



LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik



LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -
Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie •
Psychosomatik
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

Marsbruchstraße 162a, 44287 Dortmund

Telefon: 0231 913019 - 0



LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik



LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

Kurzportrait

Die Klinik leistet die kinder- und jugendpsychiatrische Pflicht- und Notfallversorgung für die Stadt Dortmund mit knapp 600.000 Einwohnern, davon gut 100.000 Kinder und Jugendliche.



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Kurzportrait

- Aufgenommen werden Kinder und Jugendliche im Alter von 5 bis 18 Jahren.
- Jährlich werden ca. 450 Patienten stationär behandelt.
- Die Klinik verfügt über 35 Betten und 12 Tagesklinikplätze.

Stationen und Bereiche

- Haus 1: Therapiestation für Jugendliche
- Haus 2: Therapiestation für ca. 11-14 Jährige
- Haus 3: Therapie- und Krisenstation für 6-10 Jährige
- Haus 4: fakultativ geschlossene Akutstation
- Tagesklinik
- Ambulanz

Die häufigsten Krankheitsbilder bei Jugendlichen

- Depressionen
- Essstörungen
- posttraumatischen Belastungsstörungen
- Angst- und Zwangserkrankungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Beginnende Persönlichkeitsstörungen
- Medienabhängigkeit
- (Schulabsentismus)

.... bei Kindern

- Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens und der Emotionen
- kindliche Angsterkrankungen
- depressive Störungsbilder
- Ticstörungen
- Entwicklungsstörungen (einschließlich frühkindlicher Autismus)
- Bindungsstörungen
- posttraumatische Belastungsstörungen
- Kinder in akuten Krisensituationen (akute Selbst- und Fremdgefährdung)

Haus 4

Die fakultativ geschlossene Akutstation Haus 4 für Kinder und Jugendliche hat acht Betten für Patienten im Alter von ca. 11 – 17 Jahren.

Die Station mit bis zu maximal 10 Patienten belegt werden.

Akutseite:

zwei Krisenzimmer,

zwei Einzelzimmer,

sowie Notaufnahmezimmer.

Auf der postakuten Seite befinden sich drei
Zweibettzimmer.



LWL

Für die Menschen.

Für Westfalen-Lippe.

LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik



LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.


LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik

Auf beiden Stationshälften gibt es ein Wohnzimmer, ausgestattet mit diversen Spielmöglichkeiten.



Ärztlich-Therapeutischer Dienst

- Assistenzärztinnen
 - Fachärztinnen/-arzt
 - Psychologen/-innen
 - Dipl. Pädagoge
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
 - PiA's
 - Fachtherapeutinnen
 - Sozialarbeiter / Sozialpädagogen
 - Heilpädagoge
- 

Pflege- und Erziehungsdienst:

- Krankenschwestern, -pfleger
- Kinderkrankenschwestern
- Erzieher
- Dipl. Sozialpädagogen

Jahr	Geschlecht	Alter (in Jahren)				
		5-10	10-15	15-20	20-25	Σ 0-25
2002	Σ	0	24	314	436	774
	W	0	8	60	81	149
	M	0	16	254	625	625
2004	Σ	0	23	219	428	670
	W	0	7	47	82	136
	M	0	16	172	346	534
2012	Σ	0	20	184	376	580
	W	0	9	45	76	130
	M	0	11	139	300	450

Abb. 1: Suizid nach Alter und Geschlecht (Quelle: Stat. Bundesamt)

Anzahl der Suizide 2015

Altersgruppen von ... bis unter ... Jahre	Insgesamt	Männlich	Weiblich
unter 10	-	-	-
10 bis 15	19	6	13
15 bis 20	196	133	63
20 bis 25	316	243	73

Einfluss auf suizidales Verhalten

- sexueller Missbrauch sowie schwere physische und psychische Misshandlungen in Kindheit und Jugend,
- familiäre Konflikte, Trennung der Eltern,
- vorherige Suizide oder Suizidversuche der nächsten Verwandten
- Kausalitäten zwischen familiären Neigungen zu Depression
- und Abhängigkeiten von psychotropen Substanzen



(vgl. Hackauf, 2010).

- Konflikte mit den Eltern
- Konflikte mit Freunden
- Liebeskummer
- Konflikte in der Schule (Arbeitsplatz)
- Selbstwertkonflikte
- (Sexuelle) Identitätskonflikte
- Körperliche Krankheit

Entwicklungsaspekte

Geplante Suizide von Kindern bis zum 12. Lebensjahr sind selten. Kinder dieses Alters können sich den Tod nicht als etwas Endgültiges vorstellen. Sie haben die unreife Überzeugung von der Reversibilität des Todes.

- Ferner spielt das magische Verlangen eine Rolle, sich mit einem Verstorbenen, gefühlsmäßig nahestehenden oder einem abwesenden Menschen zu vereinigen (z.B. einem früher verlorenen Elternteil).

- Ein reiferes **Todeskonzept** beginnt sich erst ab dem 11. Lebensjahr zu entwickeln. Das Verständnis vom Tod weist nun formale und logische Qualitäten auf.

Pubertät

- relative Isolierung
- Herausfordernde Entwicklungsaufgaben zwischen Erfordernis von Unabhängigkeit und regressiver Abhängigkeit
- Stimmungsschwankungen, Impulsivität
- Identitätsfindung

(Prä-)suizidales Syndrom

- Einengung
- Geheimmte und gegen die eigene Person gerichtete Aggression
- Selbstmordphantasien
- Reine Vorstellung des Totseins, ohne konkrete Pläne zu haben
- Die Vorstellung vom Totsein, gepaart mit dem Gedanken selbst Hand anzulegen
- Die konkrete Phantasie über das wie, wo und wann, wenn also eine konkrete Handlung für den Suizid besteht.




(vgl. Erwin Ringel)

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.

Warnhinweise für eine erhöhte Suizidgefährdung bei Jugendlichen

- Isolation oder Rückzug
- Verlust von früheren Interessen,
- Schlechte Leistungen bei der Arbeit oder in der Schule
- Häufiges Weinen
- Ungewöhnliches oder bizarres Verhalten
- Erheblicher Drogen oder Alkoholkonsum
- Risikoreiches, gefährdendes Verhalten
- Seine Angelegenheiten ordnen

- Verschenken von bisher wichtigen persönlichen Sachen
 - Schlechte Konzentration
 - Entscheidungsschwierigkeiten
 - Niedriges Selbstbewusstsein
 - ungewohnte Aggressivität
 - Unangemessene Schuldgefühle
 - Auffällige oder bizarre Gedanken/psychotische Symptome
 - **Veränderungen der Stimmung**
 - Traurigkeit
- 

Suizidalität

Leitlinie „Suizidalität im Kindes- und
Jugendalter“ der Deutschen Gesellschaft
für Kinder- und Jugendpsychiatrie

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/028-031.html>

Inhalt

- 1 - Klassifikation7
- 1.1 Definition7
- 1.2 Leitsymptome8
- 1.3 Schweregradeinteilung9
- 1.4 Suizidmethoden und altersspezifische Unterschiede11
- 1.5 Ausschlussdiagnosen12
- 2 - Epidemiologie13
- 3 - Störungsspezifische Diagnostik16
- 3.1 Assoziierte psychische Störungen und Probleme17
- 3.2 Störungsrelevante Rahmenbedingungen und Risikofaktoren19
- 3.3 Diagnostik, inkl. Labor- und Testdiagnostik20
- 3.4 Weitergehende Diagnostik und Differentialdiagnostik26
- 3.5 Entbehrliche Diagnostik26

- 4 - Multiaxiale Bewertung26
- 4.1 Identifizierung des Leitsymptoms26
- 4.2 Identifizierung weiterer Belastungen26
- 4.3 Hierarchie des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens27
- 5 - Interventionen27
- 5.1 Auswahl des Interventionssettings27
- 5.2 Hierarchie der Behandlungsentscheidungen und Beratung29
- 5.3 Rechtliche Grundlagen30
- 5.4 Fachfremde Interventionen31
- 5.5 Pharmakotherapie32
- 5.6 Psychotherapeutische Interventionen33



- 5.7 Besonderheiten bei ambulanter Behandlung35
- 5.8 Besonderheiten bei stationärer Behandlung36
- 5.9 Ergänzende Maßnahmen, inkl. Jugendhilfe37
- 5.10 Häufige Fehler38
- 5.11 Zusammenfassung40
- 6 - Postvention und Prävention40
- 6.1 Postvention40
- 6.2 Prävention44
- 7 - Literatur49

















Hausinterne Leitlinie zur Abklärung von und Vorgehen bei Suizidalität

- Exploration / Gefährdungseinschätzung erfolgt bei jeder notfallmäßigen Vorstellung eines Patienten.
- „Standard zur Einschätzung von aktueller Suizidgefährdung“.
- Setting / Sicherheitsstufen

Rechtsgrundlagen

- Freiwillig unter geschlossenen Bedingungen
- Mit Beschluss des Familiengerichtes nach § 1631b

1. Wie ist aktuell deine Stimmung?	
2. Hast du schon mal gedacht, dass dein Leben keinen Sinn hat?	
3. Hast du gelegentlich oder häufig Selbstmordgedanken?	
4. Wenn ja: was genau denkst du dann?	
5. Wie hoch schätzt du auf einer Skala von 1 – 10 die Stärke deiner Suizidgedanken ein?	
6. Bist du in einem Internetforum angemeldet, in dem es um das Thema Selbstmord geht?	
7. Handlungsabsichten: was könntest du dir vorstellen zu tun, um dich umzubringen? Wann? Wo? Hast du schon mal konkret geplant, dir etwas anzutun oder es getan?	
8. Wie hoch schätzt du auf einer Skala von 0 – 10 die Stärke deiner Absicht ein, dir etwas anzutun?	
9. Wie würde deine Familie das einschätzen?	
10. Hat sich jemanden in deiner Familie oder Bekanntenkreis das Leben genommen?	
11. Gibt es Gründe für dich, dich nicht umzubringen?	
12. Was müsste sich bei dir, deiner Familie oder deinem Umfeld ändern, damit es die besser ginge?	
13. Für welchen Zeitraum kannst du sicher zusagen, dir nichts anzutun?	
14. Kannst du zusagen, dich zu melden, wenn es dir noch schlechter gehen sollte?	





LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik

12. Was müsste sich bei dir, deiner Familie oder deinem Umfeld ändern, damit es die besser ginge?



13. Für welchen Zeitraum kannst du sicher zusagen, dir nichts anzutun?



14. Kannst du zusagen, dich zu melden, wenn es dir noch schlechter gehen sollte?



15. Diagnose ?]



16. Intensität der Suizidgedanken?



17. Intensität der Handlungsabsichten?



18. Suizidversuche in der Vorgeschichte?

(Interner Bereich)



19. Suizide/Suizidversuche im Umfeld?



20. Soziale Haltesysteme?



21. Absprachefähigkeit?



22. Psychopathologischer Befund?



23. Fremdanamnestische Angaben?



24. Gegenübertragung/Bauchgefühl



Eingeschätzt von:

Grad der Suizidalität:

Zuordnung Sicherheitsstufe:

Datum:

Unterschrift:

01.10.2014 05.11.2014 01.10.2014 01.10.2014

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.




Einschätzung von Suizidalität

- Stufe 0: Kein Hinweis auf Suizidalität / Keine Selbsttötungsabsicht
- Stufe 1: Suiziddrohung ohne aktuelle Gefährdung / Ambivalenz
- Stufe 2: Suiziddrohung mit möglicher Selbstgefährdung / Keine gezielte Interaktion
- Stufe 3: Akute Suizidalität mit deutlicher Selbsttötungsabsicht / Todessehnsucht

Kriterien zur Einschätzung von Suizidalität

- Stufe 0: - Patient kann sich glaubwürdig von aktueller Suizidalität distanzieren
- Patient äußert keine suizidalen Absichten (verbal und nonverbal)
 - Keine Anzeichen von auffälliger Körpersprache / Stimmungen, die auf Suizidalität hinweisen könnten

- Stufe 1: - Patient äußert suizidale Absichten mit eher demonstrativem Charakter (verbal und nonverbal)
- Körpersprache / Stimmung des Patienten stimmen nicht mit den suizidalen Äußerungen überein
 - Patient ist absprachefähig

- Stufe 2: - Patient ist nicht in der Lage, sich eindeutig von suizidalen Absichten zu distanzieren
- Körpersprache / Stimmung erscheinen traurig gestimmt
 - Patient ist bedingt absprachefähig
 - Patient hat evtl. einen Suizidversuch unternommen, hat aktuell keine konkreten Suizidpläne, fühlt sich durch Aufnahme entlastet
- 

- Stufe 3: - Patient äußert deutliche suizidale Absichten (verbal und nonverbal)
- Patient beschäftigt sich mit konkreten Suizidplänen
 - Patient hat evtl. aktuell einen Suizidversuch unternommen
 - Patient kann für seine Sicherheit (Überleben) keine Verantwortung mehr übernehmen

Maßnahmen entsprechend den Einstufungen

- Stufe 0:** - Verhaltensbeobachtung / Dokumentation
- Freier Ausgang nach Absprache mit dem Therapeuten und nach Stationsregeln
 - Bei Verhaltensänderung ggf. höhere Einstufung vornehmen

- Stufe 1:** - Verhaltensbeobachtung / Dokumentation
- Ausgang nach Stationsregeln und nur nach Absprache im Team gemeinsam mit Therapeut
 - tägliche Einstufung im Gesamtteam
 - Bei Bedarf Einzug möglicher gefährdender Gegenstände und deren Benutzung nur unter Aufsicht

- Stufe 2:** - regelmäßige Sichtkontrolle (15- bis maximal 30-minütig)
- intensive Verhaltensbeobachtung / Dokumentation
 - Ausgang nach Stationsregeln und nur in Begleitung
 - Patient und dessen Zimmer bei Verdacht nach gefährlichen Materialien kontrollieren und diese einziehen
 - Patient muss sich abmelden, wenn er die Räumlichkeit wechseln will

- Stufe 3:** - Patient bekommt eine ständige Sichtkontrolle, bei Bedarf eine 1:1-Betreuung;
- wenn Patient schläft, sind bis zu 5-minütige Unterbrechungen der Sichtkontrolle zulässig
 - Beobachtungszimmer
 - Grad der Einschränkungen des Mobiliars und der persönlichen Sachen wird im Team besprochen

- Patient und dessen Zimmer nach gefährdenden Materialien kontrollieren und diese einziehen; solche Materialien dürfen nicht an den Patienten ausgegeben werden; in Einzelfällen ist eine Nutzung unter Aufsicht möglich (z. B. Kuli, Rasierer)
- Körperhygiene, Duschen, Toilettengang nur mit Sprechkontakt bei offener Tür, bei Bedarf in 1:1-Betreuung
- Ausgang nur im Innenhof unter Aufsicht

Unbedingt zu Vermeiden:

- Moralisieren, Vorwürfe machen und/oder eine feindliche, ablehnende Haltung einnehmen
- Bagatellisierungstendenzen des Patienten und Umfeldes nicht erkennen oder sogar übernehmen bzw. verstärken
- durch übersteigertes emotionales Engagement suizidales Verhalten ungewollt verstärken
- unreflektierte, vorschnelle Lösungsvorschläge machen
- nach einem gescheitertem Suizidversuch Hinweise geben („Anleitungen“) für effektivere Tötungsmethoden

- von der Methode voreilig auf die Intention/Todesabsicht schließen. Insbesondere bei jüngeren Kindern oder Patienten mit unterdurchschnittlichen intellektuellen Fähigkeiten kann aus der mangelnden Effizienz einer Methode nicht geschlossen werden, dass ein Suizidversuch nicht ernst gemeint war. Hier ist bedeutend, welche Wirkung das Kind/der Jugendliche erwartete und welche Intention es/er hatte.

- zuviel Zeit vergehen lassen zwischen Suizidversuch und nötigem Konsil in der akutversorgenden Klinik.

Hier ist es wichtig, frühzeitig (!) nach Notfallbehandlung und (wieder) ansprechbarem Patienten das Konsil anzufordern bzw. durchzuführen! Das erste Gespräch mit dem Patienten sollte dabei zuerst ohne die Eltern stattfinden, damit evtl. bestehende zugrundeliegende Probleme (wie Misshandlung oder Missbrauch in der Familie) a.uch angesprochen werden können.

- Verknennung von suizidalen Handlungen bei Unfällen, Medikamentenüberdosierungen und Drogenintoxikationen! Hier immer daran denken, dass es sich um Suizidversuche handeln könnte und gezielt danach explorieren!

(aus der Leitlinie der AWMF)

Therapeutische Interventionen

Grundsätzlich:

- Stützende Gespräche
- Stabiler Rahmen
- Beziehungsangebote; Bezugspersonenpflege, Bezugstherapeut
- Diagnostik
- Perspektivklärung, gemeinsam mit Familie oder Bezugspersonen
- Poststationäre Angebote vermitteln

- Ggf. Behandlung der Grunderkrankung
- Stabilisierungstechniken
- Notfallplan, -koffer
- Psychoedukation
- Einbeziehung der Eltern oder sonstiger Bezugspersonen

Psychohygiene der Behandler

- Regelmäßige Fortbildung zum Thema „Suizidalität“
- Supervision
- Fachärztliche Unterstützung, insbesondere der Berufsanfänger
- Weiterführendes Angebot, ggf. Traumabegleitung (Team im regionalen Netz)
- Leitfadens der Betriebsleitungen von LWL-Kliniken zur Nachbearbeitung eines schweren Suizidversuches bzw. eines vollendeten Suizids

LWL-Klinik Dortmund - Elisabeth-Klinik -

Kinder- und Jugendpsychiatrie • Psychotherapie • Psychosomatik



Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.



**Ich danke
Ihnen für Ihre
Aufmerksamkeit!**

LWL

Für die Menschen.
Für Westfalen-Lippe.