

Krisen im Jugendalter



PD Dr. med. Gregor Berger

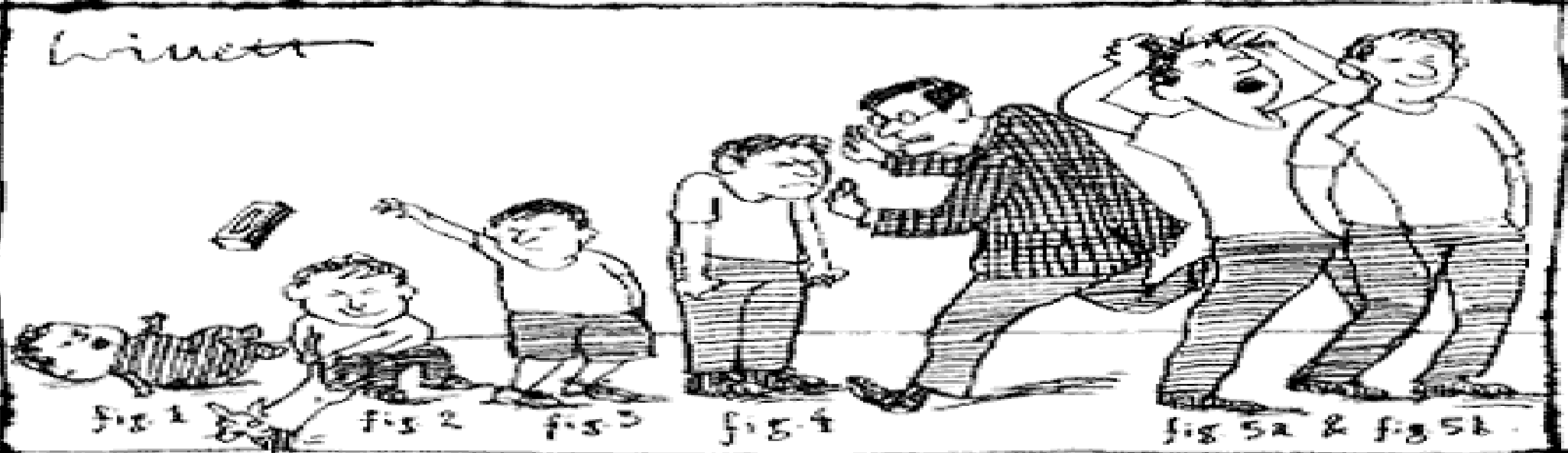
Leitender Arzt Notfallzentrum KANT, Home Treatment

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

gregor.berger@pukzh.ch

Tel. 043 499 26 26



Probleme, die bei Zuweisungen beschrieben werden:

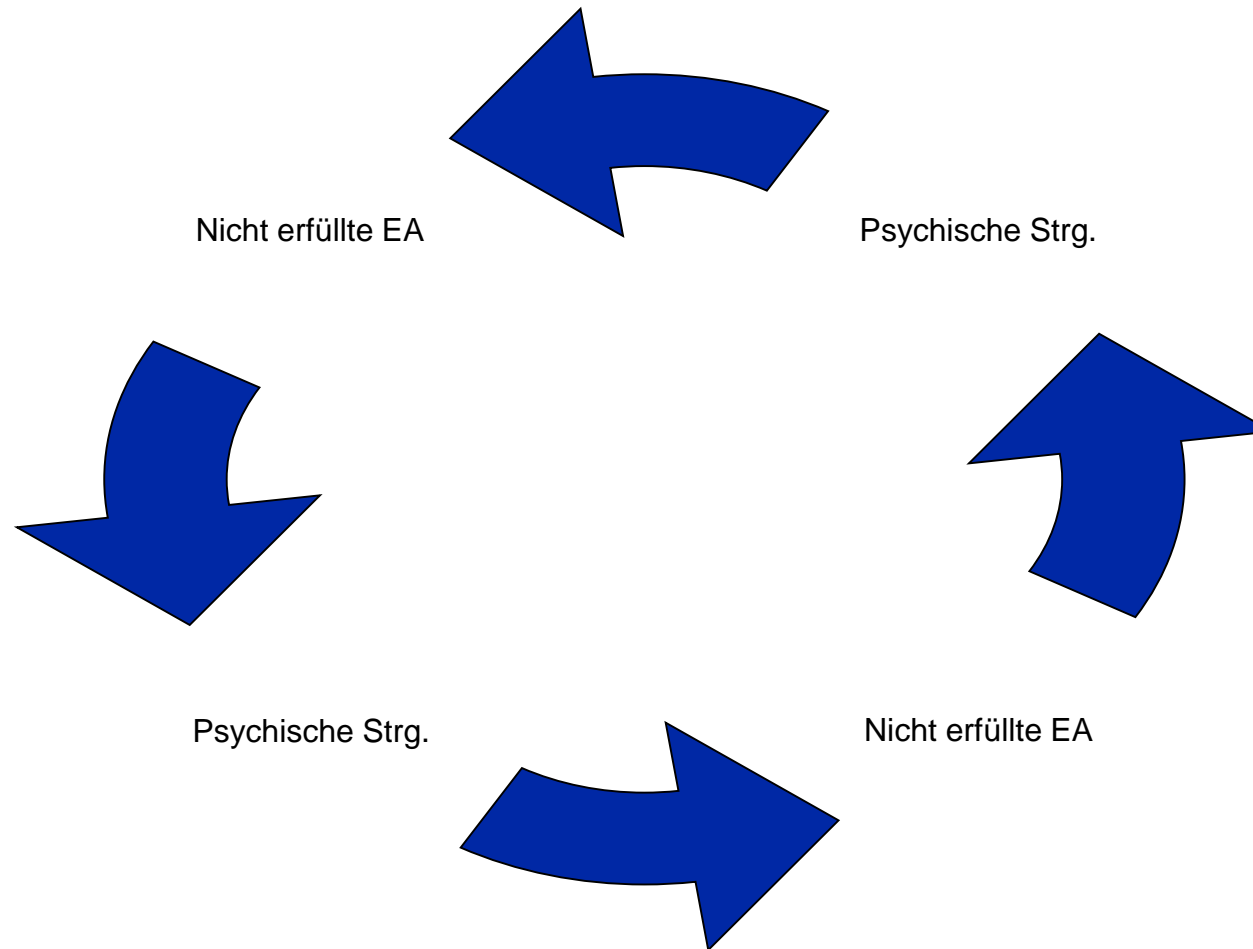
- Psychisch auffälliges Verhalten (Weinen, Angstzustände, Panik etc.)
- Auffälliges Verhalten im sozialen Kontext (Isolation, Interaktionsprobleme)
- Probleme in Peergruppe (z.B. Ausgrenzung, Mobbing)
- Probleme in der Familie (z.B. unangemessene Ansprüche, Vernachlässigung)
- Schulabsentismus
- Sucht (THC, Alkohol, Partydrogen/ Verhaltenssüchte, insbesondere Medien)
- Identitätsprobleme (Selbstbild, Genderfragen)
- Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten NSSV, *40% ohne Fachbeurteilung
- Suizidalität 11% n. SV ohne Fachbeurteilung aus Notfall entlassen
- Aggressivität, Delinquenz, Drohungen
- Schwere psychische Störungen (z.B. Psychosen, Essstörungen, Zwangsstrg.)

Entwicklungsaufgaben eines Heranwachsenden



1. Aufbau eines Freundeskreises (**Beziehungen, Peergruppe**)
2. Akzeptieren der eigenen Erscheinung (**Körper**)
3. Übernahme der Geschlechtsrolle (**weibliche/ trans/ männliche Rolle**)
4. Erlangen von Selbsterkenntnis (**Identität**)
5. Aufnahme intimer Beziehungen (**Sexualität**)
6. Loslösung vom Elternhaus (**Ablösung**)
7. Wissen, was man werden will und was man dafür lernen/können muss (**Beruf**)
8. Einstellung zu Partner und Familie (**Partner/Familie**)
9. Entwicklung eigener Weltanschauungen (**Werte**)
10. Entwicklung von Zukunftsperspektiven (**Zukunft**)

**Der Teufelskreis zwischen nicht Erreichen
respektive nicht Abschliessen von Entwicklungsaufgaben (EA) und psychischen Störungen**



Psychische Strg. als Ursache suizidaler Krisen/ Hospitalisationen



- Affektive Störungen (meist unipolar, selten bipolar im Jugendalter)
- Emotionale Störungen des Kindesalters/ emotional-instabile PD
- Anpassungsstörung (Mobbing/Verlust/Trennung/Scheidung Eltern/ Ortswechsel u.a.)
- Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS/ ADS)
 - ❖ Spezialform: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- Störungen des Sozialverhaltens/
- Suchterkrankungen mit Beginn im Jugendalter
- Essstörungen (Anorexia nervosa/ Bulämie / atypische Essstörungen)
- Zwangsstörungen, Tic-Störungen, Tourette-Syndrom
- Psychotische Störungen (Schizophrenien)
- Autismusspektrumstörungen (Asperger)
- Angststörungen

Krankheitslast psychischer Störungen

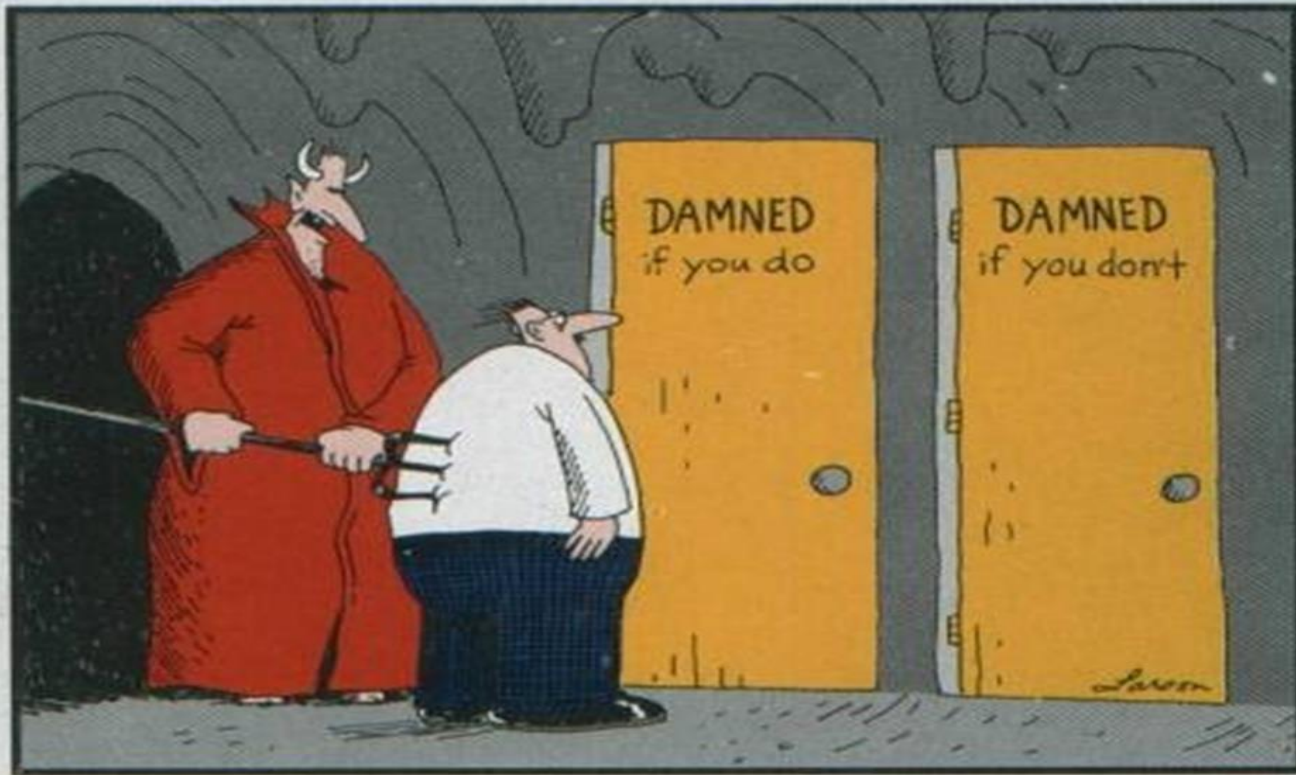
- Depressionen produzieren bei Jugendlichen die höchste Krankheitslast
- Nur ein Bruchteil wird erkannt und noch weniger (1/4) adäquat behandelt

	Males		Females		Total	
	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)
15-19 years						
1	Unipolar depressive disorders	34 (8.0%)	Unipolar depressive disorders	53 (11.7%)	Unipolar depressive disorders	86 (9.9%)
2	Road traffic accidents	33 (7.8%)	Schizophrenia	23 (5.2%)	Schizophrenia	46 (5.3%)
3	Alcohol use	30 (7.2%)	Bipolar disorder	22 (4.9%)	Road traffic accidents	46 (5.3%)
4	Schizophrenia	23 (5.4%)	Abortion	17 (3.8%)	Bipolar disorder	44 (5.1%)
5	Bipolar disorder	23 (5.3%)	Panic disorder	16 (3.5%)	Alcohol use	34 (4.0%)
6	Violence	21 (5.1%)	Maternal sepsis	14 (3.1%)	Violence	26 (3.0%)
7	Drug misuse	11 (2.7%)	Self-inflicted injuries	13 (3.0%)	Self-inflicted injuries	24 (2.8%)
8	Asthma	11 (2.6%)	Road traffic accidents	13 (2.9%)	Panic disorder	23 (2.7%)
9	Self-inflicted injuries	11 (2.6%)	Chlamydia	10 (2.3%)	Asthma	18 (2.0%)
10	Drownings	10 (2.5%)	Iron-deficiency anaemia	9 (2.1%)	HIV/AIDS	17 (2.0%)

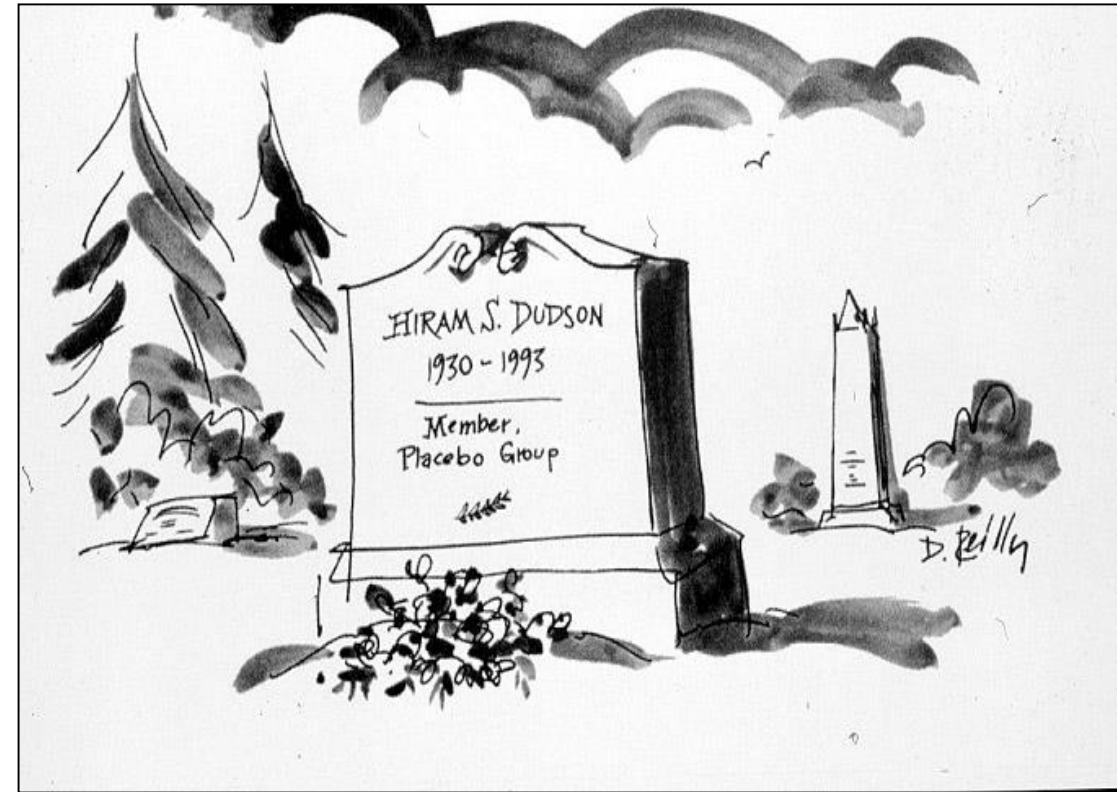
DALYs = Disability-adjusted life years oder auch **disease-adjusted life years**

Gore et al, Lancet 2011

Früherkennung – ein zweischneidiges Schwert



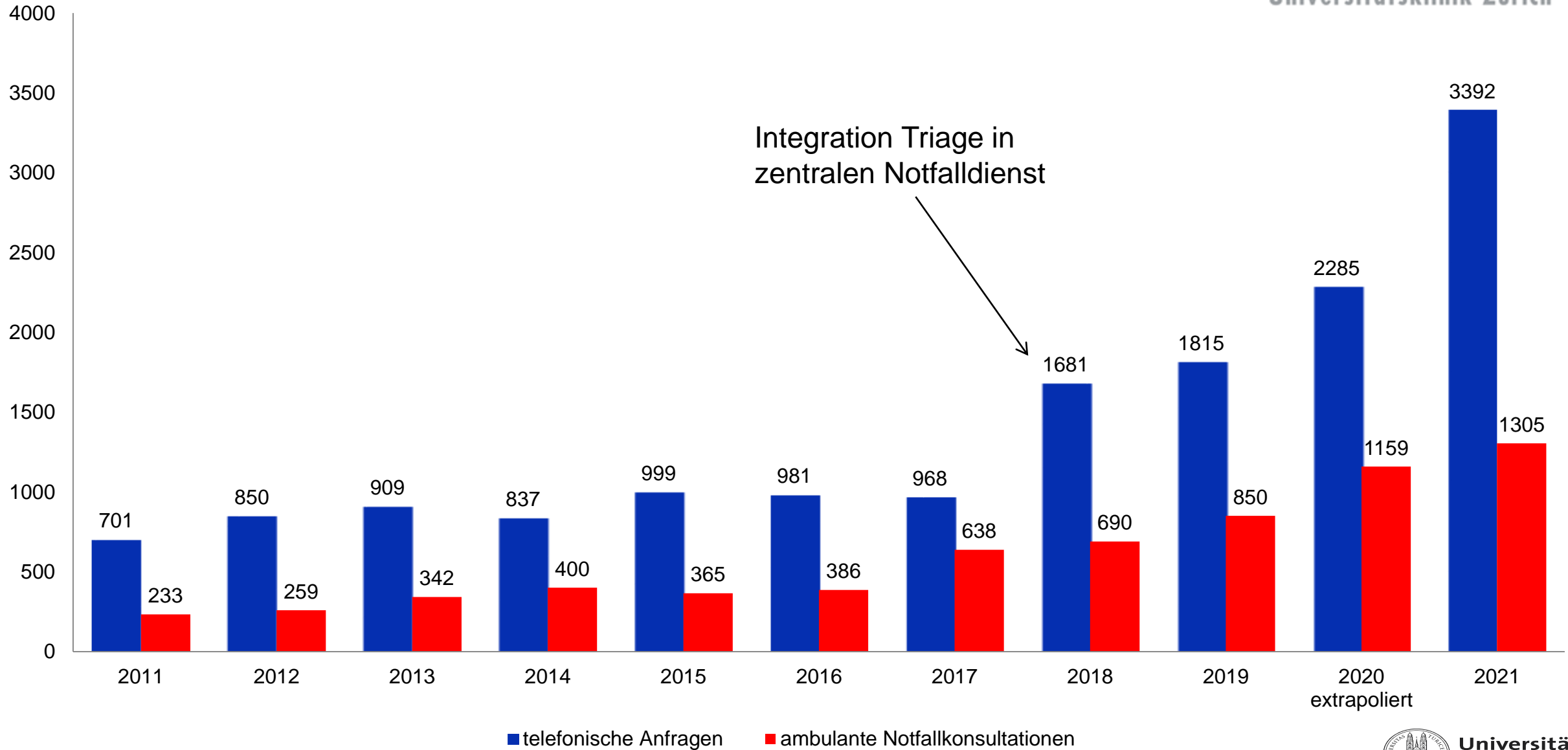
“C’mon, c’mon — it’s either one or the other.”



Auswirkung auf Inanspruchnahme der ZH KJP Notfallversorgung

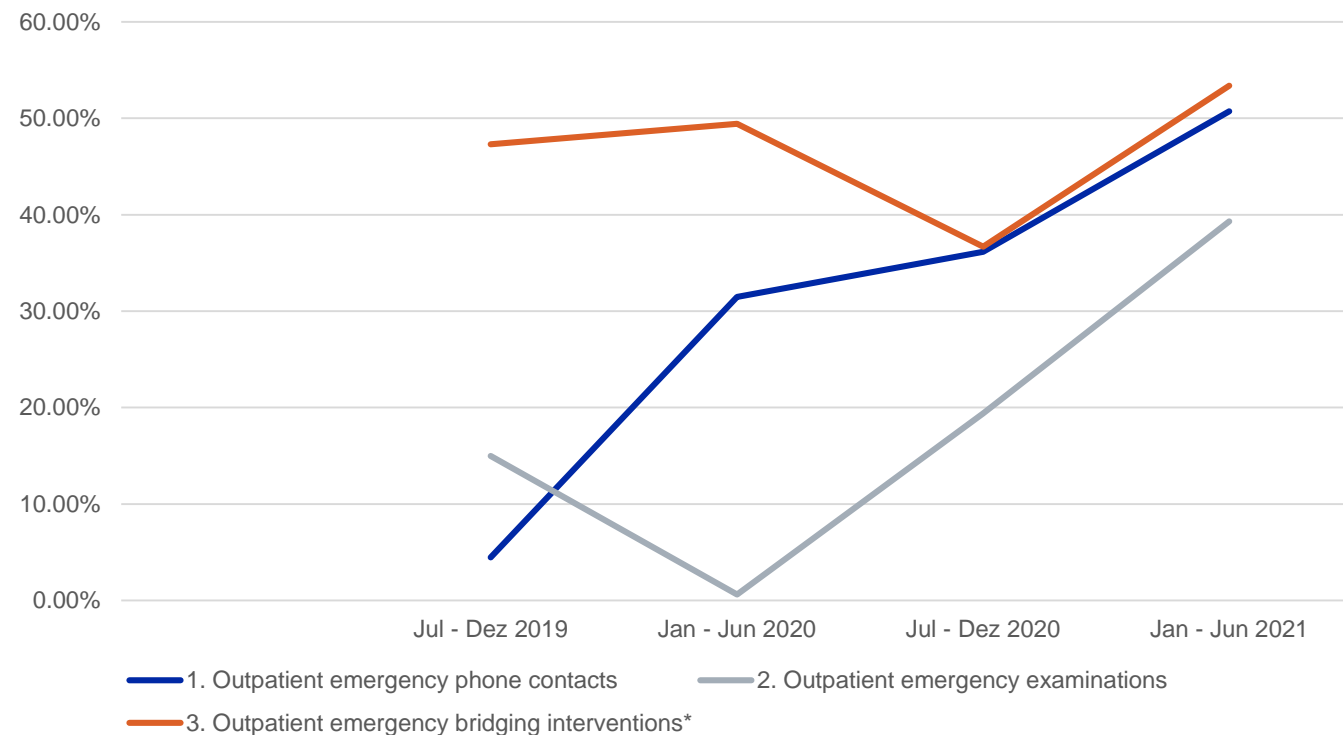


Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



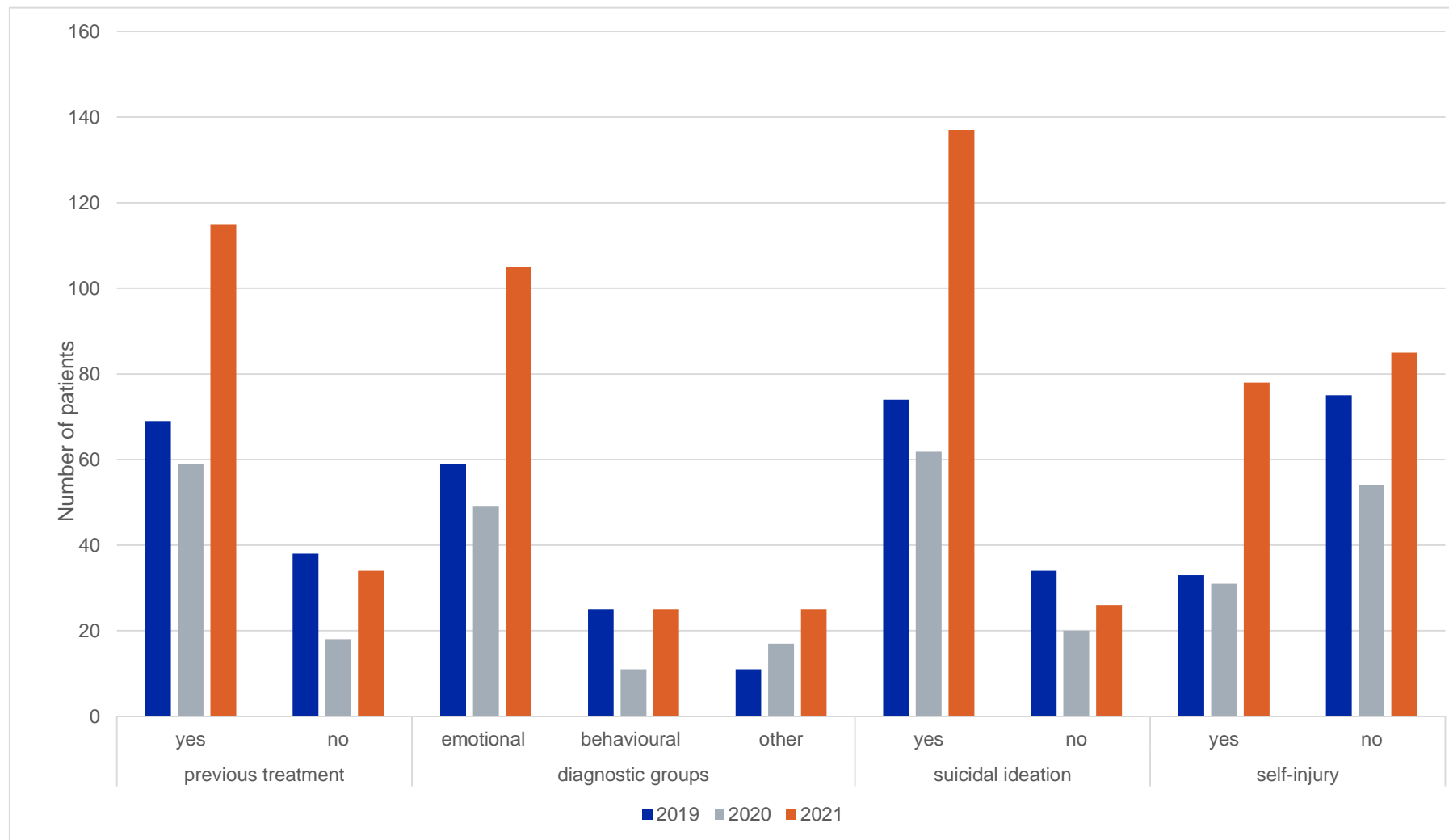


% Anstieg Notfallkontakte im Vergleich zur Vorjahresperiode (Berger et al, SMW, 2021)



	Jul - Dez 2019	Jan - Jun 2020	Jul - Dez 2020	Jan - Jun 2021
1. Telefonkontakte	4.5%	31.5%	36.1%	50.7%
2. Ambulante Notfalluntersuchungen	15.0%	0.6%	19.4%	39.3%
3. Notfallverlaufsuntersuchungen	47.3%	49.4%	36.7%	53.4%

Relativer Anstieg emotionaler Störungen, Suizidgedanken, Selbstverletzung (Vergleich zwischen März/ April 2019, 2020, 2021)



Massnahmen zur Verbesserung KJP Versorgung

- **Versorgungsengpass wird noch bis 2024 andauern**
 - Etablierung eines integrativen ERP Konsiliardienstes seit 1.1.2022
 - Ausbau ambulantes Hometreatment mit Übergangspflege seit 1.4.22
 - Eröffnung einer IPW Akutbettenstation seit Mai/Juni 2022
 - Eröffnung eines KJPP-Kriseninterventionsprogramms (Life) Oktober 2022
 - Eröffnung stationersetzendes Hometreatment, whs. Januar 2023
 - Eröffnung von drei stationären Einheiten Clenia Schlössli, ca. Sommer 2024
 - Schaffung von Transitionsstationen – Möglichkeiten oder frommer Wunsch?
- **Tagesstruktur Minderjährigen auf ERP Stationen (mangelnde Beschulung in ERP)**
- **Herausforderungen, kritische Punkte, die wir noch angehen müssen**
 - Primäre Suchtpatienten (keine Expertise, Schutz vulnerabler Jugendlicher)
 - Fremdaggression, Delinquenz (Schutz jüngerer Jugendlicher)



Therapeutische Grundhaltung



Beziehung und Struktur aufbauen ist für Teenager enorm wichtig



- Bei Krisen - Beziehungsaufbau zentral
 - Vertrauen schaffen (Bezugspersonenarbeit)
 - Reden hilft (über Suizid sprechen ist nicht «suizidogen»)
 - Akzeptieren/ Respektieren, anstatt verurteilen
- Chance der Krise
 - Benennen dysfunktionaler Verhaltensweisen (Schule, Freunde, Familie)
 - Etablierung von gesunden Strukturen (Tag-Nacht-Rythmus)
 - Etablierung von Hilfsstrukturen
 - Besinnen auf Strukturen, die einem «Gut» getan haben
 - Formulierung von kurz und langfristigen Zielen zur Resilienzförderung

Wie können Resilienzfaktoren etabliert werden?



Wie ist/ war der Lebensstil vor der Krise?

- Change zu sinnhaften, resilienzförderndem Lebensstil

Was kann verändert werden

- Bewegung, Aktivitäten (Weg vom Bett tagsüber)
- Förderung von Beziehungen, die einem gut tun
- Abbruch von Beziehungen, die schädigen
- Achtsames Leben fördern (Yoga, frühere Hobbies wieder aufnehmen)
- Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen („sokratischer Dialog“)
 - Abbau Medien und Schlafentzug (freiwilliger Einbezug Umfeld)
 - Abbau Drogenkonsum (Etablierung eines Helfernetzes, dass unterstützt)

Empathie ist gut, aber Jugendliche brauchen auch Regeln/ Grenzen



- Der Tag ist nicht zum rumliegen da
- Die Nacht ist zum Schlafen da
- Medienregeln erarbeiten (ggf. festlegen im Aufnahmegespräch)
 - über Nacht Handy aus dem Zimmer geben
- Regeln im Umgang mit Suchtmittel (ggf. festlegen im Aufnahmegespräch)
- Ersthaftigkeit des substanz-/ nichtsubstanzgebundenen Suchtverhaltens spiegeln
 - Betroffenheit zeigen, anstatt zu relativieren
 - Aber: Bist Du bereit Dein Verhalten zu ändern? Wenn ja, wie?
 - Veränderung Lebensstil („Handy brauchst Du nach einem Suizid auch nicht mehr“)
- Kultur und religiöse Prägung der Familie beachten

Umgang mit dem Faktor Zeit



- Akute Suizidalität – arbeiten im ‚Hier und Jetzt‘
- Suizidalität, NSSV als Vermeidungsstrategie (Angelakis I et al 2021)
- Teenager in Therapieprozess einbeziehen (weg von Vermeidung)
- «shared decision making», aber auch altersentsprechende Grenzen
- Neugier wecken, dass ambulante Therapie helfen könnte
- Immer wieder Möglichkeiten/ Grenzen von Hospitalisationen aufzeigen
 - Pro- und Kontraliste für Klinikaufenthalt (hilft im Beziehungsaufbau)
 - Aber keinen Machtkampf, wenn Jugendlicher in Klinik möchte
- individuelle Interventionen zur Austrittsvorbereitung ausarbeiten
- Keine rigide, sondern flexible Lösungen
- Behörden (Sozialzentren, KJZ, SPZ, ev. KESB) als **Helfer** im «Schaffen von Strukturen» ausserhalb der Klinik sehen

Was für Beziehungen und Strukturen brauchst Du (der Jugendliche)?

- Selbstbefähigung (empowerment)
- Partizipation (shared decision making)
- Selbstwirksamkeit (self efficacy)
- Kohärenz/ Passung (sense of coherence)
- Stärkung der Widerstandskraft (resilience)
- Achtsamkeit (gehe mit Dir um, wie Du mit liebsten Haustier umgehen würdest)

Wie kannst Du lernen mit Deinen Emotionen umzugehen und diese zuzulassen?

- günstige Attributionen verstärken („halb volles Glas anstatt halb leeres Glas“)
- Weinen kann therapeutisch wirken (Katharsis)

Spiegelung und „sanfte Konfrontation“

- Gelungener Rapport als Voraussetzung
- Konsequenzen des eigenen Tuns aufzeigen
 - Vermeidung von ... durch Psychiatrisierung thematisieren
 - Bedeutung, aber auch Folgen der Psychiatrisierung besprechen
 - Für Jugendlichen
 - für Eltern
 - Für Freunde
 - Für andere relevante Bezugspersonen
- Kognitive Dissonanzen aufzeigen, dialektisches Vorgehen
- Zeitprojektion (jetzt, in ein paar Wochen, Monaten, Jahren)

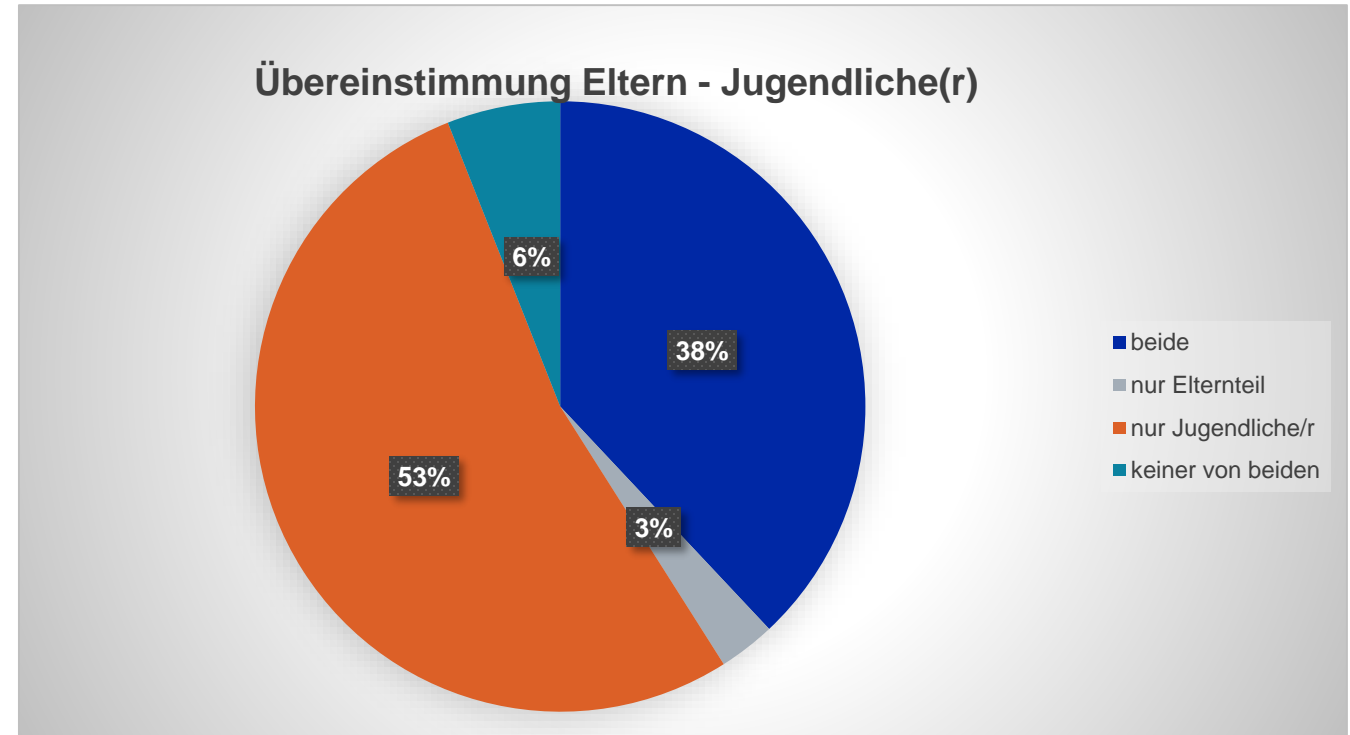
Während des stationären Aufenthaltes - Einbezug Familie



- Hospitalisation nimmt Pat aus belastenden Umfeld raus (Schule, Familie)
 - Das kann positiv sein, aber auch zu sek. Krankheitsgewinn führen, sodass so eine Genesung behindert wird
- Wenn möglich Familiengespräch innerhalb von zwei bis drei Tagen zur Klärung der strukturellen Voraussetzungen für Austritt
 - Was braucht es, das der Austritt ein positives Erlebnis wird/ist (für alle!)?
 - interpersonelle Konflikte im Vorfeld klären
 - tragfähige Beziehungen werden häufig von Betroffenen nicht als solche erkannt
- Geheimnis versus Offenlegung
- Familienarbeit
 - Umgang mit Thema Angst, Schuld
 - Selbst-/Fremdwahrnehmung (zirkuläres Fragen)

Selbst- & Fremdwahrnehmung Dg. Kriterien

Hauptkriterien:	In unserer Stichprobe
Depressive Stimmung	73.3%
Reizbare Stimmung	41.7%
Anhedonie	67.3%
Nebenkriterien:	
Wertlosigkeit / Schuldgefühle	62.8% / 40.4%
Schlafstörungen	82.7%
Erschöpfbarkeit	80.8%
Konzentrationsstörungen / Entscheidungsprobleme	58.3% / 24.4%
Veränderungen von Appetit / Gewicht	37.8%
Psychomotorische Unruhe / Hemmung	4.6% / 4.6%
Gedanken an Tod / Suizidalität	74.4% / 52.6%



Baumgartner et al. (2019)

Umgang mit Suizidalität - akute Maßnahmen erarbeiten



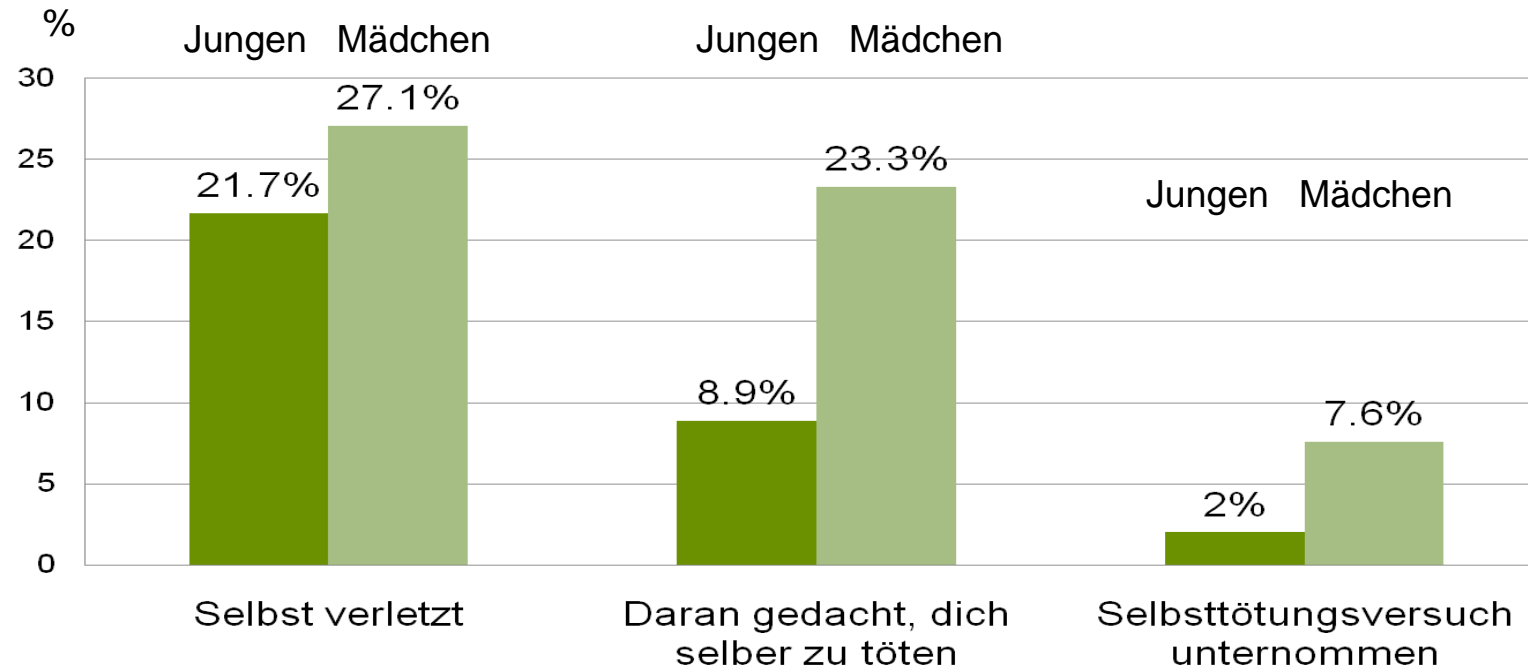
- Oft steht akute Suizidalität im Vordergrund
 - Betroffener ist Experte seiner Geschichte (sein Narrativ)
 - Zentrale Motive erkennen, bearbeiten
 - Oft im sozialen Kontext entstanden (Schule, Familie)
 - Tunnelblick erkennen, benennen und bearbeiten (ASSIP, AdoASSIP)
- Krisenbewältigungsstrategien erarbeiten
- Spannungsfeld «Geheimnis versus Einbezug (Familie, Helfernetz)»

Suizidpläne und Suizidversuche bei CH Schülern

Hast Du Dich jemals...



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



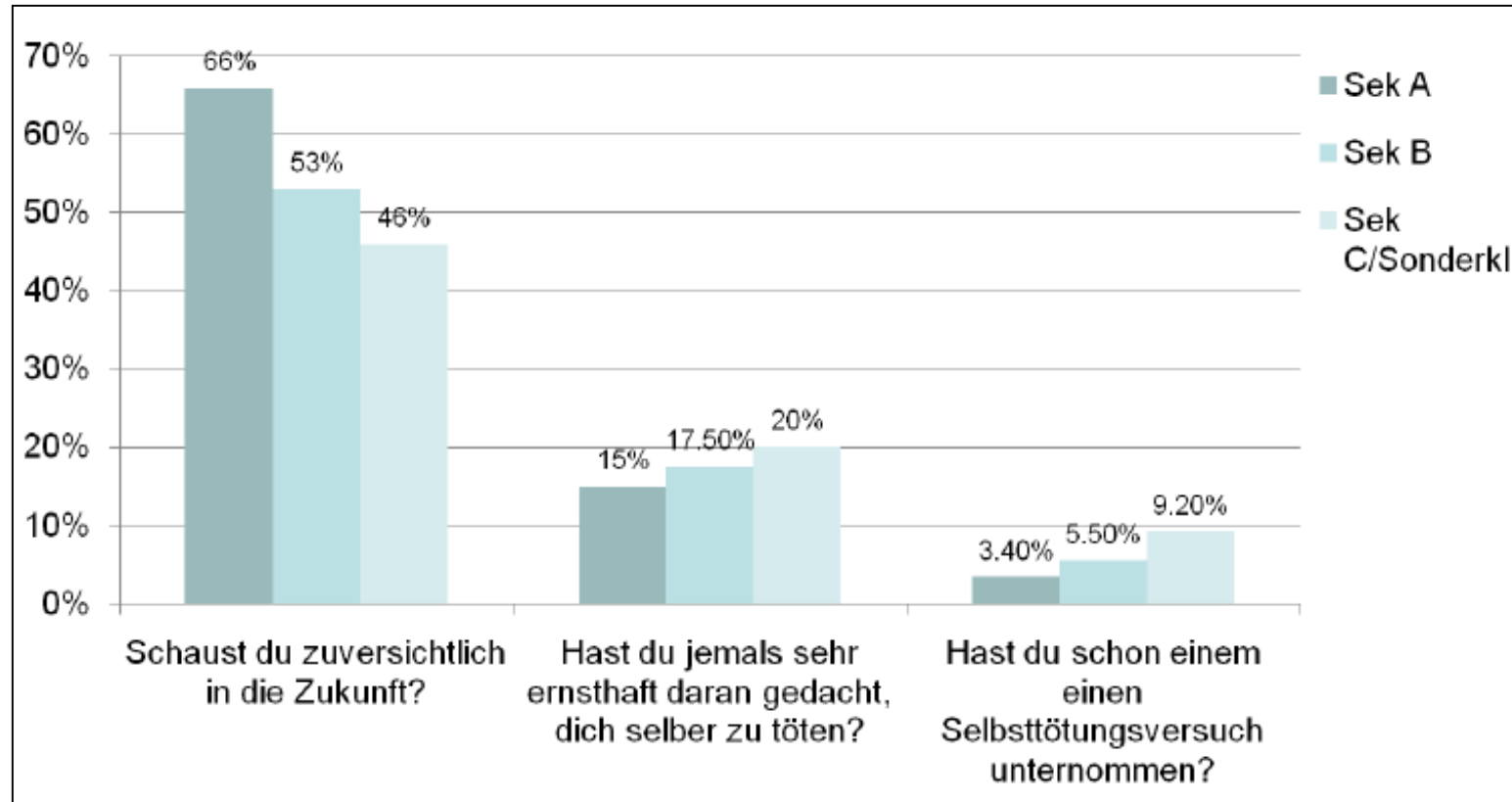
Schülerbefragung 2007/2008 in den 2. Sekundarklassen, Stadt Zürich, Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich

Autorin: Dr. med. Ferdinanda Pini, MPH, Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich



Universität
Zürich UZH

Schülerbefragung Sekundarklassen Zürich



Schülerbefragung 2007/2008 in den 2. Sekundarklassen, Stadt Zürich
Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich

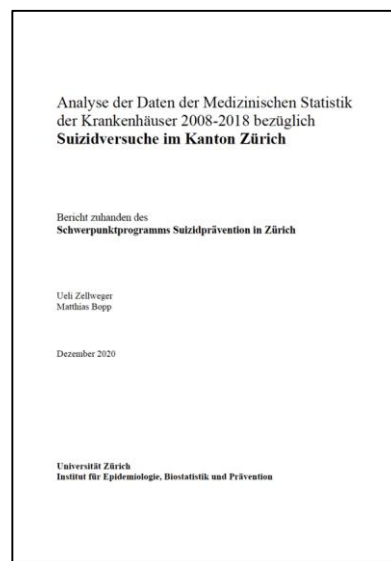
Autorin: Dr. med. Ferdinanda Pini, MPH
Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich

Suizidversuche Zürich

Analyse der Daten aus Medizinistik der Krankenhäuser (MSK)

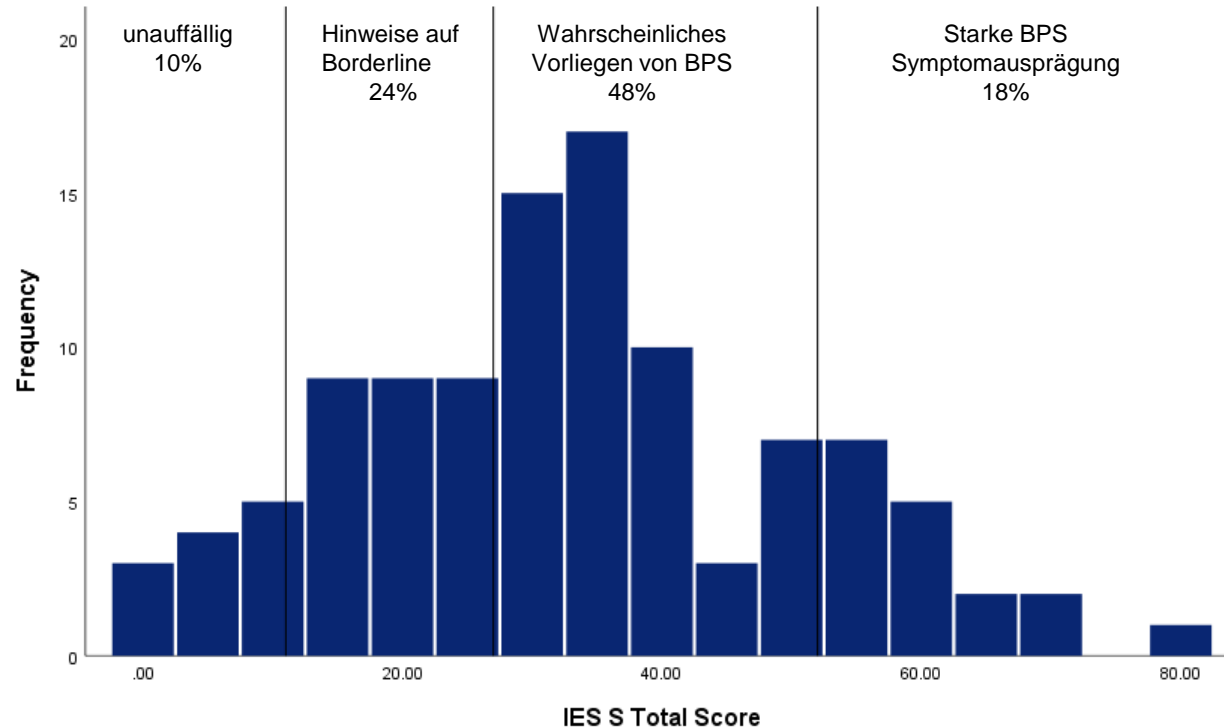
Bericht Zellweger, U. & Bopp, M. (2020). Analyse der Daten MSK 2008–2018 bezüglich Suizidversuche im Kanton Zürich (unveröffentlicht).

Jährlich rund 1800 Suizidversuche (nur SV mit stationärem Aufenthalt).



Borderlinefeatures (IES-Score) bei pädiatrischen Depressionen

- 108 Jugendliche
- 88% weiblich
- Alter: M=16.0, SD=1.3
- IES: M=33.1, SD=16.9



Krisenplan versus Non-Suizidvertrag

Bryan et al, J affective Disorder 2017

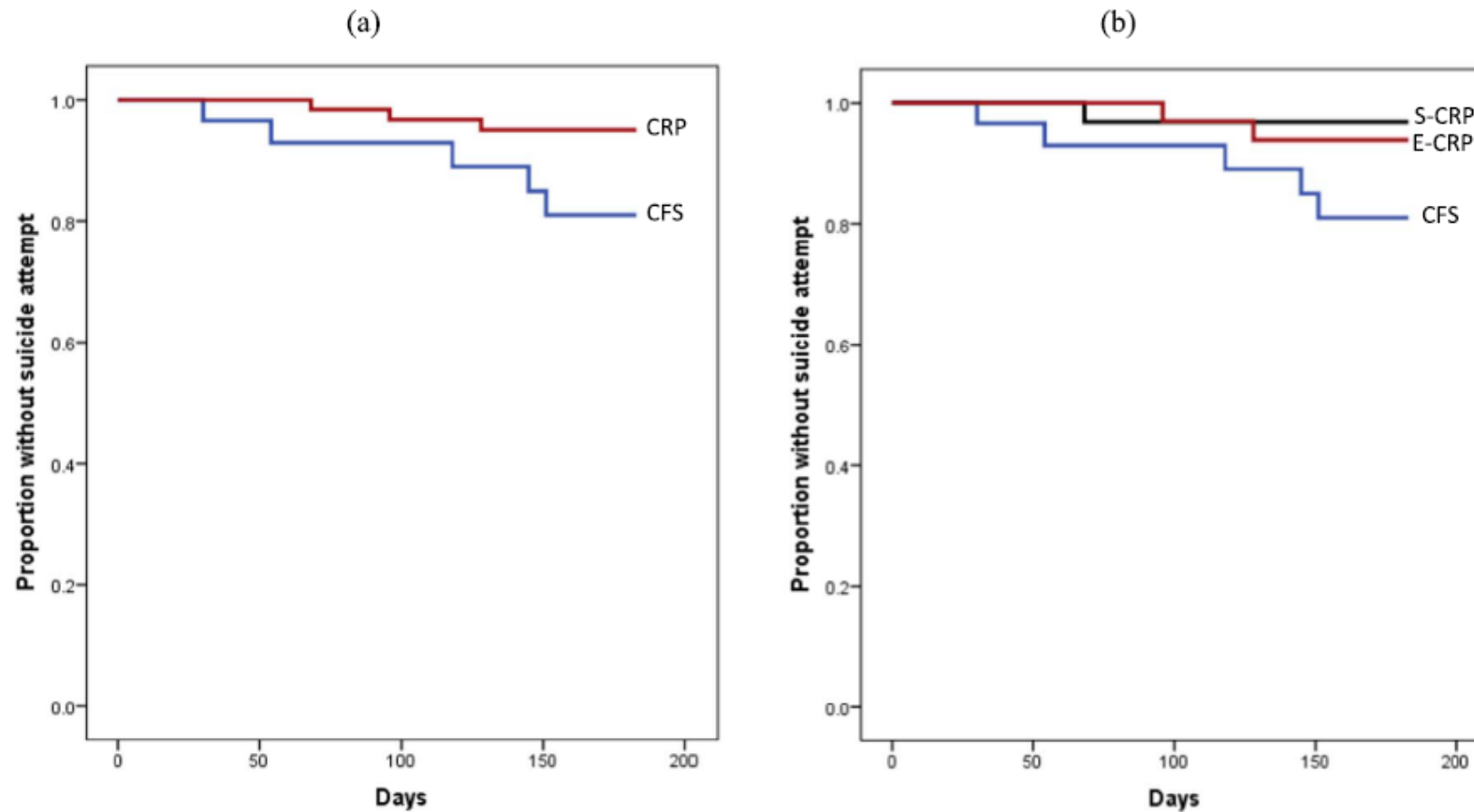


Fig. 2. Survival curves for time to first suicide attempt or end of study among suicidal active duty Soldiers receiving (a) the contract for safety (CFS) or a crisis response plan (CRP); and (b) the contract for safety (CFS), standard crisis response plan (s-CRP), or enhanced crisis response plan (E-CRP).

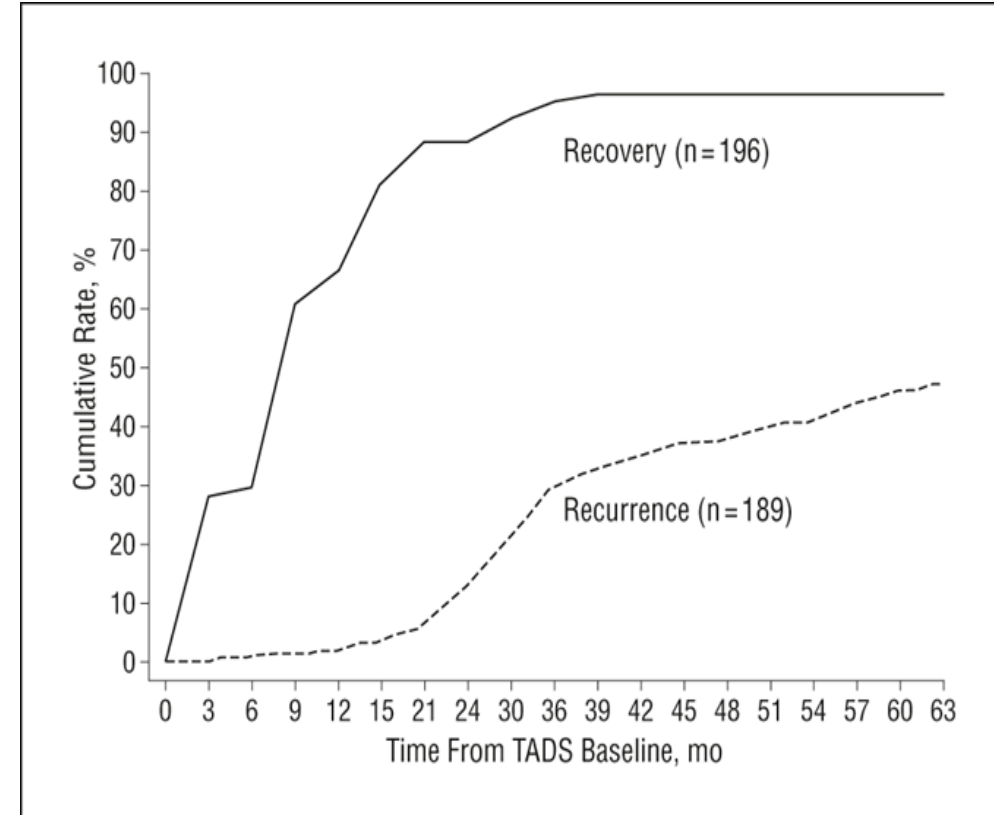
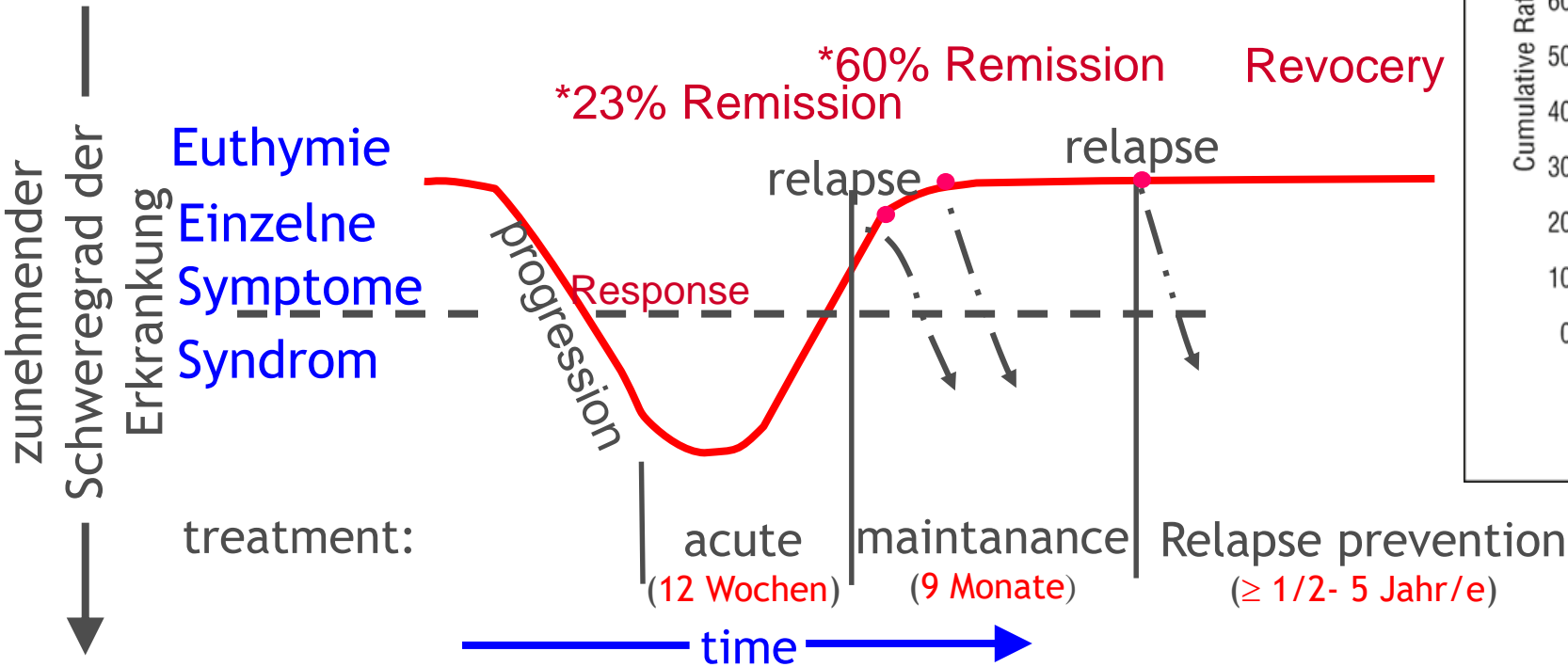
- Irritabilität oder Wut – häufiger als Trauer.
- Unerklärliche Schmerzen – Teenager klagen häufiger über Kopfwegh oder Bauchwegh, obwohl es hierfür keine körperlichen Erklärungen gibt.
- Starke Sensibilität gegenüber Kritik
- Selektiver sozialer Rückzug

=> Nur etwa 20% der depressiven Adoleszenten erhalten professionelle therapeutische Hilfe!

Verlauf einer ersten depressiven Episode

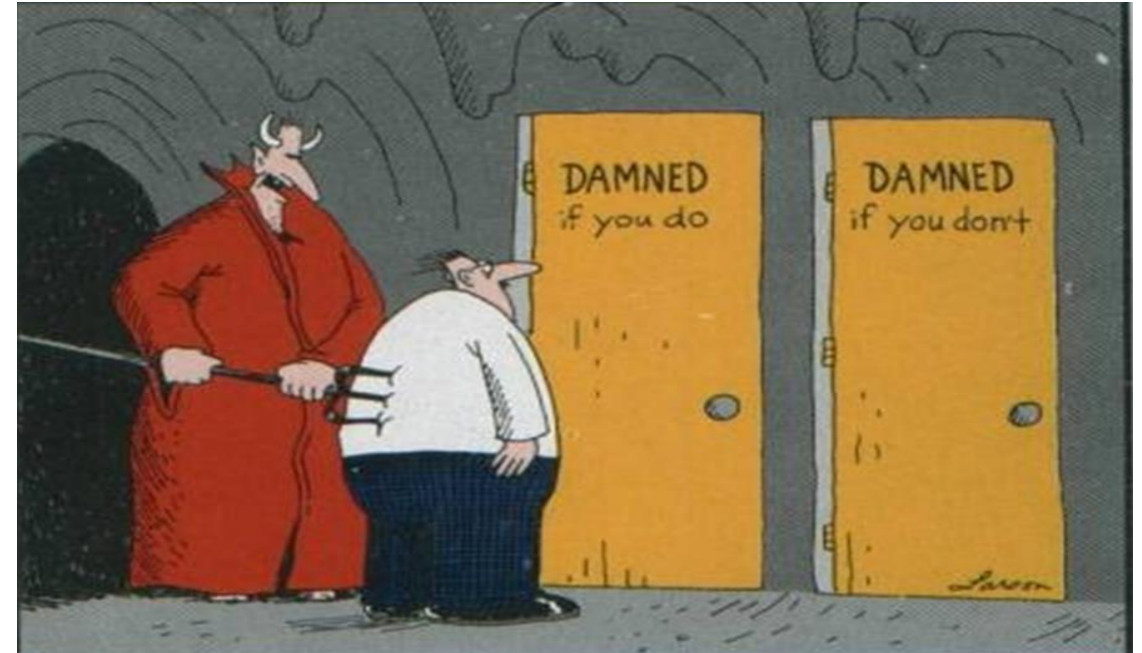
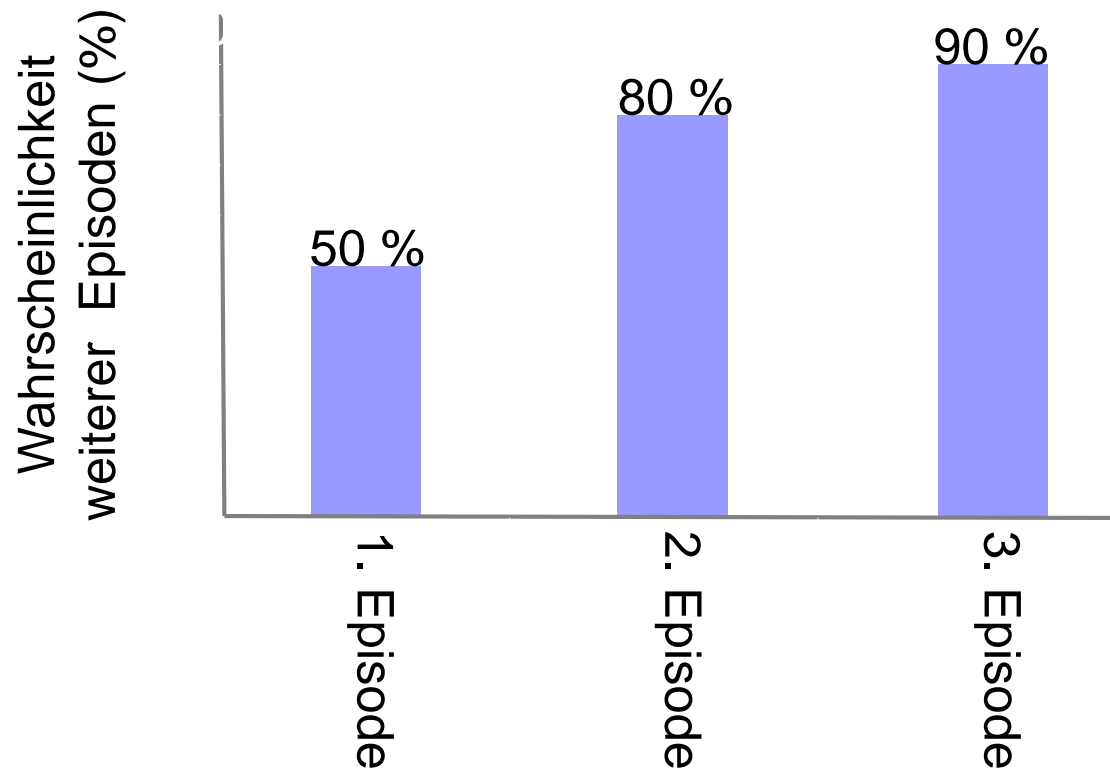


- 8-9 Monate bis zur Heilung (Recovery)
- 50% Recovery, keine weiteren Episoden
- 35% wiederkehrend (auch nach Jahren)
- 15% chronisch, Symptome persistieren



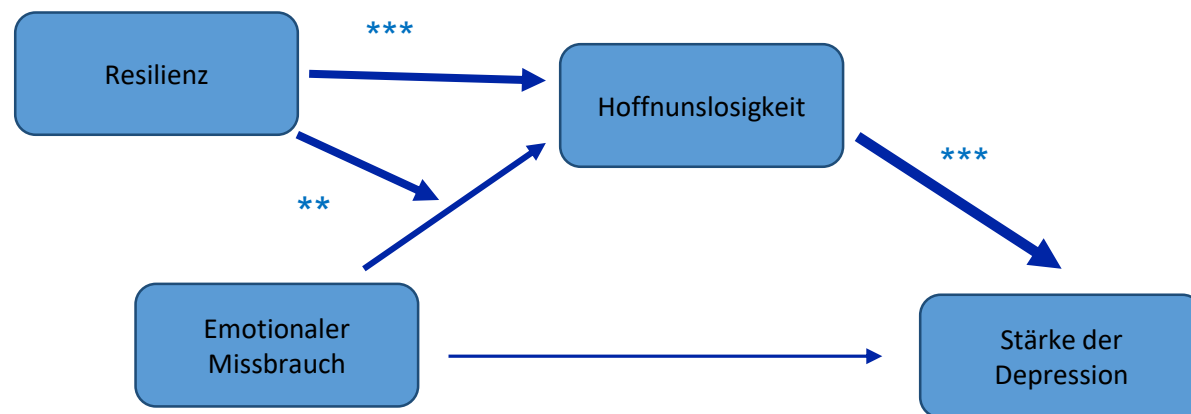
*TADS Arch Gen Psychiatry. 2011;68(3):263-269.; Kupfer; 1991, Eaton 2008, Colman 2007

Auswirkungen unzureichender Rückfallprophylaxe



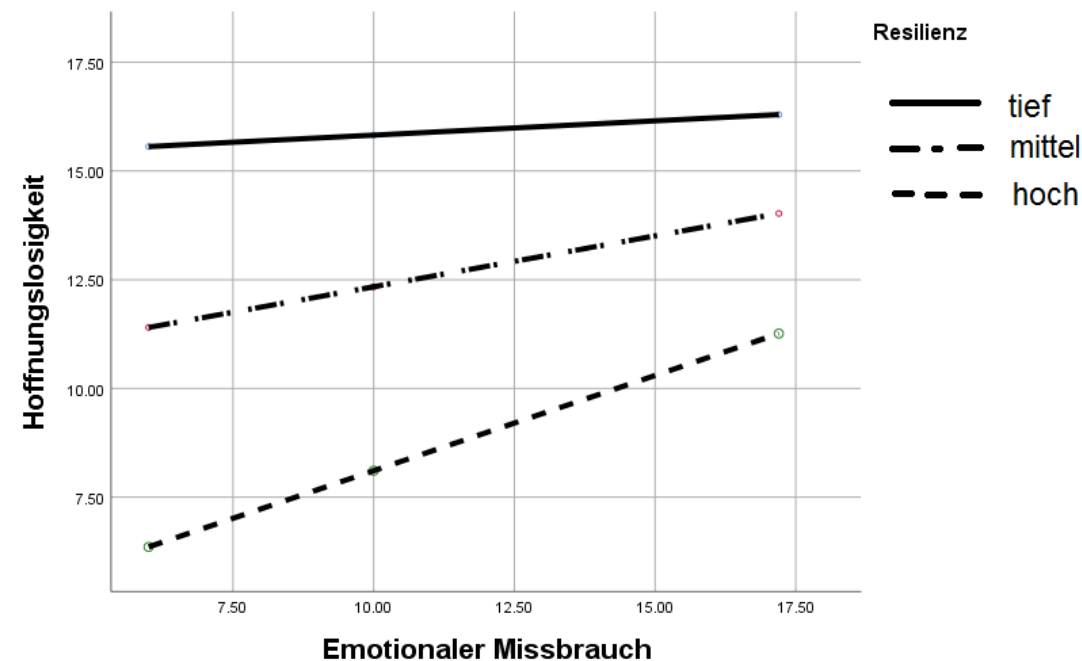
Depressionen sind chronische Erkrankungen -
Eine Rückfallprophylaxe ist der Schlüssel zum Erfolg!

Wie beeinflusst emotionaler Missbrauch die Depression?



Hoffnungslosigkeit als Mediator zwischen emotionalem Missbrauch und Schwere der depressiven Symptomatik

Masterarbeit: Antonia Schad 2019 – MD Kristin Nalani 2019



Resilienz beeinflusst den Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch und Hoffnungslosigkeit

Bildschirmzeit vor und während Corona

(Sultana, Tasnim et al. 2021)

Zunahme Bildschirmzeit bei Müttern, Vätern und Kindern

- 74% Mütter, 61 % Väter, 87 % Kinder

Bildschirmzeit stieg bei europäischer multizentrischer Studie um 65% an (z.B. in Türkei bei 6,4 h /d, was viel höher als empfohlene 2 h / d (AACAP)

schlechtere psychische Gesundheit (Depression OR 1.3)

Assoziation mit erhöhtem BMI, Adipositas (OR 1.67), DM II und CVD

Körperliche Aktivität schützt vor negativen Folgen der Bildschirmzeit

Kinder und Jugendliche haben selten ausreichend Selbstkontrolle, die Bildschirmzeit zu regulieren oder limitieren

PUI, ADHS und Medien während Covid-19

(Werling, Walitza, Drechsler, 2021)

Geschlechterunterschiede

- Mädchen v.a. soziale Medien
- Jungs v.a. Gaming

In Gruppe von Mediengebrauch von >4h kam es zu einem deutlichen Anstieg während dem Lockdown (v.a. 14-18jährige)

- Smartphone 15% \Rightarrow 36%
- Tablet/PC 2 \Rightarrow 22%
- Gaming / Konsole 3 \Rightarrow 11% (bei Teenagern sogar bis zu 26%)

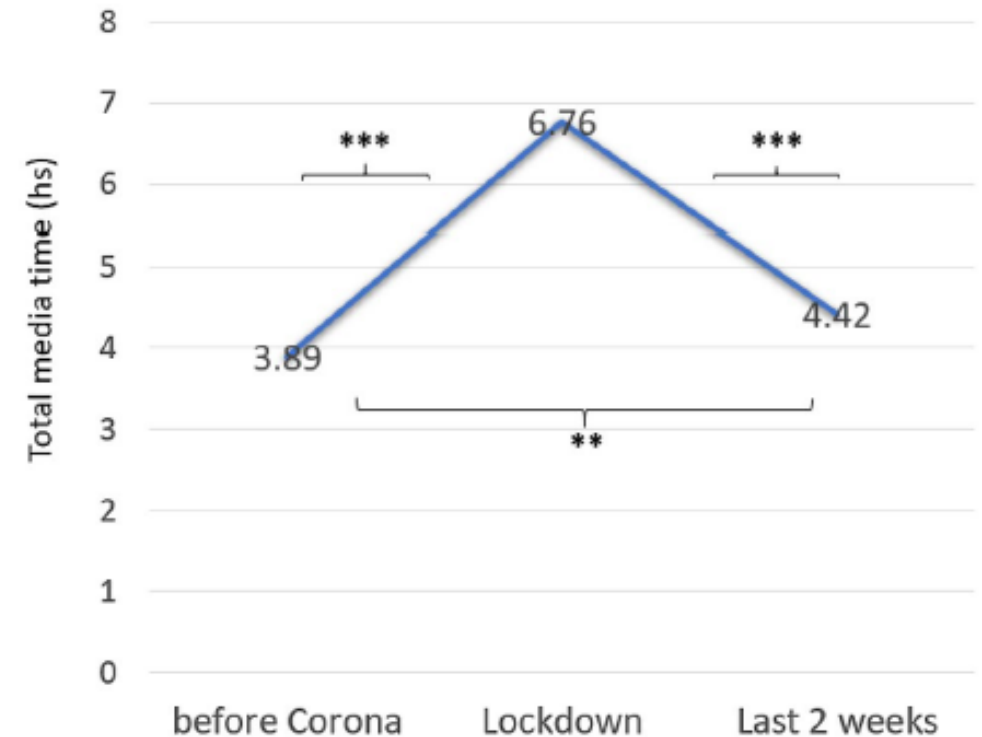


Fig.2 Mean estimated total media time (hours) in patients with ADHD before, during and after the lockdown ($N=126$). ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Recovery ist das Ziel (≠ Heilung)

- Überdauernde symptomatische und funktionelle Remission
für eine Dauer von 4-6 Monate (je nach Studie)

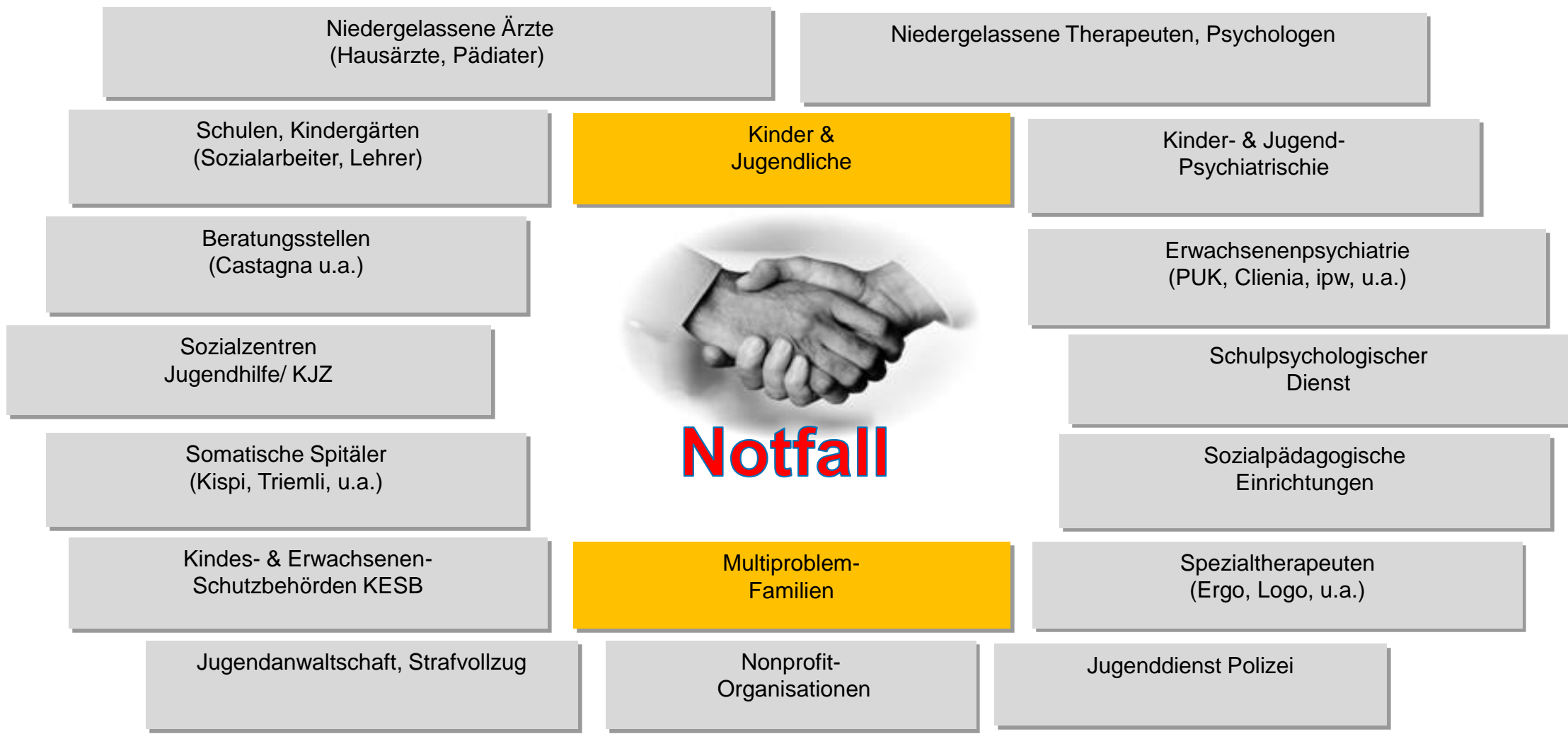
Cave

Recovery einer depressiven Episode heisst nicht von der unipolaren rezidivierenden depressiven Grunderkrankung geheilt zu sein!

Wichtiges Thema während erster depressiver Episode: Rückfallprophylaxe – medikamentös und nicht-medikamentös!

- **Nach zweiter depressiver Episode, unabhängig von Behandlung (Kindlingphänomen!!)**
- Besonders in Kombination mit folgenden Risikofaktoren
 - Früher Beginn der Symptome
 - Kurzer Abstand zwischen den Episoden / stationären Aufenthalten
 - Schweren Symptomatik (“schwere Lawine”), besonders bei raschem Beginn
 - Positive Familienvorgeschichte in Bezug auf affektive Störungen
 - Komorbidität (ADHS, Sucht)
 - Schlechte Symptomkontrolle während Erhaltungsphase/ Restsymptome
 - Geringes Funktionsniveau (Schule, Lehre)
- Wie lange ?
 - 2-5 Jahre, ev. Lebenslang?

Kinder und Jugendpsychiatrische Notfallmedizin – ein Spezialgebiet, dem wir jeden Tag begegnen, aber niemand nennt es beim Namen...





Sekundärprävention

AdoASSIP

(Attempted Suicide Short Intervention Program)

Ein Projekt zur Suizidprävention für
Adoleszenz nach Suizidversuchen





Die drei Säulen von AdoASSIP

Identifikation

Sensibilisierung
Verbreitung
Überweisung

Vernetzung

Intervention

Briefing-Session
Vorgespräch
& Behandlungsvereinbarung

Session 1
Narrativ (Video)

Home work

Session 2
Suizidmodus
Negative Emotionen/ Gedanken/ Dissoziation

Session 3
Brief Fallverständnis/ Grundbedürfnisse
Sicherheitsplan
Planung Familiensitzung

Session 4
Famillinesitzung

Nachbehandlung

Nachbehandlung
(besonders nach
Entlassung)

Outreach



Alle in einem Boot, das Mantra zum Erfolg



Psychiatrische
sklinik Zürich





Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

Krisen-, Abklärungs-, Notfall- und Triagezentrum (KANT Zentrum)

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie & Psychotherapie KJPP

Psychiatrische Universitätsklinik PUK, Zürich

Tel. 043 499 26 26, [E-Mail: gregor.berger@pukzh.ch](mailto:gregor.berger@pukzh.ch)

