

Walter, Joachim / Hoffmann, Sascha und Romer, Georg
Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 54 (2005) 6, S. 487-504

urn:nbn:de:bsz-psydok-45779

Erstveröffentlichung bei:

Vandenhoeck & Ruprecht WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt:

PsyDok

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek
Universität des Saarlandes,
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: psydok@sulb.uni-saarland.de
Internet: psydok.sulb.uni-saarland.de/

Inhalt

Aus Klinik und Praxis / From Clinic and Practice

Buchholz, M. B.: Herausforderung Familie: Bedingungen adäquater Beratung (Family as challenge: Contexts of adequate counselling)	664
Pachaly, A.: Grundprinzipien der Krisenintervention im Kindes- und Jugendalter (Basic principles of crisis intervention in children and adolescents)	473
Sannwald, R.: Wie postmoderne Jugendliche ihren Weg ins Leben finden – Einblicke in die Katathym Imaginative Psychotherapie von Adoleszenten (How postmodern youths find their way into life – Views on imaginative psychotherapy of adolescents)	417
Stephan, G.: Vom Schiffbruch eines kleinen Bootes zur vollen Fahrt eines Luxusliners (Children's drawings: A case study of the psychotherapeutic treatment of a seven year old boy)	59
Stumptner, K.; Thomsen, C.: MusikSpielTherapie (MST) – Eine Eltern-Kind- Psychotherapie für Kinder im Alter bis zu vier Jahren (MusicPlayTherapy – A parent-child psychotherapy for children 0 – 4 years old)	684
Walter, J.; Hoffmann, S.; Romer, G.: Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry)	487
Welter, N.: Vom Rambo-Jesus zu einer gut integrierten Männlichkeit (From Rambo-Jesus to well integrated masculinity)	37

Originalarbeiten / Original Articles

Giovannini, S.; Haffner, J.; Parzer, P.; Steen, R.; Klett, M.; Resch, F.: Verhaltensauffälligkeiten bei Erstklässlern aus Sicht der Eltern und der Lehrerinnen (Parent- and teacher-reported behavior problems of first graders)	104
Gramel, S.: Die Darstellung von guten und schlechten Beziehungen in Kinderzeichnungen (How children show positive and negative relationships on their drawings)	3
Hampel, P.; Kümmel, U.; Meier, M.; Dickow, C.D.B.: Geschlechtseffekte und Entwicklungsverlauf im Stresserleben, der Stressverarbeitung, der körperlichen Beanspruchung und den psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen (Gender and developmental effects on perceived stress, coping, somatic symptoms and psychological disorders among children and adolescents)	87
Hessel, A.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch Jugendliche wegen körperlicher Beschwerden (Occupation of health care system because of body complaints by young people – Results of a representative survey)	367
Horn, H.; Geiser-Elze, A.; Reck, C.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Victor, D.; Winkelmann, K.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Depressionen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with depression)	578
Jordan, S.: www.drugcom.de – ein Informations- und Beratungsangebot zur Suchtprävention im Internet (www.drugcom.de – an internet based information and counselling project for the prevention of addiction)	742
Juen, F.; Benecke, C.; Wyl, A. v.; Schick, A.; Cierpka, M.: Repräsentanz, psychische Struktur und Verhaltensprobleme im Vorschulalter (Mental representation, psychic structure, and behaviour problems in preschool children)	191

Kienle, X.; Thumser, K.; Saile, H.; Karch, D.: Neuropsychologische Diagnostik von ADHS-Subgruppen (Neuropsychological assessment of ADHD subtypes)	159
Krischer, M.K.; Sevecke, K.; Lehmkuhl, G.; Steinmeyer, E.M.: Minderschwere sexuelle Kindesmisshandlung und ihre Folgen (Less severe sexual child abuse and its sequelae: Are there different psychic and psychosomatic symptoms in relation to various forms of sexual interaction?)	210
Kronmüller, K.; Postelnicu, I.; Hartmann, M.; Stefini, A.; Geiser-Elze, A.; Gerhold, M.; Horn, H.; Winkelmann, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Angststörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with anxiety disorders)	559
Lenz, A.: Vorstellungen der Kinder über die psychische Erkrankung ihrer Eltern (Children's ideas about their parents' psychiatric illness – An explorative study)	382
Nagenborg, M.: Gewalt in Computerspielen: Das Internet als Ort der Distribution und Diskussion (Violent computer games: Distribution via and discussion on the internet)	755
Nedoschill, J.; Leiberich, P.; Popp, C.; Loew, T.: www.hungrig-online.de: Einige Ergebnisse einer Online-Befragung Jugendlicher in der größten deutschsprachigen Internet-Selbsthilfegruppe für Menschen mit Essstörungen (www.hungrig-online.de: Results from an online survey in the largest German-speaking internet self help community for eating disorders)	728
Nützel, J.; Schmid, M.; Goldbeck, L.; Fegert, J.M.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung von psychisch belasteten Heimkindern (Psychiatric support for children and adolescents in residential care in a german sample)	627
Rosbach, M.; Probst, P.: Entwicklung und Evaluation eines Lehrergruppentrainings bei Kindern mit ADHS – eine Pilotstudie (Development and evaluation of an ADHD teacher group training – A pilot study)	645
Sevecke, K.; Krischer, M.K.; Schönberg, T.; Lehmkuhl, G.: Das Psychopathy-Konzept nach Hare als Persönlichkeitsdimension im Jugendalter? (The psychopathy-concept and its psychometric evaluation in childhood and adolescence)	173
Thomalla, G.; Barkmann, C.; Romer, G.: Psychosoziale Auffälligkeiten bei Kindern von Hämodialysepatienten (Psychosocial symptoms in children of hemodialysis patients)	399
Titze, K.; Wollenweber, S.; Nell, V.; Lehmkuhl, U.: Elternbeziehung aus Sicht von Kindern, Jugendlichen und Klinikern (Parental relationship from the perspectives of children, adolescents and clinicians. Development and clinical validation of the Parental-Representation-Screening-Questionnaire (PRSQ))	126
Winkel, S.; Groen, G.; Petermann, F.: Soziale Unterstützung in Suizidforen (Social support in suicide forums)	714
Winkelmann, K.; Stefini, A.; Hartmann, M.; Geiser-Elze, A.; Kronmüller, A.; Schenkenbach, C.; Horn, H.; Kronmüller, K.: Zur Wirksamkeit psychodynamischer Kurzzeitpsychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensstörungen (Efficacy of psychodynamic short-term psychotherapy for children and adolescents with behavioral disorders)	598

Übersichtsarbeiten / Review Articles

Bartels, V.: Krisenintervention bei sexualisierter Gewalt gegen Mädchen und Jungen (Crisis intervention in child sexual abuse)	442
Franz, M.: Wenn Mütter allein erziehen (When mothers take care alone)	817

Hagenah, U.; Vloet, T.: Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher (Parent psychoeducation groups in the treatment of adolescents with eating disorders)	303
Herpertz-Dahlmann, B.; Hagenah, U.; Vloet, T.; Holtkamp, K.: Essstörungen in der Adoleszenz (Adolescent eating disorders)	248
Ley, K.: Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien (Finding the way in a new family – Resources and conflicts in patchwork and successive families)	802
Napp-Peters, A.: Mehrelternfamilien als „Normal“-familien – Ausgrenzung und Eltern-Kind-Entfremdung nach Trennung und Scheidung (Multi-parent families as “normal” families – Segregation and parent-child- alienation after separation and divorce)	792
Pfeiffer, E.; Hansen, B.; Korte, A.; Lehmkuhl, U.: Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen aus Sicht der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik (Treatment of eating disorders in adolescents – The view of a child and adolescence psychiatric hospital)	268
Reich, G.: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen (Family relationships and family therapy of eating disorders)	318
Reich, G.: Familiensysteme heute – Entwicklungen, Probleme und Möglichkeiten (Contemporary family systems – Developments, problems, and possibilities)	779
Retzlaff, R.: Malen und kreatives Gestalten in der Systemischen Familientherapie (Drawings and art work in systemic family therapy)	19
Ruhl, U.; Jacobi, C.: Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen (Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders)	286
Schnell, M.: Suizidale Krisen im Kindes- und Jugendalter (Suicidal crises in children and adolescents)	457
Windaus, E.: Wirksamkeitsstudien im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie: eine Übersicht (Efficacy studies in the field of psychotherapy – psychoanalytical and psychodynamic psychology – for children and adolescents: a survey)	530
Wittenberger, A.: Zur Psychodynamik einer jugendlichen Bulimie-Patientin (On the psychodynamics of an adolescent bulimia patient)	337

Buchbesprechungen / Book Reviews

Balloff, R. (2004): Kinder vor dem Familiengericht. (L. Unzner)	429
Beebe, B.; Lachmann, F.M. (2004): Säuglingsforschung und die Psychotherapie Erwachsener. (L. Unzner)	71
Ben-Aaron, M.; Harel, J.; Kaplan, H.; Patt, R. (2004): Beziehungsstörungen in der Kindheit. Eltern als Mediatoren: Ein Manual. (L. Unzner)	149
Brackmann, A. (2005): Jenseits der Norm – hochbegabt und hochsensibel? (D. Irblich) . .	768
Cierpka, M. (Hg.) (2005): Möglichkeiten der Gewaltprävention. (L. Unzner)	701
Deegener, G.; Körner, W. (Hg.) (2005): Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Ein Handbuch. (L. Unzner)	837
Eckardt, J. (2005): Kinder und Trauma. (L. Unzner)	835
Eggers, C.; Fegert, J.M.; Resch, F. (Hg.) (2004): Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. (D. Irblich)	428
Emerson, E.; Hatton, C.; Thompson, T.; Parmenter, T. (Hg.) (2004): The International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities. (K. Sarimski)	231

Fegert, J.M.; Schrapper, C. (Hg.) (2004): Handbuch der Jugendhilfe –Jugendpsychiatrie. Interdisziplinäre Kooperation. (<i>U. Kießling</i>)	704
Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E.L.; Target, M. (2004): Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. (<i>L. Unzner</i>)	72
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. (<i>A. Zellner</i>)	146
Gerlach, M.; Warnke, A.; Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. (<i>J.M. Fegert</i>)	834
Grawe, K.: (2004): Neuropsychotherapie. (<i>O. Bilke</i>)	622
Grossmann, K.; Grossmann, K.E. (2004): Bindungen – das Gefüge psychischer Sicherheit. (<i>L. Unzner</i>)	355
Haas, W. (2004): Familienstellen – Therapie oder Okkultismus? Das Familienstellen nach Hellinger kritisch beleuchtet. (<i>P. Kleinfurchnner</i>)	619
Hawellek, C.; Schlippe, A. v. (Hg.) (2005): Entwicklung unterstützen – Unterstützung entwickeln. Systemisches Coaching nach dem Marte-Meo-Modell. (<i>B. Westermann</i>)	706
Hinz, H.L. (2004): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie, Praxis und Geschichte, Bd. 49. (<i>M. Hirsch</i>)	76
Holling, H.; Preckel, F.; Vock, M. (2004): Intelligenzdiagnostik. (<i>A. Zellner</i>)	507
Hoppe, F.; Reichert, J. (Hg.) (2004): Verhaltenstherapie in der Frühförderung. (<i>D. Irblich</i>)	74
Immisch, P.F. (2004): Bindungsorientierte Verhaltenstherapie. Behandlung der Veränderungsresistenz bei Kindern und Jugendlichen. (<i>B. Koob</i>)	151
Jacobs, C.; Heubrock, D.; Muth, D.; Petermann, F. (2005): Training für Kinder mit Aufmerksamkeitsstörungen. Das neuropsychologische Gruppenprogramm ATTENTIONER. (<i>D. Irblich</i>)	769
König, O. (2004): Familienwelten. Theorie und Praxis von Familienaufstellungen. (<i>C. v. Bülow-Faerber</i>)	617
Kollbrunner, J. (2004): Stottern ist wie Fieber. Ein Ratgeber für Eltern von kleinen Kindern, die nicht flüssig sprechen. (<i>L. Unzner</i>)	771
Kühl, J. (Hg.) (2004): Frühförderung und SGB IX. Rechtsgrundlagen und praktische Umsetzung. (<i>L. Unzner</i>)	506
Landolt, M.A. (2004): Psychotraumatologie des Kindesalters. (<i>D. Irblich</i>)	232
Lehmkuhl, U.; Lehmkuhl, G. (Hg.) (2004): Frühe psychische Störungen und ihre Behandlung. (<i>L. Unzner</i>)	359
Lenz, A. (2005): Kinder psychisch kranker Eltern. (<i>L. Unzner</i>)	702
Möller, C. (Hg.) (2005): Drogenmissbrauch im Jugendalter. Ursachen und Auswirkungen. (<i>U. Knölker</i>)	621
Neuhäuser, G. (2004): Syndrome bei Menschen mit geistiger Behinderung. Ursachen, Erscheinungsformen und Folgen. (<i>K. Sarimski</i>)	509
Pauls, H. (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. (<i>K. Sarimski</i>)	234
Ruf-Bächtiger, L.; Baumann, T. (2004): Entwicklungsstörungen. ADS/ADHD/POS: Das diagnostische Inventar (Version 3.0). (<i>D. Irblich</i>)	147
Sachse, R. (2004): Persönlichkeitsstörungen. Leitfaden für die Psychologische Psychotherapie. (<i>K. Mauthe</i>)	358
Sachsse, U. (2004): Traumazentrierte Psychotherapie. Theorie, Klinik und Praxis. (<i>D. Irblich</i>)	510
Salewski, C. (2004): Chronisch kranke Jugendliche. Belastung, Bewältigung und psychosoziale Hilfen. (<i>K. Sarimski</i>)	150

Scheuing, H.W. (2004): „... als Menschenleben gegen Sachwerte gewogen wurden“. Die Geschichte der Erziehungs- und Pflegeanstalt für Geistesschwache Mosbach/Schwarza-cher Hof und ihrer Bewohner 1933 bis 1945. (<i>M. Müller-Küppers</i>)	233
Schmela, M. (2004): Vom Zappeln und vom Philipp. ADHS: Integration von familien-, hypno- und verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen. (<i>D. Irblich</i>)	620
Seiffge-Krenke, I. (2004): Psychotherapie und Entwicklungspsychologie. Beziehungen: Herausforderung, Ressource, Risiko. (<i>M.B. Buchholz</i>)	228
Steiner, T.; Berg, I.K. (2005): Handbuch Lösungsorientiertes Arbeiten mit Kindern. (<i>B. Mikosz</i>)	769
Weinberg, D. (2005): Traumatherapie mit Kindern. Strukturierte Trauma-Intervention und traumabezogene Spieltherapie. (<i>D. Irblich</i>)	836
Wewetzer, C. (Hg.) (2004): Zwänge bei Kindern und Jugendlichen. (<i>D. Irblich</i>)	357
Wilken, E. (2004): Menschen mit Down-Syndrom in Familie, Schule und Gesellschaft. (<i>K. Sarimski</i>)	508
Wüllenweber, E. (Hg.) (2004): Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinde-rung. (<i>K. Sarimski</i>)	431
Wüllenweber, E.; Theunissen, G. (Hg.) (2004): Handbuch Krisenintervention. Bd. 2: Pra-xis und Konzepte zur Krisenintervention bei Menschen mit geistiger Behinderung. (<i>K. Sarimski</i>)	432

Neuere Testverfahren / Test Reviews

Ahrens-Eipper, S.; Leplow, B. (2004): Mutig werden mit Til Tiger. Ein Trainingsprogramm für sozial unsichere Kinder. (<i>C. Kirchheim</i>)	513
Langfeldt, H.-P.; Prücher, F. (2004): BSSK. Bildertest zum sozialen Selbstkonzept. Ein Ver-fahren für Kinder der Klassenstufen 1 und 2. (<i>C. Kirchheim</i>)	237
Seitz, W.; Rausche, A. (2004): PFK 9 – 14. Persönlichkeitsfragebogen für Kinder zwischen 9 und 14 Jahren (4., überarbeitete und neu normierte Auflage). (<i>C. Kirchheim</i>)	773

Editorial / Editorial	1, 247, 439, 527, 711, 777
Autoren und Autorinnen / Authors	70, 144, 226, 354, 427, 505, 615, 700, 767, 833
Tagungskalender / Congress Dates	84, 153, 240, 362, 434, 516, 623, 709, 776, 841
Mitteilungen / Announcements	157, 245, 519
Tagungsberichte / Congress Reports	78

Behandlung akuter Krisen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Joachim Walter, Sascha Hoffmann und Georg Romer

Summary

Treatment of acute crisis in child and adolescent psychiatry

Crises from the child and adolescent psychiatric point of view must be considered as unique or repeated moments of basic questioning of self-focused and relational perception. Hospitalisation if necessary depends on a well prepared social, legal, physical and cooperative framework. Patients, their family or social environment are in need of clarity, structure, and a professional counterpart willing to engage responsibly within an inpatient or –mostly – outpatient framework. He must adapt his diagnostic or therapeutic action to the patient's experience of fear, loss of orientation and insecurity. Then a crisis may be experienced like a bonding experience. Concerning the capacity of action confronted to psychiatric crisis the authors stress the importance of the scenic understanding, expressed symptoms and the acted-out crisis dynamics more than diagnostic classification. The diagnostic and decisive process of attunement to the patient in crisis is being described. A model for psychodynamic understanding of perception of and action towards crisis is proposed, which allows describing the interference between relational dynamics and intra-psychic conflicts leading to crisis. This can then be used as therapeutical focus for the crisis intervention or a consecutive psychotherapeutic treatment.

Key words: crisis intervention – emergencies in child and adolescent psychiatry – treatment concepts — collaboration

Zusammenfassung

Krise im kinder- und jugendpsychiatrischen Sinne ist regelhaft zu verstehen als ein einmaliger oder wiederholter Moment basal bedrohten Selbst- und Beziehungserlebens. Krisenaufnahmen müssen – soweit überhaupt notwendig – in einem gut vorbereiteten sozialen, rechtlichen und räumlichen Rahmen geschehen. Sowohl Patienten als auch ihr familiäres oder Jugendhilfe-Umfeld benötigen neben Klarheit und Struktur ein Gegenüber, das bereit ist, sich fallverantwortlich ambulant oder stationär, diagnostisch und therapeutisch handelnd auf das basale Erlebnis der Verunsicherung, Angst und des Orientierungsverlustes einzustellen. Dann besteht eine Chance, dass die Krisenlösung als basale, Halt gebende Erfahrung erlebt wird. Dabei spielt das szenische Erleben durch die Helfer, die gezeigte Symptomatik und die inszenierte Krisendynamik eine relevantere Rolle als die Diagnose an sich für die Handlungsfähigkeit im psychiatrischen Team. Der handlungsbestimmende und di-

agnostisch notwendige Prozess des Attunements an den Krisenpatienten wird beschrieben. Es wird ein Modell für ein psychodynamisches Krisenverständnis vorgestellt, mit dem die zur Krise führende Interferenz zwischen der Beziehungsdynamik der Auslösesituation und aktualisierten interpersonalen sowie intrapsychischen Konflikten beschrieben werden kann. Dieses kann dann zum Fokus der kurzfristigen Krisenintervention werden oder in einer anschließenden Behandlung aufgegriffen werden.

Schlagwörter: Krisenintervention – kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle – Behandlungskonzepte – Kooperation

1 Einleitung

Krisen sind lebensentscheidende Momente, die unabhängig von ihrem Ausgang das Erleben des betroffenen Menschen sowie seines Beziehungsumfeldes nachhaltig prägen. Akute Krisen bei Kindern und Jugendlichen finden in einem Ökosystem sozialer Beziehungen statt, zu dem die Familie, Freunde und Schule sowie bei bereits stationär betreuten Kindern und Jugendlichen das medizinische bzw. pädagogische Personal und Mitpatienten bzw. -klienten gehören. Wenn die stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie als helfende Institution in Anspruch genommen wird, ist zu erwarten, dass Selbsthilfemöglichkeiten oder Hilfsmöglichkeiten im sozialen Umfeld bereits an Grenzen gestoßen sind. Damit prägt Hilflosigkeit regelmäßig das emotionale Erleben der Betroffenen. Allerdings ist es immer notwendig, diese subjektive Hilflosigkeit mit ressourcenorientiertem Blick kritisch zu überprüfen. Allzu schnell kann in Überlastungssituationen eines familiären oder Helfersystems der Verweis an die psychiatrische Institution zum delegierenden Reflex werden. Dann wird Kinder- und Jugendpsychiatrie in die Rolle der „totalen Institution“ gedrängt, die einspringen soll, wo andere Überlegungen oder Strukturen fehlen. Die Kooperation zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie und die Zuständigkeiten bei genuin psychiatrischen Krisenindikationen, insbesondere bei akuter Suizidalität und psychotischer Krise sind in der Regel unstrittig. Impulsiv und dissozial agierende Jugendliche, die oft durchaus psychisch krank sind, aber nicht unbedingt von einer Krankenhausbehandlung profitieren, werden hingegen in Überlastungssituationen häufig zum Streitfall zwischen den Helfersystemen.

In unserem Beitrag werden wir für die wichtigsten Krisenkonstellationen im Kindes- und Jugendalter einige Grundsätze therapeutischen Handelns diskutieren. In kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken tauchen Krisen auf als akute Notaufnahmen, als im Behandlungsverlauf auftretende seelische Einbrüche, nicht selten auch in einem vorhersehbaren rezidivierendem Muster, wie dies beispielsweise für Patienten mit Borderline-Störungen typisch sein kann. Die psychiatrische Diagnose des einer Krise zugrunde liegenden klinischen Störungsbildes ist dabei nicht vorrangig wegweisend und handlungsbestimmend, etwa ob die Krise beispielsweise ausgelöst wurde durch eine Psychose, eine akute traumatische Belastung wie Missbrauch oder Verlust einer Bindungsperson, ob sie im Rahmen einer dissoziativen Störung,

Depression oder Persönlichkeitsstörung oder infolge Drogenintoxikation auftritt. Vielmehr spielen die gezeigte Symptomatik sowie deren emotionale und interpersonale Bedeutung die Hauptrolle. Nur wenn dem entsprochen werden kann, kann das Durchleben der Krise auch eine heilsame Komponente gewinnen. Begegnen müssen wir dabei der Angst des Krisenpatienten, seiner oft existentiellen Wut, Aggression, Trauer, seinem Verlust von Halt und Orientierung, besonders der Schwierigkeit, die eigenen Affekte selbst zu regulieren. Das heißt Arbeit mit „Krisenpatienten“ bedeutet meist, dass diese sich exponiert, einsam und allein gelassen fühlen – auch von sich selbst und ihren bisherigen Bewältigungsfähigkeiten. Hieraus rührt die Notwendigkeit, dass Krisenbehandlung vorrangig Sicherheit und Normalisierung vermitteln muss. Um im therapeutischen Handeln Klarheit, Sicherheit und Regulierung schaffen zu können, ist es unabdingbar, organisatorisch, räumlich und personell auf akute Krisen und deren affektdynamische „Bugwellen“ vorbereitet zu sein. Krisenbehandlungen sind gekennzeichnet durch Fokussierung auf Wesentliches, meist durch Handlungen in der Außenwelt. Bei vielen Krisen ist es sinnvoll, das therapeutische Beziehungsangebot kurz zu halten, nicht neue Übertragungen und Bindungen und damit neue Verluste zu schaffen, sondern stattdessen die Hoffnung auf Beziehungsfähigkeit wieder zu wecken. Insofern müssen Wirkungen und Nebenwirkungen stationärer Behandlung gut reflektiert und diskutiert werden – eigentlich eine Selbstverständlichkeit bei jeder Behandlung. Obwohl bei der notfallmäßigen Vorstellung eines Kindes oder Jugendlichen in einer Krisensituation in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik von der Familie oder Jugendhilfeeinrichtung meistens die Erwartung einer stationären Aufnahme formuliert wird, sind die meisten kinder- und jugendpsychiatrischen Notfälle dieser Art ambulant behandelbar. Bei Krisenbehandlungen im stationären Setting unterscheiden wir kurze stationäre Kriseninterventionen von wenigen Tagen, reflektierte Übergänge von Krisensituationen in stationäre psychotherapeutische Prozesse und schließlich krisenhafte Einbrüche während einer intensiven stationären psychotherapeutischen Behandlung. Zur Krisenbehandlung gehört stets eine Organisation mit klaren Verantwortungen, geregelten Kommunikationswegen, eine qualitätsgesicherte Reflexionsstruktur sowie die ebenso gesicherte Psychohygiene des Personals.

2 Institutioneller Kontext: „Letztes Glied in der Kette“ oder „Ultima Ratio?“

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken haben innerhalb des Gesundheitswesens einen Versorgungsauftrag, der u. a. im Falle akuter psychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit Minderjähriger die Möglichkeit sofortiger stationärer Krankenhausbehandlung sicherstellen soll. Dies wird dadurch garantiert, dass im Zuge der sektoralen Zuständigkeit für jeden Wohnort ein psychiatrisches Krankenhaus definiert ist, das im Notfall fallverantwortlich handelt und u. U. aufnahmeverpflichtet ist. Mancherorts haben kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken nicht die räumlichen und personellen Kapazitäten, um diesen Behandlungsauftrag selbst angemessen zu erfüllen. Sie sind deshalb in Notfallsituationen auf die Kooperation mit

meist nicht angemessen ausgerichteten erwachsenenpsychiatrischen Kliniken angewiesen. Trotzdem haben kinder- und jugendpsychiatrische/-psychotherapeutische Kliniken die wichtige Funktion, in akuten Krisen bei psychiatrischen Erkrankungen als fallverantwortliches „letztes Glied in der Kette“ institutioneller Versorgung in jedem Falle einen Rahmen vorzuhalten. Für Familien und Mitarbeiter von Jugendhilfeeinrichtungen bietet dies die Sicherheit, dass in eskalierenden Situationen eine Auffangmöglichkeit existiert („Überlaufventil“), wenn bereits andere Hilfsmöglichkeiten erschöpft sind (Günter u. Günter 1991). Andererseits wird diese Option mitunter jedoch in einer Weise als „Ultima Ratio“ konnotiert („wenn es gar nicht anders geht, dann musst du in die Psychiatrie“), die im Falle ihrer Inanspruchnahme von den Betroffenen Jugendlichen mit Gefühlen des Scheiterns oder der Bestrafung assoziiert wird. Um solchen Stigmatisierungen vorzubeugen, die eine erfolgreiche Krisenbehandlung erschweren, sollte analog zur vorübergehenden Behandlungsnotwendigkeit auf einer somatischen Intensivstation die stationäre Krisenintervention in der Kinder- und Jugendpsychiatrie von Anfang an als vorübergehende Maßnahme verstanden werden. Diese wird dann notwendig, wenn sich der seelische Zustand eines Kindes oder Jugendlichen dramatisch verschlechtert. Sie muss jedoch von Anfang an innerhalb eines Kontinuums mit der sich baldmöglichst wieder anschließenden weiteren Betreuungs- und Lebensperspektive des Kindes oder Jugendlichen betrachtet werden.

3 Verklammerung aus „Durchhalteehrgeiz“ und Ausstoßungsdynamik

Aus der beschriebenen manchmal in Jugendhilfeeinrichtungen und in Familien anzutreffenden Konnotation stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Krisenbehandlungen als „Ultima Ratio“, von der nur Gebrauch gemacht werden soll, wenn alle anderen Bemühungen „gescheitert“ sind, kann sich im Umgang mit Krisen eine fatale Durchhalteideologie ableiten. Diese eskaliert die Situation zusätzlich, weil die Beteiligten ihre Grenzen überstrapazieren. In diesen Fällen ist es geradezu vorprogrammiert, dass die gefühlte Überforderung einer Familie oder eines pädagogischen Teams Ängste und Aggressionen des Jugendlichen weiter in die Höhe treibt. Das verzweifelte Festhalten an der Vorstellung, durchhalten zu müssen, wird von Jugendlichen als unerträgliche Umklammerung erlebt, die sie verzweifelt zu sprengen versuchen. Hierzu trägt mitunter auch bei, dass die Aufnahmekapazitäten zuständiger Kliniken beschränkt sind und für bereits indizierte stationäre Behandlungen lange Wartezeiten bestehen, es sei denn die Probleme eines Kindes oder Jugendlichen bedingen eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Sowohl im Beziehungsumfeld des betroffenen Kindes oder Jugendlichen als auch intrapsychisch eskalieren dann manchmal die Spannungen solange weiter, bis das System zusammenbricht. Es kommt dann z. B. gegenüber Familienangehörigen oder Erziehern zu Übergriffen von Seiten eines immer mehr „durchdrehenden“ Jugendlichen. Die Durchhalteideologie kippt in ihr Gegenteil – die komplette und endgültige Ausstoßung („Wir haben alles versucht, und jetzt geht gar nichts mehr!“). Typisch für eine solche ver-

meidbare destruktive Eskalation ist die nächtliche Veranlassung eines Krankentransports in die Kinder- und Jugendpsychiatrie zur sofortigen Notaufnahme – mitunter ohne Begleitung – bei gleichzeitiger Erklärung, dass der Jugendliche „auf keinen Fall“ mehr zurück in die ihn bisher betreuende Einrichtung kann („nach dem, was vorgefallen ist“). Um eskalierenden Verklammerungen mit der Folge endgültiger Ausstoßungen vorzubeugen, ist ein bei Bedarf niedrigschwelliges Konzept der Entaktualisierung durch kurzfristige stationäre Kriseninterventionen wünschenswert. Diese benötigen manchmal nur einen, in der Regel nicht mehr als drei bis vier Tage (Günter u. Günter 1991). Bei solchen Kriseninterventionen wird bei der stationären Aufnahme zwischen allen Beteiligten klargestellt, dass die oder der Jugendliche, sobald sich ihr oder sein Zustand stabilisiert hat, wieder in das bisherige Lebensumfeld zurückkehren soll, und dass seine Hauptbezugspersonen während seines Krankenhausaufenthaltes engmaschigen Kontakt mit ihm halten. Gegebenenfalls können solche Kurzaufenthalte in der Klinik mehrfach wiederholt werden im Sinne eines durchaus auch Halt und verinnerlichte Struktur gebenden „Drehtürprinzips“. Auch umgekehrt kann es im therapeutischen Umgang mit destruktivem Acting-out stationärer Patienten, die dadurch die Grenzen des Behandlungsrahmens in Frage stellen oder zu zerstören versuchen, sinnvoll sein, anstelle einer ebenfalls als Ausstoßung erlebten disziplinarischen Entlassung eine vorübergehende „Kurzentlassung“ (Mallmann et al. 1998) oder so genannte „Abstandsbeurlaubung“ (Streeck-Fischer 1991, 1995) ins verantwortlich bleibende Ursprungssystem vorzunehmen. Das zugrunde liegende Modell ist das einer erweiterten Familie mit mehreren haltenden Bindungsobjekten („wenn ich mit den Eltern Streit habe, geh ich für ein paar Tage zu meinen Großeltern“). Werden stationäre Kurzbehandlungen zu häufig nötig, ist für alle Beteiligten einzusehen, dass der Betreuungsrahmen im Ursprungssystem nicht ausreicht und gegebenenfalls verändert werden muss, ohne dass es dabei zu abrupten Beziehungsabbrüchen kommt. Damit ein solches niedrigschwelliges Drehtürkonzept funktioniert, bedarf es einer sehr engen Zusammenarbeit zwischen Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Allgemeine Absprachen sollten idealerweise in Kooperationsvereinbarungen dokumentiert sein, die allen Beteiligten bekannt sind. Entsprechende Vereinbarungen, die auch für Familien übersetzt werden können, haben inzwischen viele Kliniken mit ihren lokalen Partnern aus der Jugendhilfe, teilweise auch mit der Polizei getroffen. Darin werden

- Zuständigkeiten geklärt und klare Ansprechpartner benannt, die fallverantwortlich sind,
- Kommunikationswege festgelegt, auf denen gegebenenfalls innerhalb von 1–3 Tagen Helferrunden („Krisenrundtische“) einberufen werden können,
- die Kontinuität von sozialpädagogischer Betreuung und psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung vor, während und nach einer Krankenhausbehandlung festgehalten.

Bei entsprechend geklärter Zusammenarbeit der Systeme werden idealerweise Synergieeffekte möglich. Aus der Gefahr wechselseitiger Ausstoßungen und Delegationen als Ausdruck von Überforderung erwächst ein sich ergänzendes, kooperatives und als kohärent erlebtes System, das die gemeinsam erlebte Hilflosigkeit konstruk-

tiv aufgreift und neue Handlungswege aus der Krise sucht. Die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen der Systeme Familie, Jugendhilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie werden gegenseitig respektiert. Die Verantwortung jedes Systems für das Kind oder den Jugendlichen bleibt während des gesamten Verlaufes einer Krise kontinuierlich bestehen (Mallmann et al. 1998). Kompetenz- und Zuständigkeitsstreitigkeiten, die in ungeklärten Kooperationskontexten rasch entstehen können und die oftmals die für die Krise maßgeblichen Affekte von Wut, Hilflosigkeit, Verlassen-sein und Verzweiflung widerspiegeln, lassen sich im Interesse einer therapeutischen Auffangarbeit zwar nicht vollständig vermeiden aber deutlich reduzieren.

4 Die Gestaltung des Rahmens für Krisenbehandlungen

4.1 Die Bedeutung frühzeitig geklärter Rahmenbedingungen

Krisen treffen Betroffene in aller Regel unvorbereitet, was maßgeblich zu Überforderung und Verzweiflung beiträgt. Ein strukturell auf eine Krisenbehandlung vorbereiteter Rahmen ist als Paradoxon zur Krise daher ein wichtiger therapeutisch sehr wirksamer Faktor. Krisen lassen sich leichter bewältigen, wenn handelnde und reflektierende Helfer durch die von ihnen vertretene Klarheit des Rahmens einen „Fels in der Brandung“ glaubhaft verkörpern. Nach dem dialektischen Prinzip „Nur wer bleiben kann, kann gehen, und nur wer gehen kann, kann bleiben“ (vgl. Fischer 1998) lassen sich viele Kinder und Jugendliche in Krisen gerade dann leichter ambulant behandeln, wenn ihnen die Kinder- und Jugendpsychiatrie als von zugewandtem Personal und ebenbürtigen Mitpatienten belebter und annehmbarer Raum bekannt ist bzw. vermittelt wird. Die Vorbereitung krisenhafter Aufnahmen ist ein wichtiger (Be-)Handlungsbereich kinder- und jugendpsychiatrischer Institutsambulanzen. Soweit möglich sollte bei sich anbahnenden Krisen möglichst frühzeitig und somit vielleicht auch nur vorbeugend eine Vorstellung erfolgen, bei der eine Vorgeschichte erhoben werden kann, zu erwartende Reaktionen des Patienten besprochen werden können, eine Orientierung durch Aufklärung über Handlungsweisen erfolgen kann und die Kinder- und Jugendpsychiatrie als architektonischer und sozialer Raum erfahren werden kann, der sich wesentlich von den bei Jugendlichen vorherrschenden klischeehaften Erwartungen und Ängsten unterscheidet („Klapse“). Absprachen mit Patienten, Familien und Jugendhilfeträgern erlauben Strukturierung und Klarheit, denn gerade in Krisensituationen sind Ungewissheit, unstrukturiertes Vorgehen oder „Krisen-Odysseen“, das heißt institutionelles Weiterschieben von Menschen in höchster Not, extrem schädlich.

4.2 Das räumliche Setting

Räume haben eine nicht zu unterschätzende Wirkung auf das Selbsterleben von Patienten und die Handlungsmöglichkeiten des Personals. Die Diskussion über ein ideales räumliches Krisen-Setting für Kinder und Jugendliche ist bei weitem nicht abgeschlossen. So verzichten viele Kliniken auf spezialisierte „geschützte“ bzw. „schützende“ Stationen und ziehen Krisenzimmer auf regulären Stationen vor. Dies

hat den Vorteil schnellerer Normalisierung. Die meisten Kliniken halten sowohl Überwachungszimmer auf regulären Stationen als auch eine fakultativ geschlossene Station vor. Ebenso lässt sich die Frage der Notwendigkeit so genannter „Auszeit-Räume“ kontrovers diskutieren, die in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken zuweilen als „Kissen-“ oder „Tobezimmer“ mit schwer entflammbar Kissen eingerichtet sind und so den Versuch darstellen, eine kindgerechte Variante erwachsenenpsychiatrischer „Isolierzimmer“ vorzuhalten. Als Vorteil wird geltend gemacht, dass erregte Patienten, die sich nicht durch Kontaktaufnahme beruhigen lassen, eine Weile zur Selbstberuhigung in einem Raum allein gelassen werden können, ohne dass Verletzungsgefahr besteht. Dem steht der Nachteil entgegen, dass ein solcher Raum, wenn er vorhanden ist, die allermeiste Zeit nicht gebraucht wird, durch seine Präsenz aber die jederzeit bei Patienten vermutete Anfälligkeit für „Ausraster“ symbolisiert und so stigmatisierenden Fantasien der Patienten („Klapse“, „Gummizelle“) Vorschub leistet. Insofern scheinen flexible räumliche Gestaltungen von nötigen deeskalierenden „Auszeiten“ – je nach Situation vom begleiteten Ausgang über die verordnete Zimmerruhe mit Videoüberwachung bis zur vorübergehenden Abstandsbeurlaubung ins Ursprungssystem – vielleicht angemessener. Zumindest scheint es sinnvoll, dass ein eingerichtetes „Tobezimmer“ so gestaltet ist, dass es auch im nicht krisengeschüttelten Alltag rege spielerisch (z. B. für Kissenschlachten) genutzt wird. Dies kann in Krisensituationen wiederum genutzt werden, indem Angriffe gegen Mitarbeiter in entsprechend spielerische Aggression „umgeleitet“ werden. Die räumliche Gestaltung von Krisensituationen muss den Bedürfnissen der Patienten nach effektiver Begleitung aus der Krise heraus, dem Bedürfnis nach Schutz und einer zumindest basalen Intimität entsprechen, aber auch eine zunehmende Selbstregulation der Patienten ermöglichen. Krisenzimmer auf Station erlauben es stationären Patienten innerhalb einer bereits bekannten Umgebung Krisen zu durchleben. Totale Sicherheit vor unerlaubtem Entfernen von Station, Aggression und selbstverletzendem Verhalten gibt es dabei nicht. Hilfreich im Umgang mit Krisen sind hinreichend große Räume, in denen es möglich ist, Abstand zu regulieren in Situationen, in denen ein Patient Angst vor Annäherung hat. Langsame Annäherung ist dann meist hilfreich. Die Räume sollten trotzdem hinreichende Geborgenheit vermitteln. Lange Flure, die sich für manche Patienten als „Bühne“ aggressiver Szenen anbieten, sollten bei voller Einsehbarkeit in kleinere Abschnitte untergliedert sein, um Rückzug und den Erhalt der Privatsphäre zu ermöglichen.

4.3 Die therapeutische Bedeutung des ethischen und rechtlichen Rahmens

Wenn eine Regulierung eines Patienten durch Kontaktaufnahme nicht möglich ist, er akut selbst- oder fremdgefährdend ist sowie die notwendigen Vorbereitungen zur Gewährleistung sicherer Handlungsfähigkeit gegeben sind (Raum, Personal), sind Maßnahmen wie die sedierende Medikation zur Unterbrechung des Erregungszustandes, Verbringung in ein Krisenzimmer oder evtl. vorübergehende Fixierung zu erwägen. Werden solche Maßnahmen zum Schutz eines Patienten vor seinen destruktiven Impulsen nötig, so müssen diese in einem ethisch einwandfreien und rechtlich abgesicherten Rahmen stattfinden, was bei jeglichen – auch nur vorüber-

gehenden – Zwangsmaßnahmen stets der richterlichen Genehmigung auf Antrag der Sorgeberechtigten (§ 1631b BGB¹) bedarf. Auch bei Gefahr im Verzuge muss in jedem Fall parallel diese richterliche Genehmigung beim zuständigen Familiengericht beantragt werden, wozu ein von einem Elternteil unterschriebenes formloses Fax genügt. Ein fachlicher Konsens zur Handhabung rechtlicher und ethischer Standards ist für deutsche Kliniken in der Leitlinie „Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ der Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie niedergelegt (BAG 2001). Darin heißt es u. a.:

„Die Achtung der Würde und Selbstbestimmung der kranken Kinder und Jugendlichen und ihrer Sorgeberechtigten ist Voraussetzung jeder Behandlung. Das gilt auch und besonders für den Umgang mit Krisensituationen, in denen Maßnahmen zur Anwendung kommen, die zeitweise die Freiheit des Kindes/Jugendlichen einschränken. Zwischen dem therapeutisch-pädagogischen Team, dem betroffenen jungen Menschen und den Sorgeberechtigten/Eltern müssen Interventionsstrategien vereinbart werden, die transparent, vorhersehbar und verbindlich gestaltet sind. ... Erfolgt die Einleitung oder Durchführung der Behandlung unter Unfreiwilligkeit und unverkennbarem Widerstand des jungen Menschen, so muss die Besonderheit der emotionalen und sozialen Situation des Patienten, der von dieser Maßnahme betroffen wird, gemeinsam mit allen Verantwortlichen reflektiert werden“ (BAG 2001).

Die konsequente und offensive Einhaltung dieser ethischen und rechtsstaatlichen Standards und deren Transparenz für alle Beteiligten schützt nicht nur die Persönlichkeitsrechte des Patienten, sondern auch das psychiatrische Personal vor angreifbarem Handeln in rechtlichen Grauzonen. Sie ist auch therapeutisch unmittelbar bedeutsam: Für die meisten Krisenpatienten muss angenommen werden, dass sie aufgrund des aktuellen Scheiterns ihrer Bewältigungsmöglichkeiten in ihrer Selbstwirksamkeit so nachhaltig erschüttert sind, dass intrapsychische Konflikte um Unterwerfung versus Kontrolle aktualisiert werden mit der Folge einer übersensitiv verzerrten Wahrnehmung jeglicher nicht hinreichend antizipierbaren oder transparenten Maßnahme als gegen sie gerichtete willkürliche Gewalt. Dies macht den Aufbau einer therapeutischen Beziehung dann nahezu unmöglich. Der rechtliche Grundsatz, dass freiheitsbeschränkende Maßnahmen bei minderjährigen Patienten der richterlichen Genehmigung auf Antrag der Sorgeberechtigten bedürfen, lässt sich ebenfalls therapeutisch nutzen. Nicht selten entbrennt in eskalierten Krisen um die Entscheidung einer ärztlich indizierten vorübergehenden Behandlung unter geschlossenen Bedingungen ein heftiger Machtkampf zwischen jugendlichen Patienten und ihren Eltern mit wechselseitiger ambivalent-verstrickter Anklammerung bei druckvollen Vorwürfen der Patienten an die Eltern („Wehe wenn ihr mich hier

¹ § 1631 b BGB lautet: „Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, ist nur mit Genehmigung des Familiengerichtes zulässig. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist, die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen. Das Gericht hat die Genehmigung zurückzunehmen, wenn das Wohl des Kindes die Unterbringung nicht mehr erfordert.“

einsperren lasst!“). Beide Beziehungspartner sind mit dieser Situation emotional überfordert. Die Klarstellung, dass ärztlicherseits zwar eine Notwendigkeit zur vorübergehenden Sicherung einer Krankenhausbehandlung festgestellt werden kann, jedoch Ärztinnen und Ärzte über keinerlei Entscheidungsgewalt verfügen, die wiederum im Sinne des Aufenthaltsbestimmungsrechts allein bei den Eltern liege und bleibe, stützt Eltern in ihrer Verantwortung und bindet sie gleichzeitig ein. Damit wird einem Reflex zur Delegation der Verantwortung an das ärztliche System entgegengesteuert, der vordergründig zum Schutze die Loyalität gegenüber dem eigenen Kind erhalten soll („Ich würde dich ja gern wieder mit nach Hause nehmen, aber die Ärzte sagen nun einmal, dass du hier bleiben musst!“). Damit wächst jedoch möglicherweise der emotionale Druck, dem sich Eltern ausgesetzt fühlen. Sie sollen eine Entscheidung gegen den aktuellen Willen ihres Kindes angesichts dessen vorwurfsvoll flehenden Gesten beantragen, während sie möglicherweise selbst von Angst- und Schuldgefühlen überschwemmt werden. Hier wirkt die Klarstellung im Beisein des Patienten für beide Seiten entlastend, dass Eltern gegen den aktuell bekundeten Willen ihres Kindes ungeachtet der ärztlich festgestellten Notwendigkeit keine freiheitsbeschränkende Maßnahme „einfach so“ verfügen dürfen. Dies wäre willkürliche „Freiheitsberaubung“. Stattdessen muss die Maßnahme von einem Familiengericht im Beisein eines die Rechte des Kindes vertretenden Rechtsanwaltes vor Ort auf Angemessenheit überprüft und genehmigt werden. Ambivalent-verstrickte Machtkämpfe zwischen Eltern und Kind können so über die ohnehin vorgeschriebene Einbeziehung der richterlichen Instanz, die eine ordnende und allgemeingültige Regeln garantierende Autorität verkörpert, trianguliert werden. Therapeuten üben dabei keine möglicherweise willkürlich erlebte Entscheidungsgewalt über die Freiheit ihrer Patienten aus. Nach unserer klinischen Erfahrung ist die obig beschriebene Konnotation der Einbeziehung des Familiengerichts bei freiheitsbeschränkenden Maßnahmen im Sinne der Entlastung durch eindeutig geregelte Aufteilung der Verantwortlichkeiten auch hilfreich, um Eltern den Schrecken vor der Einleitung rechtlicher Maßnahmen „gegen“ ihr eigenes Kind zu nehmen („Das verzeiht sie uns doch nie!“).

5 Die beteiligten Personen

5.1 Bedürfnisse der Patienten

Gerade da Patienten in schweren psychischen Krisen meist am Ende ihrer Bewältigungsfähigkeit angelangt sind, ist es von großer Bedeutung, sich die basalen Bedürfnisse des Patienten vor Augen zu führen. Das Gefühl ernst genommen zu sein – wenn auch das Verständnis der Situation sich unterscheidet – ist eines dieser Bedürfnisse. Die meisten Patienten haben ein ausgeprägtes Gefühl dafür, wenn ihr Gegenüber sie ablenken möchte, sie in ihrer Not nicht ernst nimmt, z. B. vorschnell normalisiert. Sie reagieren dann nicht selten mit Misstrauen und Abgrenzung. In akuten Krisen kann jedoch nicht über die Richtigkeit von Wahrnehmungen oder deren Interpretation diskutiert werden. Patienten benötigen ein Gefühl der Sicher-

heit, falls möglich sogar Geborgenheit. Dazu gehört ein spürbar selbstsicheres, reflektiert und ruhig handelndes Gegenüber. Sie benötigen Information, um die Situation selbst einschätzen zu können und ein gewisses Gefühl der Selbstwirksamkeit zu erhalten oder wiedererlangen zu können. So ermöglicht in unserer Erfahrung beispielsweise das Entfernen von durch die Polizei angelegten Handfesseln erst die Kontaktaufnahme bei hochgradig agitierten Patienten. Die Erfahrung, gemeinsam einen Affekt zu regulieren, sich beruhigen zu können, ist in Krisensituationen eine bindende Erfahrung, wie wir sie aus der frühen Eltern-Kind-Beziehung kennen. Der Wunsch nach Wahrung der Intim- und Privatsphäre steht manchmal im Konflikt mit der Notwendigkeit und Verantwortung zur Überwachung, um die Aufsichtspflicht zu gewährleisten und der Organisationsverantwortung gerecht zu werden.

Im Folgenden sollen anhand ausgewählter Symptomatiken hilfreiche Herangehensweisen dargestellt werden.

Suizidale Krise

Der 15-jährige Peter wurde wegen Suizidalität aufgenommen, nachdem er mehrere kleine Diebstähle zu Hause und außerhalb begangen hatte. Mit dem Stiefvater hatte er massive Konflikte, war eifersüchtig auf seine kleine Schwester, die er gleichzeitig sehr liebte. Die Mutter hatte gedroht, ihn von zu Hause „rauszuschmeißen“, sich in Peters Sicht eindeutig auf die Seite des Stiefvaters geschlagen. Im Rahmen eines Anrufes auf Station bestätigte ihm die Mutter, ihn nicht mehr zu Hause aufzunehmen und ihn nicht mehr sehen zu wollen. Peter zerschlug eine Flasche, bedrohte damit das Pflegepersonal der Krisenstation und betonte, er wolle sich umbringen. In der Notsituation erschien die Öffnung der Stationstür als einzige situativ deeskalierende Möglichkeit. Peter wurde außerhalb der Klinik vom hinzu gerufenen Oberarzt getroffen, dem er aus der krisenhaften Aufnahmesituation gut bekannt war. Er hielt eine große scharfe Scherbe gegen die Halsschlagader und drohte zuzustechen, wenn sein Gegenüber sich näherte. Im Rahmen eines 40-minütigen langsamen Prozesses, anfangs im Laufen und Gehen, dann auf einer Bank, gelang es, sich Peter langsam anzunähern und auf der Kenntnis der Problematik aufbauend eine freiwillige Rückkehr zu erreichen.

Krise mit Dissoziation nach chronischer Traumatisierung

Die 16-jährige Sandra war über lange Zeit von einer Gruppe Jugendlicher missbraucht und bedroht worden. Sie wurde im Rahmen eines Suizidversuchs aufgenommen. Immer wieder gelangte sie unvorhersehbar in dissoziative Zustände, in denen sie wie ein Baby auf dem Boden lag und schrie, sich teilweise selbst versuchte zu erwürgen. Der diensthabende Arzt wurde hinzu gerufen, als sie in einer entsprechenden Situation auf dem Boden lag und zwei Pflegepersonen neben ihr knieten und versuchten, ihre Hände vom Hals zu entfernen. Er veranlasste, dass sie allein gelassen wurden, setzte sich in ihre Nähe, versicherte sich immer wieder, dass sie ihn, wenn auch nur sehr begrenzt, wahrnahm. Er kündigte an, eine Decke über ihren Körper zu legen, damit sie sich geborgen und nicht so kalt fühle. Er tat dies dann, summte als die Patientin ruhiger wurde eine beruhigende Melodie vor sich hin, fragte dann, was ihre Mutter ihr denn gesungen habe und konnte schließlich nach

einer halben Stunde die Patientin wieder in ihr Bett bringen und vom Pflegepersonal weiter begleiten lassen. Die Patientin erinnerte die Situation später als eine wesentliche Erfahrung der Regulation und der Beziehung. Insgesamt wurde eine als möglicherweise retraumatisierend empfindbare Situation unterbrochen und wesentliche Unterschiede zur traumatisierenden Situation deutlich gemacht. Schutz und Ruhe wurden vermittelt und die Patientin wurde langsam aus dem traumatischen Wiedererleben in die Normalität zurückgebracht. Es wurden dabei viele Sinneskanäle angesprochen: Gehör, Körpergefühl, später durch feste Berührung die Tiefensensibilität.

Krise mit impulsiver Aggression

Der 15-jährige Dennis war schon mehrfach wegen einer Störung des Sozialverhaltens stationär aufgenommen worden. Er stammt aus einer Familie, in der Muster gewalttätigen Verhaltens und der Verlust von Kontrolle auch unter Alkohol eine wichtige Rolle in der frühen Sozialisation gespielt hatten und wenig bindungsfördernde und reflektive Verhaltens- und Denkmuster vorhanden waren. Dennis war vom Jugendamt erst gar nicht, dann mehrfach in im Nachhinein betrachtet zum Scheitern verurteilte Betreuungssituationen vermittelt worden. Dort verstärkte sich sein Muster, über Drohgesten wie Würgen Aufmerksamkeit zu suchen. Seine intellektuelle Leistungsfähigkeit war schlecht zu beurteilen, da er Testungen verweigerte. Er zeigte eine hohe Fähigkeit, Angst beim Gegenüber wahrzunehmen und übergriffig darauf zu reagieren, hohe manuelle Geschicklichkeit und körperliche Schnelligkeit, die er u. a. zum Öffnen von allen möglichen Schlössern nutzte. Bei einem Besuch hatte ihm seine Großmutter unbemerkt ein Taschenmesser zu gesteckt, mit dem er das Personal bedrohte. Die diensthabende Ärztin wurde hinzu gerufen, während das Stationspersonal sich zurückzog. Sie näherte sich langsam, zeigte dabei ihre Friedfertigkeit, indem sie die Hände immer sichtbar hielt und zeigte dadurch, dass sie nicht selbst aggressiv zu reagieren gedachte. Sie sprach beruhigend auf ihn ein. Dabei achtete sie darauf, den Patienten nicht klein zu machen, dessen extreme narzisstische Verletzlichkeit sie kannte. Schließlich gab Dennis das Messer ab.

5.2 Die Familie in der Krise

Krisen bei Kindern und Jugendlichen sind immer auch Krisen des familiären Beziehungsumfeldes, sei es als Folge oder als Mitursache. Meist tragen kumulative Belastungen zur „Symptomwahl“ bei. Sie ist auch geprägt durch die Persönlichkeit und insbesondere die Konfliktregelungs- und Bewältigungsmechanismen des Systems (Günter u. Günter 1991; Reiter 1977, Richter 1970). Psychische Krisen sind nicht selten Ausdruck von Ausstoßungsreaktionen und drohender oder stattgefundener Verlusterlebnisse. Wut und „detachment“, bewusste Abgrenzung oder das Gefühl von Entfremdung tauchen dann neben Hilflosigkeit und Angst auf, was das familiäre Krisenmanagement erschwert. Kinder und Jugendliche mit krisenhafter Aggressivität oder Suizidalität haben oft wenig verinnerlichte gute Beziehungserfahrungen. Sie können ihre Gefühle schlecht regulieren, sich wenig selbst trösten, oder aber ihre internalisierten Erfahrungen von getröstet werden sind ihnen durch Traumati-

sierungen oder psychoseartiges Erleben nicht mehr zugänglich. Zusätzlich fallen sie im Rahmen der Krise auf primärprozesshaftes, d. h. nicht reflektives Denken zurück und verwenden basale Bewältigungsmechanismen wie Spaltung oder Projektion. Dies führt wiederum im Beziehungsumfeld zu Wut und Ablehnung und erschwert empathisches „Attunement“ mit dem Patienten. Krisen einzelner Familienmitglieder aktivieren auch bei Familienangehörigen basale Gefühle von Angst, Wut, Verzweiflung, Ablehnung. Meist kommen die Krisen überraschend, werden nicht verstanden – weder von Eltern noch von Geschwistern. Dadurch führen sie zu Sinnkrisen, d. h. sie stellen die familiäre Vergangenheit in Frage und machen üblicherweise eine Re-Evaluation und neue Bedeutungsgebung notwendig. Diese Situation basaler Verunsicherung erschwert gelegentlich die Bildung eines tragfähigen Arbeitsbündnisses. Massive Krisen können sowohl bei Geschwistern als auch bei Eltern als traumatische Belastung erlebt werden, was in der begleitenden Angehörigenarbeit aufgegriffen werden muss.

5.3 Therapeutische Haltung gegenüber Krisenpatienten

In akuten Krisensituationen ist die verbale Kommunikation fast immer eingeschränkt und es steht wenig Zeit für einen ersten handlungsweisenden diagnostischen Eindruck zur Verfügung. Wir sind deshalb oft darauf angewiesen, uns in wenigen Minuten die richtigen Fragen zu stellen und alle vorhandenen Wahrnehmungskanäle zu nutzen:

- Wie stellt sich die Beziehungsszene zwischen Kind/Jugendlichem und der in der Regel elterlichen Begleitperson in der Vorstellungssituation dar?
- Gibt es Informationen zu auslösenden Situationen?
- Inwieweit ist der Patient/die Patientin ansprechbar?
- Inwieweit ist er/sie oder bin ich selbst bedroht?
- Welche Informationen vermittelt er/sie verbal und nonverbal (Psychomotorik, Atmung, Stimmfall, Blick, vegetative Erregung etc.)?
- Wie reagiert er/sie auf Kontaktaufnahme durch Worte, Stimmmodulation, Näher kommen und evtl. Berührung?
- Welche Phantasien und Wünsche weckt er/sie in mir?

Nach der ersten Einschätzung müssen Handlungsmöglichkeiten und die Regulierung eines für die Kontaktgestaltung angemessenen Abstandes eingeschätzt werden. Viele Menschen haben Angst davor, mit einem Patienten in einer Krise allein zu sein. Erfahrene professionelle Helfer versuchen stets zuerst einzuschätzen, wie bedroht sie selbst sein könnten. Gegebenenfalls müssen weitere Mitarbeiter hinzugezogen werden oder in aggressiven Ausnahmesituationen die Polizei gerufen werden. Reagiert ein Patient auf die Regulierungsbemühungen einer Kontakt aufnehmenden Person mit Kontaktbereitschaft, ist es oft leichter und weniger ängstigend in einer überschaubaren Zweiersituation zu verbleiben. Falls mehr Personen hinzugezogen werden, muss man auch schnell reagieren können. Eine klare Ankündigung von geplanten Schritten, evtl. körperlicher Annäherung, ist notwendig und hilfreich. Grundsätzlich ist bei fast allen Krisenreaktionen vorzuziehen, sich langsam anzunä-

hern, sei es an einen suizidalen, aggressiven oder scheinbar dissoziierten Patienten. Oft ist es diagnostisch hilfreich, dabei eigene Empfindungen sehr bewusst wahrzunehmen. Auch Probeidentifikationen mit der mimischen und gestischen Ausdrucksweise des Patienten sind hilfreich:

- Wann wird ein Abstand unangenehm, wann stellen sich die Haare auf?
- Wann steigt die eigene Angst oder Erregung, evtl. sogar Wut?
- Wie würde ich mich fühlen, wenn ich so atmen/schauen würde wie die Patientin/der Patient oder ihre/seine Lautstärke und Stimmlage übernähme?

In extrem gespannten Situationen ist es oft wichtiger, den richtigen Ton zu treffen, die richtige Haltung, die Atemfrequenz aufzunehmen und wie bei einem erregten Säugling oder Kleinkind langsam herunter zu regulieren, als die richtigen Worte zu finden. Diese werden oft kaum wahrgenommen oder fehlinterpretiert. Körperlicher Ausdruck ist oft glaubhafter als verbaler Ausdruck, gerade da Patienten in Krisensituation häufig sehr reizoffen und misstrauisch sind.

5.4 Das Pflege- und Erziehungsteam

Ganz im Vordergrund bei Krisenbehandlungen in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie steht immer die Behandlung und Überwachung in einer übersichtlichen und therapeutisch wirksamen Beziehung zu Pflegepersonal und Ärzten bzw. Psychologen. Oft ist eine Einzelbetreuung notwendig, wofür zumindest auf spezialisierten Krisenstationen nach der Psychiatrie-Personal-Verordnung hinreichend Personal vorhanden sein muss. Idealerweise sind Stationsteams auf Krisensituationen jederzeit vorbereitet, d. h. es bestehen klare Handlungsanweisungen und -optionen. Allerdings ist nie eine Situation wie die andere, weshalb ständige Neuentscheidungen erforderlich sind. Um dabei funktional und umsichtig handeln und nicht nur reagieren zu können, ist die Kooperation verschiedener Mitarbeiter mit unterschiedlichem Erfahrungsstand, unterschiedlichen Persönlichkeiten und verschiedenen beruflichen Hintergründen wesentlich und hilfreich. Ein gemeinsames Gefühl des Gehaltenseins spielt dabei eine große Rolle, etwa im Gefühl primär geschätzt zu werden innerhalb einer Atmosphäre, in der Wertschätzung der Leistungen der Mitarbeiter vorherrscht und Kritik sachlich reflektiert, aber nicht entwertend geäußert wird. Da in einer Klinik immer auch neue Mitarbeiter tätig sind, ist es wichtig, diese frühzeitig einzuweisen und an Krisenbewältigung aktiv zu beteiligen, anfangs durch Übungen und Beistand in Krisensituationen, dann auch handelnd und insbesondere von Anfang an reflektierend. In Fallbesprechungen, Krisensitzungen sowie Teamsupervisionen sollten unterschiedliche Wahrnehmungen und Verstehensweisen möglichst nicht miteinander konkurrieren, sondern sich als verschiedene Aspekte der vielschichtigen Dynamik krisenhafter Prozesse wechselseitig ergänzen. Hierzu ist ein bewusst gepflegtes Klima der Lern- und Kritikfähigkeit unabdingbar. Des Weiteren haben sich regelmäßig aufzufrischende Deeskalationstrainings bewährt, in denen der Einsatz des Körpers bei krisenhaften Erregungszuständen von Patienten in Form von Festhalten, Umklammerungen lösen, Angriffen ausweichen etc. professionell trainiert werden, mit dem Ziel, Verletzungsgefahren

für Patienten, Mitpatienten und Personal rasch, sicher und in möglichst entängstigender Weise zu bannen.

In dem ärztlichen Bewusstsein, dass jede Krise eines Patienten in einer psychiatrischen Institution potentiell tödlich verlaufen kann, müssen vergleichbar den Qualitäts- und Innovationsstandards sowie der personellen Ausstattung medizinischer Intensivstationen höchste Anforderungen an Organisationsverantwortung und Qualitätssicherung in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken gestellt werden. In Zeiten zunehmender Sparzwänge obliegt es Ärzten in Leitungsverantwortung, gegenüber Verwaltungen und Kostenträgern diese Intensivstandards offensiv einzufordern. So wie kein Intensivmediziner Einsparungen bei unverzichtbaren lebensrettenden Medikamenten für beatmete Patienten akzeptieren darf, wäre beispielsweise die Mitteilung einer Klinikverwaltung, der Topf, aus dem zusätzliche Sitzwachen für akut suizidgefährdete jugendliche Patienten bezahlt werden, sei leer, und diese dürften nicht mehr angefordert werden, menschenverachtend und nicht hinnehmbar.

5.5 Die Mitpatienten

Krisen auf einer Station werden nicht nur vom Patienten erlebt; sie werden von Mitpatienten sensibel wahrgenommen und intensiv miterlebt. Sie identifizieren sich mit ihrem Mitpatienten oder dem Personal, die wenigsten bleiben neutrale Beobachter. Notwendig werdende Zwangsmaßnahmen in Krisensituation führen dabei zu Ängsten oder auch zum Eindruck, dass Aggressionen auf der Station, die erklärtermaßen ein Schutzraum sein soll, vom schützenden System ausgehen können. Im Gefolge von Krisensituationen haben sich daher außerplanmäßige moderierte Stationsvollversammlungen aller Patienten und Mitarbeiter bewährt, in denen die emotionale Betroffenheit aller aufgegriffen und die aktuellen Geschehnisse in ein gemeinsam entwickeltes Narrativ integriert werden können.

6 Psychodynamisches Krisenverständnis

Im Folgenden wollen wir ein Modell vorstellen, anhand dessen ein erstes psychodynamisches Verständnis einer Krise erarbeitet sowie im Sinne einer ersten kognitiven Verarbeitung und Lösungssuche gemeinsam mit dem Patienten und seiner Familie entwickelt werden kann (BAG 2001). Vorrangiges Ziel ist, aus einem ersten Verstehen der psychischen Dekompensation eine angemessene weiterführende Therapie- und Hilfeplanung abzuleiten, die künftigen krisenhaften Einbrüchen wirksam vorbeugt. Hierbei sollte die bei Patient und Familie entstandene Betroffenheit als emotionale Ressource gesehen und genutzt werden, aus der sich Veränderungsmotivationen entwickeln lassen. Idealerweise lässt sich aus einem solchen ersten Verstehen der Krise ein erster Fokus für die psychotherapeutische Aufarbeitung der Krise ableiten. Dieser Fokus kann entweder noch während der Krisenintervention oder später in einer sich anschließenden fokalen Psychotherapie bearbeitet werden. Die Erarbeitung eines solchen Krisenverständnisses mit dem Patienten sollte einerseits

gerade so komplex wie nötig angelegt sein, um buchstäblich in die Irre führenden eindimensionale Erklärungsmodelle der Patienten für ihre Probleme („es liegt nur an dem Stress in der Schule“) im Interesse einer weiterführenden Therapiemotivation zu überwinden. Andererseits sollte das zu entwickelnde Krisenverständnis nicht zu tief gehen, d. h. so komplexitätsreduziert wie möglich sein, um innerhalb einer zeitlich begrenzten Krisenintervention handhabbar und verständlich zu bleiben und um insbesondere nicht durch aufdeckende Ausweitung der Problemsicht in der akuten Phase zusätzlich destabilisierend zu wirken. Für jeden Einzelfall ist je nach der Neigung des betreffenden Patienten und Familiensystems zu Verleugnung und Bagatellisierung krisenauslösender Probleme beziehungsweise zu deren übermäßiger Dramatisierung ein individuell angemessen dosierter Umgang mit stützenden, konfrontierenden und aufdeckenden Gesprächsinterventionen gefragt. Idealerweise überwiegen im Verlauf einer Krisenintervention auf Seiten des Patienten und seiner Familie die Erfahrung von Entlastung und Halt bei gerade genügenden Anregungen für die individuelle und familiäre Selbstreflexionsfähigkeit (Fonagy u. Target 1997), die nötig sind, um aus dem Impuls der Betroffenheit die nötige weiterführende Veränderungs- und Therapiemotivation zu entwickeln.

Die theoretische Grundannahme des vorgestellten Modells ist, dass Krisen fast immer sowohl durch Einflussfaktoren der aktuellen Außenwelt als auch der psychischen Innenwelt verursacht werden, im Sinne einer Interaktion zwischen auslösender Situation und dadurch aktualisierten intrapsychischen und interpersonellen Konflikten. Hierzu ein Beispiel:

Erstmalige akute suizidale Krise

Die 15-jährige Sarah hat ohne vorher ankündigende Signale erstmalig einen ersten Suizidversuch mit 20 Schmerztabletten unternommen, was durch ihre allein erziehende Mutter nur zufällig entdeckt wurde.

Auslösesituation: Sarah hatte am Tag zuvor ihren ersten Schultag an ihrer neuen Schule (Realschule). Auf diese musste sie u. a. aufgrund unzureichender Leistungen auf einem Internatsgymnasium wechseln, was sie als sehr kränkend erlebt hatte. Sie fühlte sich von diesem neuen und fremden Umfeld, z. B. vom teils aggressiv getönten Gehabe anderer Jugendlicher auf dem Schulhof, überfordert. Sie kündigte bereits nach diesem ersten Tag ihrer Mutter an, dass sie nicht mehr dorthin gehen werde. Sie könne sich dort niemals wohl fühlen. Darauf entbrannte ein Streit zwischen Mutter und Tochter. Sarah fühlte sich von der Mutter unverstanden. Am selben Tag fuhr ihr Freund, mit dem sie seit drei Monaten liiert war, geplantermaßen für mehrere Wochen in eine entfernt liegende Stadt. Sie fühlte sich von Gefühlen der Hilflosigkeit und des Verlassenseins plötzlich so überschwemmt, dass sie kurzschlussartig zu den Schlaftabletten griff.

Interpersonaler Konflikt: Obwohl Sarah bereits am Ende der Grundschule aufgrund ihrer durchschnittlichen Leistungen keine Empfehlung für ein Gymnasium erhalten hatte, wünschte sich die Mutter für Sarah, dass sie Abitur machen solle. Hierzu brachte sie über mehrere Jahre ihr gesamtes geerbtes Vermögen dafür auf, für Sarah die Beschulung auf einem Privatinternat mit intensiver Lernförderung zu ermöglichen. Als Sarah nach mehreren Jahren dort endgültig aufgrund unzurei-

chender Leistungen scheiterte, gab sie sich selbst die Schuld, indem sie sich der Faulheit bezichtigte, die ihr auch die Mutter vorwarf. Die in diesem Fall wahrscheinliche Verleugnung der begrenzten intellektuellen Fähigkeiten Sarahs durch die Mutter deutet hin auf eine narzisstische Projektion eigener unerfüllter Leistungsideale auf das Kind mit der entsprechenden Kränkung, wenn das Kind diesen Auftrag nicht erfüllt. Sarah schien durch diesen für sie nicht erfüllbaren Auftrag in einer Loyalitätsbindung gefangen, die eine autonome Entwicklung behinderte. Ihr schulisches Scheitern erlebte sie als massive Enttäuschung der Mutter, von der sie sich im Streit verstoßen fühlte. Eine Triangulierung des Konfliktes war wegen des kompletten Fehlens einer Vaterfigur nicht möglich.

Intrapsychischer Konflikt: Mehrere anamnestiche Daten deuten auf einen massiven zeitlich überdauernden und dysfunktional verarbeiteten Selbstwertkonflikt (Arbeitskreis OPD-KJ 2003) hin: Sarah wurde bereits im ersten Lebensjahr vom Vater verlassen, der sich nie wieder für sie interessierte. Ihre zwei älteren Geschwister meisterten problemlos das Gymnasium, entsprechend der familiären Erwartungen. Durch Verleugnung ihrer begrenzten intellektuellen Begabung und deren für ihren Selbstwert erträglicher erscheinenden Rationalisierung als Faulheit, die sie selbst kontrollieren kann, erlebte sie ihre vergeblichen Versuche, ein überhöhtes schulisches Niveau zu halten, als kontinuierliches Scheitern am eigenen verinnerlichten Anspruch, was sie wiederum schuldhaft verarbeitete.

An diesem Beispiel wird anschaulich, wie die Beziehungsszene einer Auslösesituation lang andauernde existentielle interpersonale und intrapsychische Konflikte massiv aktualisieren kann. Erst das Verständnis des wechselseitigen Zusammenwirkens von Auslösesituation, interpersonalem und intrapsychischen Konflikten erlaubt ein annäherndes Verständnis der vermeintlich unvorhersehbaren seelischen Dekompensation. Deutlich wird ferner, dass die von Sarah selbst angebotene Lösungsstrategie, nämlich eine Rückkehr an das Internat durchzusetzen, keineswegs geeignet wäre, ihre seelische Konfliktlage, die in die Krise geführt hat, zu lösen. In einer stationären Krisenintervention wurde daher versucht, gemeinsam mit Mutter und Tochter die vorhandenen konflikthaften seelischen Belastungen soweit miteinander zu klären, bis die Motivation für eine weiterführende Psychotherapie tragfähig erschien.

Die an diesem Fallbeispiel veranschaulichte Trias der psychodynamischen Krisendiagnostik soll anhand der Abbildung 1 nochmals illustriert werden.

Um sicherzustellen, dass eindimensionale Erklärungsmuster von Patienten und Familien, denen dysfunktionale Abwehrstrategien zugrunde liegen, nicht vom therapeutischen System übernommen und in ausschließlich auf die Außenwelt gerichtete Lösungs- und Handlungsstrategien umgesetzt werden, empfiehlt es sich, bei der diagnostischen Einschätzung einer Krise zu jedem der genannten Konfliktebenen eine klinische Hypothese zu formulieren. In einem zweiten Schritt kann dann geprüft werden, in welchem Maße diese Konflikthypothesen als benennbare Foci in die Krisenintervention eingebracht werden sollen, um bei gegebener Therapieindikation eine weiterführende Therapiemotivation zu erreichen, ohne dabei den Patienten zu überfordern.

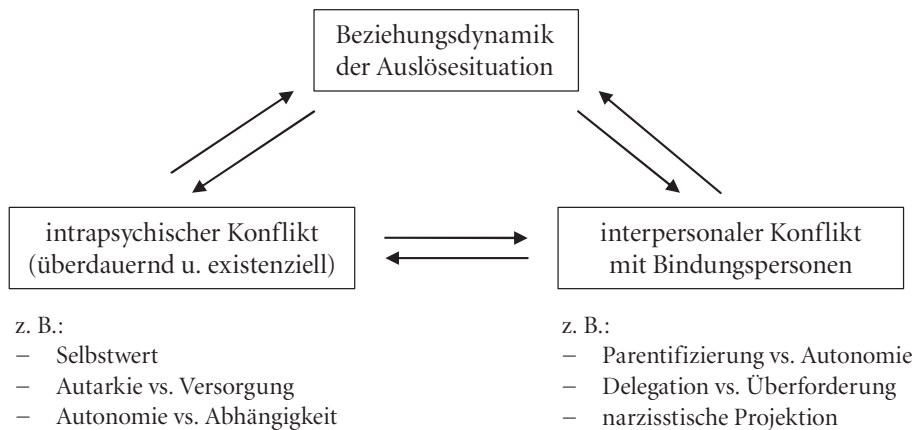


Abb. 1: Psychodynamisches Krisenverständnis

7 Schlussbemerkungen

Krisen im Kindes- und Jugendalter sind Ausdruck eines vielschichtigen prozesshaften Geschehens. Die ihnen zugrunde liegende seelische Dekompensation betrifft neben dem Kind oder Jugendlichen selbst immer auch sein familiäres und soziales Beziehungsumfeld. Für den institutionellen Umgang mit Krisen ist eine reflektierte Kooperation aller helfenden Systeme nötig. Ungeachtet der Bedrohlichkeit, die eine oftmals mit Krisen einhergehende destruktive Symptomatik ausdrückt und auslöst, liegt in jeder Krise die Chance zur konstruktiven Veränderung, wenn es gelingt, aus der emotionalen Erschütterung des Krisenerlebens eine nachhaltige Betroffenheit bei betroffenen Patienten und ihren Familien zu erwirken, aus der sich eine anhaltende Veränderungsmotivation entwickeln kann. Dies ist nur möglich, wenn es dem therapeutischen System gelingt, ein in der Krise als „hinreichend gut“ erlebtes Containment anzubieten, das den Betroffenen Halt, Sicherheit, Klarheit, Beruhigung, bedingungslos ernstnehmende Akzeptanz sowie eine erste Hilfe bei der Neuorientierung bietet. Hierzu müssen kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken in sehr komplexer Weise aufeinander abgestimmte räumliche, personelle und professionelle Rahmenbedingungen erfüllen sowie fortlaufend in ihrer Qualität sichern und weiterentwickeln. Diese Anforderungen haben wir versucht, in dieser praxisorientierten Übersicht darzustellen. Nicht genügend hervorzuheben ist hierbei der Aspekt der therapeutischen Beziehungsgestaltung, für die u. a. ein besonders achtsamer Umgang mit nicht-verbalen Signalen ebenso wichtig ist wie ein reflektiertes Krisenverständnis. Um auf die tiefgreifende Erschütterung von Selbst- und Welterleben des Patienten, die das subjektive Erleben seiner krisenhaften Dekompensation kennzeichnet, angemessen eingehen zu können, ist eine dialektische Haltung vonnöten, die die eigene Unerschütterlichkeit durch die Krise des Patienten mit einer gleichzeitig tiefen Berührbarkeit durch dessen seelische Not verbindet.

Literatur

- Arbeitskreis OPD-KJ (Hg.) (2003): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- BAG. (2001): Leitlinie: Freiheitsbeschränkende und freiheitsentziehende Maßnahmen zur Sicherung des Behandlungszieles in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie e. V. www.bkjpp.de/leitbildbag2.html
- Fischer, G. (1998): Konflikt, Paradox und Widerspruch: Für eine dialektische Psychoanalyse. Frankfurt a. M: Fischer.
- Fonagy, P.; Target, M. (1997): Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology* 9: 679–700.
- Günter, M.; Günter, W. (1991): Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40: 22–27.
- Mallmann, D.; Neubert, E.-O.; Stiller, M. (1998): Wegschicken, um weiterzukommen: die Kurzentlassung als eine Handlungsmöglichkeit stationärer Psychotherapie Jugendlicher. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 47: 331–343.
- Richter, H.-E. (1970): Patient Familie. Reinbek: Rowohlt.
- Streeck-Fischer, A. (1991): Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 40: 105–112.
- Streeck-Fischer, A. (1995): Gewaltbereitschaft bei Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 44: 209–215.

Korrespondenzadresse: Dr. Joachim Walter, Luisenlinik, Kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Abteilung, Postfach 1163, 78065 Bad Dürkheim;
E-Mail: drjoachimwalter@t-online.de