1027
- WIECK, H. , Valentin, H. , Specht, K. (Hrsg.) (1979) : Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie; Schattauer, Stuttgart, New York

7 Abkürzungen

Erläuterung der von mir verwendeten Abkürzungen:

KJP-Tübingen = Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und
Jugendalter der Universität Tübingen

KI = Krisenintervention

8 Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Privatdozent Dr. Michael Günter für die Überlassung des Themas und die Anregungen dazu und bei Herrn Professor Bartels.

Mein besonderer Dank gilt Frau Magdalene Braun für ihre unverzichtbare Arbeit bei der Organisation und Verteilung der Fragebögen, Frau Pietsch-Breitfeld und Frau Guenon für die kompetente statistische Beratung und Hilfe bei der Datenverarbeitung, Herrn Dipl. Psych. Horst Waschulewski für die fachliche Beratung bei der Erarbeitung der Fragebögen und natürlich allen Stationsmitarbeitern, Psychologen und Ärzten, die meine umfangreichen Fragebögen trotzdem ausgefüllt haben.

Zudem möchte ich mich bei meinen Eltern und meinen Familien für ihre liebevolle Unterstützung und Tatkraft bedanken.

9 Lebenslauf

Anna- Katharina Deutschmann-Barth

12.03.1971 *geboren in Stuttgart als Tochter der Antje Kull geb. Matthias und des Günter Kull*

1977-1981 *Besuch der Grundschule in Wildberg*

1981-1984 *Besuch des Gymnasiums in Calw*

1984-1990 *Besuch des Gymnasiums in Nagold*

31.07.1990 *Abitur*

22.08.1990 *Geburt der Tochter Lea Deutschmann*

15.10.1991 *Beginn des Studiums der Mathematik und Germanistik (ohne Abschluss)*

15.04.1993 *Beginn des Studiums der Medizin in Tübingen*

15.10.1994 *Beginn des Zweitstudiums im Fach Psychologie*

24.02.1999 *Geburt der Tochter Noemi Barth*

21.09.1999 *2. Staatsexamen der Humanmedizin*

23.10.2000 *Beginn des Praktischen Jahres*

27.11.2002 *Drittes Staatsexamen*

10 Anhang

10.1 Fragebogen zur stationären und ambulanten Krisenintervention (Aufnahme)

Formale Daten

Geburtsdatum:

Geschlecht:

Staatsangehörigkeit:

Religion: ev : kath: keine: sonstige:

Schulart: Sonderschule: Hauptschule: Realschule:

Gymnasium: Sonstige:

Eingewiesen durch: Hausarzt: andere Klinik: niemanden: sonstige:

Einweisungsdiagnose:

Familiäre Daten

Berufliche Situation der Eltern

Beruf des Vaters: aktuell mit Arbeit: ja: nein: unbekannt:

Beruf der Mutter: aktuell mit Arbeit: ja: nein: unbekannt:

Beziehungsstatus der leiblichen Eltern

leben zusammen

getrennt/geschieden

Mutter verstorben

Vater verstorben

nie zusammen gelebt

unbekannt

Geschwisterkonstellation:**Aufenthalt****Kind wohnt überwiegend:**

- bei den Eltern
- bei der Mutter
- bei dem Vater
- in einer Pflegefamilie
- in einer Wohngruppe
- im Heim
- bei den Großeltern
- Sonstige

Familiäre Konfliktsituation

ja: (bitte kurz schildern)

nein:

unbekannt:

Vorgeschichte

Frühere Suizidversuche: ja: nein: unbekannt:

Liegt ein chronisches Problem vor: ja: (Diagnose der Grunderkrankung)

nein: unbekannt:

Ist der Patient psychiatrisch vorbehandelt: ja : (wo) nein: unbekannt:

Welche Institutionen sind involviert:

- Jugendamt
- Sozialamt
- sonstige
- keine

Wer bringt den Patient:

- Mutter
- Vater
- Beide
- Heim
- sonstige

Aktuelle Situation

Nimmt der Patient Medikamente: nein: ja: (welche)

Wer ist beim Aufnahmegespräch dabei:

Wie lange dauert das Aufnahmegespräch:

Krisen Anlass:

Suizidalität mit Suizidversuch:

Suizidalität ohne Suizidversuch:

ängstlich/hysterische Erregung:

akute psychotische Dekompensation:

dissozial/aggressive Erregung:

Essstörung:

andere: (welcher Art)

Distanzierung vom Suizidversuch:

|-----|

sehr gut sehr

schlecht

Aktuellen Krisenauslöser kurz schildern:

Seit wann besteht die aktuelle Symptomatik:

Wie schätzen Sie das psychiatrische Gesamtbild ein:

|-----|

sehr leicht

sehr schwer

Wie schätzen Sie die akute Symptomatik ein, die zur Aufnahme geführt hat:

sehr leicht sehr schwer

Familiäre Belastungen:

- Suizidalität
- Alkoholismus
- chronische körperliche Erkrankung
- sonstige psychiatrische Erkrankung
- soziale Problematik

Kooperation des Patienten:

sehr gut sehr schlecht

Kooperation der Eltern:

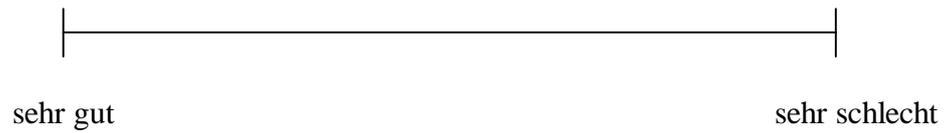
sehr gut sehr schlecht

Kein Kontakt zu den Eltern **Stimmung des Patienten:**

- depressiv
- subdepressiv
- aggressiv-erregt
- manisch-erregt
- submanisch

- trotzig-verweigernd
- rasch wechselnd
- unauffällig

Emotionale Schwingungsfähigkeit:



Daten zur Behandlung

Krisenintervention findet statt:

- ambulant
- stationär

Station Nr:

Gründe:

Medikation (mit Dosisangabe):

Ziel der Krisenintervention:

Wie lange soll die Krisenintervention dauern (in Tagen):

10.1.1 Fragen an die Bezugsperson (stationäre Aufnahme)

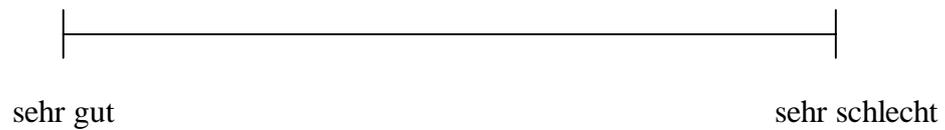
Wie schätzen Sie das psychiatrische Gesamtbild ein:



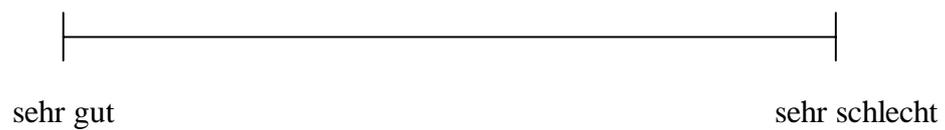
Wie schätzen Sie die akute Symptomatik ein, die zur Aufnahme geführt hat:



Kooperation des Patienten:



Kooperation der Eltern:



Kein Kontakt zu den Eltern

10.2 Fragebogen zur ambulanten Krisenintervention (Entlassung)

Wie viele Sitzungen umfasste die Krisenintervention:

Wie lange dauerte eine Sitzung:

Wie wurde die Krisenintervention beendet:

in beiderseitigem Einverständnis

vom Patienten abgebrochen (Gründe?)

gegen den Wunsch des Patienten

Übergang in stationäre Behandlung:

ja

hier

anderswo

nein

unbekannt

Beginn einer ambulanten Therapie:

ja

nein

unbekannt

Wo lebt der Patient in Zukunft:

Familie

eigener Haushalt

Wohngruppe

Pflegefamilie

Heim

sonstige

Änderung des Aufenthalts gegenüber vorher:

ja

nein

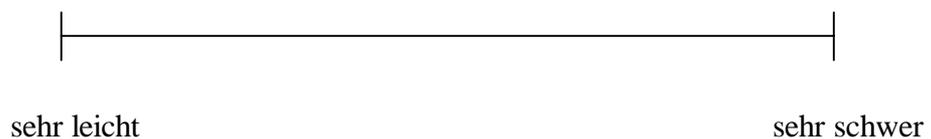
Welche Medikamente nimmt der Patient weiterhin (mit Dosisangabe):

Diagnose (ICD):

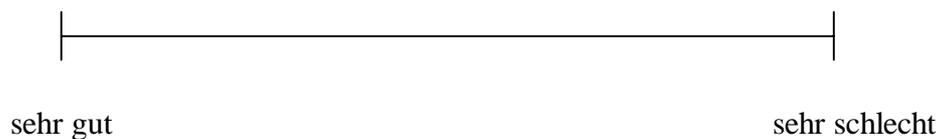
Wie schätzten Sie zuletzt das psychiatrische Gesamtbild ein:



Wie schätzten Sie zuletzt die akute Symptomatik ein, die zur Krisenintervention geführt hat:



Wie war zuletzt die Kooperation des Patienten:

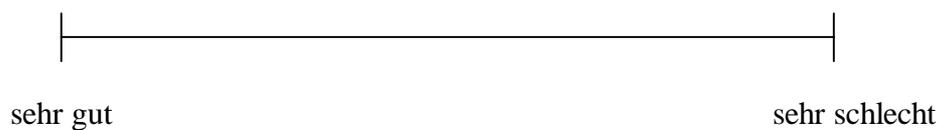


Wie war zuletzt die Kooperation der Eltern:



Kein Kontakt zu den Eltern

Distanzierung vom Suizidversuch:



Fanden noch andere therapeutische Maßnahmen statt:**Wurden Gespräche/Telefonate mit den Eltern geführt:**nein ja Anzahl und Dauer:**Wurden Gespräche/Telefonate mit anderen Einrichtungen geführt**Jugendamt Anzahl und Dauer:andere Klinik Anzahl und Dauer:Arzt Anzahl und Dauer:Wohngruppe Anzahl und Dauer:Schule Anzahl und Dauer:Sozialamt Anzahl und Dauer:sonstige Anzahl und Dauer:**Welche Vereinbarungen wurden mit dem Patient getroffen:****Wurden diese vom Patient eingehalten:**ja nein weitestgehend kaum **Was war das hauptsächliche Thema des Therapiegesprächs/der Therapiegespräche:****Welche Medikamente wurden verschrieben:****Wurden sie vom Patient nach Vorschrift eingenommen:**ja nein unbekannt

10.3 Fragebogen zur stationären Krisenintervention (Entlassung)

10.3.1 Fragen an den behandelnden Arzt/Psychologen

Welche therapeutischen Maßnahmen wurden durchgeführt und wie oft:

Wurden Gespräche/Telefonate mit den Eltern geführt:

ja

nein

Anzahl:

Inhalt:

Wurden Gespräche/Telefonate mit anderen Einrichtungen geführt:

Jugendamt

andere Klinik

Arzt

Wohngruppe

Sozialamt

sonstige

keine

Anzahl:

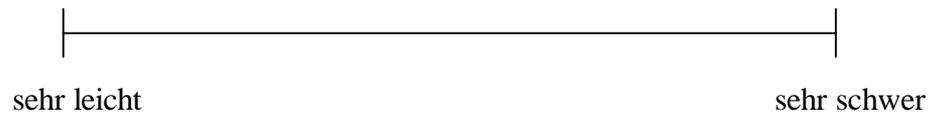
Inhalt:

Welche Vereinbarungen wurden mit dem Patienten für die Dauer seines Aufenthalts getroffen:

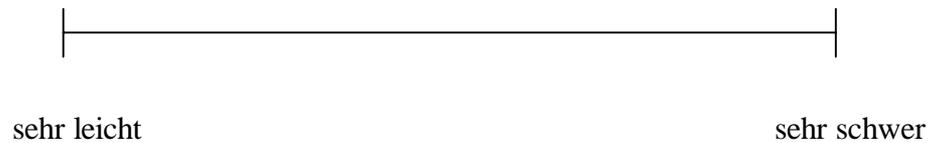
Was waren die hauptsächlichen Themen der Therapiegespräche:

Welche Medikamente wurden gegeben (Dosierung):

Wie schätzen Sie heute das psychiatrische Gesamtbild ein:



Wie schätzen Sie heute die aktuelle Symptomatik ein, die zur Aufnahme geführt hat:



Wie viel Zeit haben Sie Ihrer Meinung nach pro Tag für den Patient aufgewendet:

Gespräche mit dem Patient:

Sozialhygiene/Alltag:

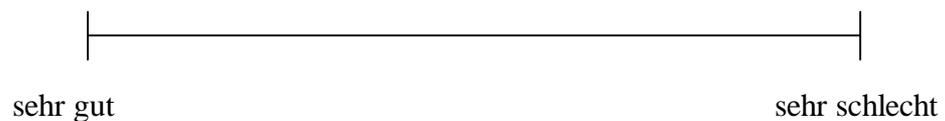
Außenkontakte:

Therapie:

Besprechungen:

Was hat sich aus therapeutischer Sicht gelöst:

Wie war zuletzt die Kooperation des Patienten:



Wie war zuletzt die Kooperation der Eltern:



Distanzierung vom Suizidversuch:

|-----|

sehr gut sehr schlecht

kein vorausgegangener Suizidversuch

Welche Medikamente nimmt der Patient weiterhin (mit Dosisangabe):**Diagnose (ICD):****Übergang in stationäre Behandlung:**

- ja
- nein
- unbekannt
- hier
- anderswo

Beginn einer ambulanten Therapie:

- ja
- nein
- unbekannt

Wohin wird der Patient entlassen:

- Familie
- eigener Haushalt
- Wohngruppe
- Pflegefamilie
- Heim
- sonstige

Änderung des Aufenthalts gegenüber vorher:

- ja
- nein

Dauer der Krisenintervention (in Tagen):

10.3.2 Fragen an die Bezugsperson

Welche Aktivitäten wurden durchgeführt:

Wurden Gespräche/Telefonate mit den Eltern geführt:

ja

Anzahl:

Inhalt:

nein

Wurden Gespräche/Telefonate mit anderen Einrichtungen geführt:

Jugendamt

andere Klinik

Arzt

Wohngruppe

Sozialamt

sonstige

keine

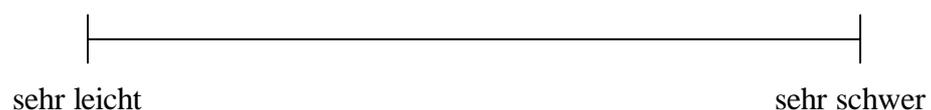
Anzahl:

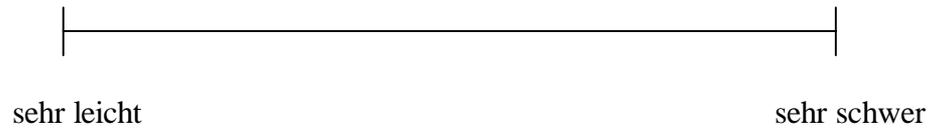
Inhalt:

Welche Vereinbarungen wurden mit dem Patienten für die Dauer seines Aufenthalts getroffen:

Was hat den Patienten am meisten beschäftigt:

Wie schätzen Sie heute die akute Symptomatik ein, die zur Aufnahme geführt hat:



Wie schätzen Sie das psychiatrische Gesamtbild ein:**Wie viel Zeit haben Sie Ihrer Meinung nach pro Tag am Patienten aufgewendet:**

Gespräche mit dem Patient:

Sozialhygiene/Alltag:

Außenkontakte:

Therapie:

Besprechungen:

Wie sah die Alltagsstrukturierung/Begleitung aus:**Wie schlief der Patient nachts:**schief durch ohne Medikamente schief unruhig schief nur mit Medikamenten wachte nachts auf hatte Einschlafschwierigkeiten **Änderung des Schlafverhaltens während des Aufenthalts:**ja nein **Wie verhielt sich der Patient auf Station:****Änderung des Verhaltens während des Aufenthalts:**nein ja

kurze Schilderung:

Wie war zuletzt die Kooperation des Patienten:

sehr gut sehr schlecht

Wie war zuletzt die Kooperation der Eltern:

sehr gut sehr schlecht

kein Kontakt zu den Eltern

Distanzierung vom Suizidversuch:

sehr gut sehr schlecht

kein vorausgegangener Suizidversuch

Ist der Patient einverstanden mit dem Entlassungszeitpunkt:

ja

wollte noch bleiben

wollte schon früher gehen