

Günter, Michael und Günter, Wolfgang

Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 40 (1991) 1, S. 22-27

urn:nbn:de:bsz-psydok-34566

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

Behinderte Interaktion

- GERLICHER, K.: Zur Psychodynamik in Familien mit einem behinderten Kind (Psychodynamics in Families with an Handicapped Child) 265
- KISCHKEL, W./POHL-KROLL, K./SCHULTZ, R./SIEVERS, R./STÖRMER, N.: Therapie bei schwer geistig behinderten Menschen in stationären Langzeiteinrichtungen (Therapy of Severely Mentally Handicapped Persons with Symptoms of Depression in Long Term Facilities) 254
- SARIMSKI, K./SÜSS-BURGHART, H.: Sprachentwicklung und Spielniveau bei retardierten Kindern (Linguistic and Symbolic Development in Retarded Children) 250
- VIRTANEN, T./MOILANEN, I.: Stress und Stressbewältigung bei Müttern von Kindern mit leichten zerebralen Dysfunktionen (Stress and Coping in Mothers of Children with Minimal Brain Dysfunction) 260

Erziehungsberatung

- BOHLEN, G.: Hindernisse in der Praxis systematisch orientierter Beratung an Erziehungsberatungsstellen (Obstructing Factors in Practising Systemic Oriented Therapy at Child Guidance Centers) 222
- HUNDSALZ, A.: Methoden und Konzeptentwicklung in den Psychologischen Beratungsstellen (Development of Methods and Concepts in Psychological Counseling Services) 55

Familientherapie

- KNOKE, H.: Familiäre Wirklichkeitskonstruktionen (Constructions of Reality in the Family) 293
- V. SCHLIPPE, A.: Systemische Sichtweise und psychotherapeutische Ethik – vier Imperative (Systemic View and Therapeutic Ethics – Four Imperatives) 368

Forschungsergebnisse

- BOEHNKE, K./V. FROMBERG, E./MACPHERSON, M.: Makrosozialer Stress im Jugendalter – Ergebnisse einer Wiederbefragung zu Kriegsangst und Angst vor Umweltzerstörung (Macro-social Stress in Adolescence – Results from a Follow-up Survey on War Anxiety and Anxiety about Destruction of the Environment) 204
- BRON, B.: Die Bedeutung von Elternverlusten in der Kindheit bei depressiven und suizidalen Patienten (The Significance of Loss of Parents in Childhood for Depressive and Suicidal Patients) 322
- BUNK, D./SCHALL, U.: Die Effizienz des Hintergrund-Interferenz-Verfahrens in der psychiatrischen Differentialdiagnostik hirnnorganischer Schäden bei Kindern (The Efficiency of the Background Interference Procedure in Discriminating Brain Damages in Children) 134
- HAAG, R./GRAF, N./JOST, W.: Subjektiv erlebte Ängstlichkeit als Aspekt der Krankheitsverarbeitung bei Kindern mit bösartigen Erkrankungen (Perceived Anxiety as an Aspect of Coping Illness in Oncologically III Children) 78

- HEGEMANN, T.: Untersuchungen zum Rehabilitationserfolg eines sozialtherapeutischen Segelschiffprojekts (An Investigation about Effectiveness of a Social-Therapeutic Sailing Project) 61
- HOBRÜCKER, B.: Die jugendpsychiatrische Station als Handlungsfeld: Pflicht und Kontrolle von Tätigkeiten (The Adolescent Psychiatric Ward as an Actional Field: Obligation and Control of Everyday Conditions) 90
- LÜCKE, M./KNÖLKER, U.: Zur Frage der Stigmatisierung von Patienten in einer stationären Einrichtung für Kinder- und Jugendpsychiatrie (On Stigmatization of In-Patients of a Child-Psychiatric Unit) 138
- MÜLLNER, E.: Die Re-Integration von Kindern in die leibliche (Teil-)Familie (The Re-Integration of Children into Their Biological (Partial) Family) 184
- REICH, G./DEYDA, H.: Interaktionsmuster in Familien mit psychosomatisch und depressiv erkrankten Kindern und Jugendlichen (Pattern of Interaction in Families with Psychosomatic III and Depressive Children and Adolescents) 96
- SCHROEDER, W./GRAF, U./WAGNER, U.: Der OFFER-Selbstbildfragebogen für Jugendliche und stationärer Psychotherapieerfolg (The OFFER-Self-Image-Questionnaire reflects Psychotherapeutic Effects under Special Conditions) 85

Jugendhilfe

- SCHWEITZER, J./REUTER, D.: Systemisches Denken in der Heimerziehung: Anregungen für Pädagogik, Beratung und Organisation (Thinking in a Systemic Way in Residential Child Care: Suggestions for Pedagogy, Counseling and Organisation) 171

Praxisberichte

- BÖNNER, G.: Die Gestaltungstherapie – eine zusätzliche Möglichkeit in der Gruppenpsychotherapie mit Jugendlichen (Psychoanalytically Oriented Art Therapy – an Additional Opportunity in Group Psychotherapy with Adolescents) 177
- FÄRBER, H.P./LIEBENOW, H.: Integratives Betreuungskonzept für impulsiv-koordinationschwache Kinder (An Integrated Therapeutic Concept for Children with MBD-Syndrome) 375
- ROMER, G.: Methoden der Prävention psychischer Fehlentwicklungen im Rahmen der Kleinstkindpädagogik – Erfahrungen an einem amerikanischen Eltern-Kind-Zentrum (Methods of Mental Health Prevention in the Context of Infant and Toddler Education – Experiences in an American Parent-Child Center) 284

Psychotherapie

- ARNOLD, U./ARNOLD, K.H.: Dokumentation kinderspsychotherapeutischer Einzelbehandlungen – Entwurf eines Protokollbogens (Documentation of Single Treatments in Child Therapy – Outline of a Record Schedule) 298

STREECK-FISCHER, A.: Grenzgänger – Zum Umgang mit selbst- und fremddestruktivem Verhalten in der stationären Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (Borderline Behavior: Dealing with Self-destructive and Outwardly Destructive Behavior during In-patient Child und Juvenile Psychotherapy)	105	TEXTOR, M.R.: Auslandsadoptionen: Forschungsstand und Folgerungen (International Adoptions: Research Results and Consequences)	42
STREECK-FISCHER, A.: Entwicklungsförderliche Laufställe – Wirkfaktoren in der stationären Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen (Development-Conductive Play-Pens – Power Factors in Stationary Psychotherapy with Children and Adolescents)	328	Werkstattberichte	
WILLE, A.: Voice Dialogue – Dialog der Stimmen (Voice Dialogue)	227	FUCHS, D.: Einzelfallhilfen für Kinder mit Entwicklungsschwierigkeiten in den Stuttgarter Kindertagesstätten ..	303
Stationäre Kinder- und Jugendpsychiatrie		KRAUSE, C.: Aus der Arbeit der Erziehungsberatungsstelle Greifswald	112
GÜNTHER, M./GÜNTHER, W.: Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter (Inpatient Crisis Intervention in Adolescence)	22	Tagungsberichte	
KOWERK, H.: Qualitative Evaluation systematischer Aspekte bei stationärer Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie (Qualitative Evaluation of Systematic Aspects of Inpatient Therapy in Child and Adolescent Psychiatry)	4	Bericht über die 7. Bundestagung des Bundesverbandes „Hilfe für das autistische Kind“	189
SCHULTE-MARKWORT, M.J./KNÖLKER, U.: Therapieabbrüche im stationären Bereich (Dropping-Out of Inpatient Treatment)	28	Bericht über ein internationales Symposium zum Thema „Eßstörungen“	231
Übersichten		Bericht über den Internationalen Kongreß für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Bad Homburg	272
BENGEL, J.: AIDS-Risikowahrnehmung und -verarbeitung bei Jugendlichen (AIDS-Risk Perception und Coping by Adolescents)	356	Bericht über den IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie	380
BRAUN-SCHARM, H.: Zwangssphänomene bei schizophrenen Jugendlichen (Obsessive-Compulsive Symptoms in Adolescent Schizophrenia)	166	Buchbesprechungen	
CHRISTIAN, H./ZECH, T.: Schulpsychologie im Spannungsfeld von Individuum und Systemen (A Concept of School Psychology viewing Individual and Systems)	339	ANDERSEN, T. (Hrsg.): Das Reflektierende Team. Dialoge und Dialoge über die Dialoge	198
DELLISCH, H.: Krankmachende Angst in der Familie (Illness-causing Anxiety within the Family)	128	ANSTÖTZ, C.: Ethik und Behinderung	238
HEIGL-EVERS, A./KRUSE, J.: Frühkindliche gewalttätige und sexuelle Traumatisierungen (Aggressive and Sexual Traumatization during Early Childhood)	122	BASTINE, R.: Klinische Psychologie, Bd. 1	316
HIRSCHBERG, W./ALTHERR, P.: Sozialtherapie mit psychisch gestörten dissozialen Jugendlichen (Social Therapy with Dissocial Adolescents)	362	BOMMERT, H./HENNING, T./WÄLTE, D.: Indikation zur Familientherapie	313
JAKOB, P.: Entwicklungsprobleme von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Familien mit einem Alkoholproblem (Developmental Problems Faced by Children, Adolescents and Young Adults in Families with an Alcohol Problem)	49	BUCHHEIM, P./SEIFFERT, T. (Hrsg.): Zur Psychodynamik und Psychotherapie von Aggression und Destruktion	197
LIEBECK, H.: Neue Elemente in der Verhaltenstherapie einer Hundephobie bei einem Jugendlichen mit Down-Syndrom (New Elements in Behavior Therapy of a Dog-Phobia of a Juvenile with Down-Syndrom)	289	CIERPKA, M.: Zur Diagnostik von Familien mit einem schizophrenen Jugendlichen	242
LUDEWIG, K.: Unruhige Kinder. Eine Übung in epistemischer Konfusion (Restless Children. An Exercise in Epistemic Confusion)	158	CIOMPI, L./DAUWALDER, H.P. (Hrsg.): Zeit und Psychiatrie – Sozialpsychiatrische Aspekte	197
RENNEN-ALLHOFF, B.: Wie verlässlich sind Elternangaben? (How useful are Parent Reports?)	333	CLEMENS, M./COMBE, A./BEIER, C./LUTZI, J./SPANGENBERG, N.: Soziale Krise, Institution und Familiendynamik ...	349
SOHNI, H.: Mutter, Vater, Kind – Zur Theorie dyadischer und triadischer Beziehungen (Mother, Father, Child – Attribution to a Theory of Dyadic and Triadic Relationships)	213	DZIKOWSKI, S./ARENS, C. (Hrsg.): Autismus heute, Bd. 2: Neue Aspekte der Förderung autistischer Kinder	196
		EDELSTEIN, E.L.: Anorexia Nervosa and Other Dyscontrol Syndromes	195
		EICKHOFF, F.W./LOCH, W. (Hrsg.): Jahrbuch der Psychoanalyse – Beiträge zur Theorie und Praxis, Bd. 26	313
		ELBERT, T./ROCKSTROH, B.: Psychopharmakologie. Anwendung und Wirkungsweise von Psychopharmaka und Drogen	386
		ELGER, W.: Sozialpädagogische Familienhilfe	115
		FEND, H.: Vom Kind zum Jugendlichen. Der Übergang und seine Risiken	315
		FICHTER, M.: Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung	316
		FIEGENBAUM, W./BRENGELMANN, J.C. (Hrsg.): Angststörungen. Diagnose und Theorie	315
		FLÖTTMANN, H.B.: Angst. Ursprung und Überwindung ..	279
		GAUDA, G.: Der Übergang zur Elternschaft. Eine qualitative Analyse der Entwicklung der Mutter- und Vateridentität ..	277
		GRISSEMAN, H./WEBER, A.: Grundlagen und Praxis der Dyskalkulithherapie	239
		HAEBERLIN, U./BLESS, G./MOSER, U./KLAGHOFER, R.: Die Integration von Lernbehinderten. Versuche, Theorien, Forschungen, Enttäuschungen, Hoffnungen	243
		HILFE FÜR DAS AUTISTISCHE KIND, REGIONALVERBAND NORDBADEN-PEFALZ e.V.: Autismus: Erscheinungsbild, mögliche Ursachen, Therapieangebote	71

HUBER, G./RIEDER, H./NEUHÄUSER, G. (Hrsg.): Psychomotorik in Therapie und Praxis	348	SCHEPANK, H. (Hrsg.): Verläufe. Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute.	313
JONAS, M.: Trauer und Autonomie bei Müttern schwerstbehinderter Kinder	68	SCHRAML, W.J.: Kinder und Kinderpsychotherapie	117
JUNGE, H./LENDERMANN, H. B.: Das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – Einführende Erläuterungen	311	SCHRAML, W.J.: Einführung in die moderne Entwicklungspsychologie für Pädagogen und Sozialpädagogen	347
KAUFMANN, R.A.: Die Familienrekonstruktion. Erfahrungen-Materialien-Modelle	241	SEIFFGE-KRENKE, I. (Hrsg.): Krankheitsverarbeitung bei Kindern und Jugendlichen	314
KÖHNKEN, G.: Glaubwürdigkeit. Untersuchungen zu einem psychologischen Konstrukt	317	SIELERT, U./MARBURGER, H.: Sexualpädagogik in der Jugendhilfe	69
KOLLMANN, B./KRUSE, M.: Krebskranke Jugendliche und ihre Familien. Problematik und Möglichkeiten einer psychologischen Begleitung	195	SPADA, H. (Hrsg.): Allgemeine Psychologie	150
KUSCH, M./PETERMANN, F.: Entwicklung autistischer Störungen	36	STEINHAUSEN, H. C. (Hrsg.): Das Jugendalter. Entwicklung, Probleme, Hilfen	278
MARTINIUS, J./FRANK, R. (Hrsg.): Vernachlässigung, Mißbrauch und Mißhandlung von Kindern	240	STEINKE, T.: Stationäres Training mit aggressiven Kindern: Die Implementation eines verhaltenstheoretisch orientierten Behandlungsprogramms in stationäre psychosoziale Organisationen	72
MCGOLDRICK, M./GERSON, R.: Genogramme in der Familienberatung	276	STRAK, W. (Hrsg.): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis	195
MELTZER, D.: Traumleben. Eine Überprüfung der psychoanalytischen Theorie und Technik	311	TEXTOR, M. (Hrsg.): Hilfen für Familien. Ein Handbuch für psychosoziale Berufe	312
MOLNAR, A./LINDQUIST, B.: Verhaltensprobleme in der Schule. Lösungsstrategien für die Praxis	116	TRAD, P. V.: Infant Previewing. Predicting and Sharing Interpersonal Outcome	151
OLBING, H./BACHMANN, K. O./GROSS, R. (Hrsg.): Kindesmißhandlung. Eine Orientierung für Ärzte, Juristen, Sozial- und Erzieherberufe	34	TRESCHER, H. G.: Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik	239
OLBRICH, R. (Hrsg.): Therapie der Schizophrenie. Neue Behandlungskonzepte	309	TRESCHER, H. G./BÜTTNER, C. (Hrsg.): Jahrbuch der psychoanalytischen Pädagogik 2	198
PETERMANN, F./NOEKER, M./BOCHMANN, F./BODE, U.: Beratung von Familien mit krebskranken Kindern: Konzeption und empirische Ergebnisse	310	TRÖSTER, H.: Einstellungen und Verhalten gegenüber Behinderten. Konzepte, Ergebnisse und Perspektiven sozialpsychologischer Forschung	68
POHLER, G./POHLER-WAGNER, L.: Atemzentrierte Verhaltenstherapie	384	UHLEMANN, T.: Stigma und Normalität. Kinder und Jugendliche mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte	347
PRESTING, G. (Hrsg.): Erziehungs- und Familienberatung. Untersuchungen zu Entwicklung, Inanspruchnahme und Perspektiven	237	VOGEL, D./RAUH, H./JORDAN, D.: Therapieangebote für behinderte Kinder	309
PREYER, W.T.: Die Seele des Kindes. Beobachtungen über die geistige Entwicklung des Menschen in den ersten Lebensjahren	35	WEINWURM-KRAUS, E.: Soziale Integration und sexuelle Entwicklung Körperbehinderter	278
PRITZ, A./SONNECK, G.: (Hrsg.): Medizin für Psychologen und nichtärztliche Psychotherapeuten	350	WIEMANN, I.: Pflege- und Adoptivkinder – Familienbeispiel, Informationen, Konfliktlösungen	308
RANDOLL, D./JEHLE, P.: Therapeutische Interventionen bei beginnendem Stottern	150	WHITE, M./EPSTON, D.: Die Zähmung der Monster. Literarische Mittel zu therapeutischen Zwecken	385
REMSCHMIDT, H./WALTER, R.: Psychische Auffälligkeiten bei Schulkindern	240		
ROEDEL, B.: Praxis der Genogrammarbeit. Die Kunst des banalen Fragens	277	Editorial 2, 248	
ROHMANN, U.H./ELBING, K.: Festhaltetherapie und Körpertherapie	70	Ehrungen 346	
ROTHENBERGER, A. (Ed.): Brain und Behavior in Child Psychiatry	308	Nachruf 189	
ROTTHAUS, W.: Stationäre systematische Kinder- und Jugendpsychiatrie	69	Autoren der Hefte 34, 66, 115, 148, 193, 233, 275, 305, 347, 383	
SALZGEBER, J./STADLER, M.: Familienpsychologische Begutachtung	317	Diskussion/Leserbriefe 193, 234, 276	
SALZGEBER, J./STADLER, M./DRECHSLER, G./VOGEL, C. (Hrsg.): Glaubhaftigkeitsbegutachtung	35	Zeitschriftenübersicht 67, 148, 235, 305, 383	
		Tagungskalender 37, 73, 118, 152, 199, 244, 280, 318, 351, 387	
		Mitteilungen 37, 75, 119, 153, 200, 245, 281, 319, 351, 387	

Stationäre Krisenintervention bei psychischen Krisen im Jugendalter

Von Michael Günter und Wolfgang Günter

Zusammenfassung

Anhand von Aktenauswertungen und Aufarbeitung statistischer Erhebungsbögen werden retrospektiv die Charakteristika von 76 stationären jugendpsychiatrischen Kriseninterventionen bei 49 Jugendlichen in einem Dreieinhalbjahreszeitraum untersucht. Festzustellen ist eine enge Verknüpfung der Krisen mit familiären Konfliktsituationen, wobei drei idealtypische Gruppen familiärer Beziehungsprobleme herausgearbeitet werden. 54% aller Kriseninterventionen erfolgten nach einem Suizidversuch oder aufgrund akuter Suizidalität, wobei dieser Anteil bei den Jugendlichen ohne schwerwiegende psychiatrische Erkrankung noch wesentlich höher lag. Mehrfache Aufnahmen zur stationären Krisenintervention fanden sich nur bei Jugendlichen mit Psychosen, meist nach längerer ambulanter oder stationärer Vorbehandlung. Länger als 14 Tage mußten ausschließlich Jugendliche mit Krisen im Rahmen schwerwiegender psychiatrischer Erkrankungen stationär behandelt werden. Dagegen konnten Jugendliche mit Suizidversuchen in der Regel innerhalb weniger Tage wieder entlassen werden. Der Medianwert der Aufenthaltsdauer lag bei 4 Tagen. Im Gegensatz zu sonstigen jugendpsychiatrischen Populationen fand sich nicht nur bei Suizidpatienten, sondern insgesamt bei stationären Kriseninterventionen ein deutliches Übergewicht weiblicher Patienten.

1 Einleitung

Die stationäre psychiatrische Krisenintervention stellt lediglich einen Endpunkt auf der Skala von Hilfsangeboten für Jugendliche in Krisen dar. Viele Krisensituationen können durch nicht-professionelle Hilfe oder durch

andere psychosoziale Institutionen bewältigt werden. Die Vorstellung eines Jugendlichen beim Jugendpsychiater erfolgt erst dann, wenn die Verhaltensauffälligkeiten als krankhaft angesehen werden, bei Selbst- oder Fremdgefährdung oder wenn andere Hilfsmöglichkeiten erschöpft sind.

Die Beurteilung der psychischen Problematik ergibt sich nicht aus der psychiatrischen Nosologie. Vielmehr sind in unserem Kollektiv häufig „weiche“ Diagnosen wie Pubertätskrisen und Reifungsstörungen (43,7%) und akute Konfliktreaktionen sowie milieureaktive Verhaltensstörungen (18,7%) vertreten. Dies entspricht den Beobachtungen anderer Autoren (vgl. SCHIER [1988] bezüglich suizidaler Heranwachsender), wohingegen im Erwachsenenalter die überwiegende Mehrzahl der Krisenpatienten an einer psychiatrischen Krankheit leidet. KOLITZUS und FEUERLEIN (1989) berichten, daß 63,8% ihrer Patienten erhebliche Suchtprobleme hätten, HENSELER (1984, S. 56) berichtet von Suizidpatienten, daß sie „fast ausnahmslos schon lange vorher psychisch krank gewesen“ seien.

Tatsächlich hängt die Definition als Patient sehr weitgehend ab von den sonst vorhandenen Hilfsmöglichkeiten. Die Vorstellung in einer jugendpsychiatrischen Klinik wird häufig als letzter möglicher Schritt angesehen. Sie dient zugleich einer Entlastung des Umfeldes, da dadurch zunächst einmal die Krise als Krise des Jugendlichen eingegrenzt erscheint. Es wird deswegen immer wieder auf die Notwendigkeit der Einbeziehung des Milieus in die Behandlung hingewiesen (SONNECK 1976, SCHIER 1988, REITER u. STROTZKA 1977, PÖRKSEN 1970, LANGSLEY u. KAPLAN 1968). Die hier untersuchten stationären Kriseninterventionen sind das Ergebnis einer strengen Selektion. Wenn irgend möglich wird versucht, auch akute Krisen ambulant zu behandeln. Die Kriterien

für eine ambulante oder eine stationäre Krisenintervention orientieren sich nicht ausschließlich an der Person und dem Krankheitsbild des betreffenden Jugendlichen (vgl. LEMPP 1988), sondern ebenso z. B. an Rahmenbedingungen wie der familiären Situation, der Verfügbarkeit anderer Hilfsmöglichkeiten, der Kapazität zu häufigen Terminen, räumlicher Entfernung. Das Ausmaß der befürchteten akuten Selbst- oder Fremdgefährdung stellt dabei nur einen, wenn auch wichtigen Parameter dar.

Als Extrem sei das Beispiel eines 16jährigen Jungen mit Borderline-Syndrom angeführt, der nach einem schwerwiegenden Suizidversuch mit Barbituraten von der internistischen Intensivstation vorgestellt wurde. Er bagatellierte die zugrundeliegenden Konflikte und brach die ambulante Behandlung nach kurzer Zeit ab. Nach einem halben Jahr kam es zu sozialem Rückzug und schließlich zu einer akuten psychotischen Dekompensation mit Halluzinationen, Wahnvorstellungen, aggressiven Durchbrüchen, Weglaufen und Drogenmißbrauch. Der Junge wurde von den Eltern gebracht und weigerte sich in steigender Erregtheit, die in tätliche Angriffe gegen den Untersucher übergingen, einer stationären Aufnahme zuzustimmen. Dagegen war er zu einem engmaschigen ambulanten Setting mit zunächst täglich drei kurzen Terminen und zusätzlich hoch dosierter neuroleptischer Behandlung bereit. Der Untersucher bot dies in der Überzeugung an, daß eine zwangsweise stationäre Aufnahme ein Arbeitsbündnis von Anfang an grundlegend zerstört hätte. Unter der ambulanten Behandlung folgte einem mehrwöchigen, mit Ausnahme der Behandlungstermine, fast vollständigen Rückzug ins Bett, eine relativ rasche Remission und der Übergang in ein Internat sowie die Aufnahme einer ambulanten Behandlung am neuen Wohnort. Monate später kam es im Zuge einer Rückkehr nach Hause zu einer erneuten Exazerbation und zu Raubdelikten.

So ist festzuhalten, daß lediglich etwa ein Viertel der uns notfallmäßig vorgestellten Patienten im Rahmen einer stationären Krisenintervention betreut werden müssen. Meist wird eine mehr oder weniger intensive ambulante Arbeit als ausreichend angesehen.

2 Untersuchungsgruppe und Methode

Die Untersuchung ist eine retrospektive Studie über ein ausgewesenes Patientenkollektiv (vgl. W. GÜNTER 1990). Ausgewertet wurden die Krankenakten und statistischen Erhebungsbögen der zwischen Anfang 1982 und Mitte 1985 zur Krisenintervention stationär aufgenommenen Jugendlichen. Ausgeschlossen wurden Patienten, deren Aufenthalt in eine langfristige stationäre Behandlung (> 6 Wochen) überging sowie Patienten, bei denen ein kürzerer Aufenthalt nur dadurch zustande kam, daß eine eigentlich geplante längerfristige Therapie abgebrochen wurde.

In der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen stehen auf zwei Jugendstationen, neben sieben bzw. acht Plätzen zur stationären Behandlung von jugendlichen Psychosen, Borderline-Störungen und schweren Neurosen sowie auf einer Kinderstation mit acht Langzeitplätzen, jeweils ein zusätzlicher Kriseninterventionsplatz zur Verfügung (zur Konzeption

der Abteilung vgl. DU BOIS 1982, HEINZMANN et al. 1983, LEMPP 1983). Wesentliche Momente sind eine teamorientierte Arbeitsweise, ein Bezugspersonensystem sowie die Reflexion der Beziehungsdynamik zwischen Betreuer und Patient im Stationsalltag (vgl. GÜNTER et al. 1985). Die Behandlungszeit liegt bei durchschnittlich elf Monaten. Für Kriseninterventionen wird demgegenüber eine möglichst kurze Aufenthaltsdauer von drei Tagen angestrebt, gegebenenfalls unter Anschluß einer ambulanten Weiterbehandlung. Ein längerer Aufenthalt könnte wegen der rasch entstehenden Übertragungsbeziehungen mit ihrem durch die Rahmenbedingungen der Stationen gegebenen starken „regressiven Sog“ problematisch werden. Angestrebt wird eine Begrenzung der regressiven Tendenzen sowie eine rasche Wiederherstellung der Ich-Funktionen und der altersentsprechenden Kompetenzen und Bewältigungsmechanismen. Die Entscheidung über eine stationäre Aufnahme wird vom ambulanten Untersucher gemeinsam mit dem stationären Team in einer ad hoc einberufenen Besprechung getroffen. Sie gründet sich auf eine Analyse der äußeren Situation und der bereits erkennbaren Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik. Hilfreich ist dabei eine institutionell verankerte enge Verflechtung von Ambulanz und Stationen. Jedem Patienten steht für die Zeit seines stationären Aufenthalts neben dem Erstuntersucher eine weitere Person aus dem Stationsteam als Hauptansprechpartner zur Verfügung.

3 Quantitative Ergebnisse

Im Untersuchungszeitraum von 3½ Jahren erfolgten in der Abteilung bei 49 Jugendlichen insgesamt 76 Aufnahmen zur stationären Krisenintervention. Eine Akte konnte für detailliertere Fragestellungen nicht ausgewertet werden. Auffallend war die Geschlechtsverteilung, bei der die weiblichen Patienten überwogen (28:21). Acht Patienten wurden mehrfach zur stationären Krisenintervention aufgenommen, eine Patientin 14mal. Die Altersverteilung ist in Tabelle 1 dargestellt. 18jährige und 19jährige kamen seltener zur Aufnahme, da bei über 18jährigen eine Aufnahme in der Regel nur erfolgen kann, wenn bereits vorher schon Kontakt zur Abteilung, meist in Form einer längeren ambulanten oder stationären Therapie bestanden hatte.

Tab. 1: Altersverteilung der Patienten mit Kriseninterventionen (N = 76)

Alter	n
< 13 Jahre	0
13 Jahre	1
14 Jahre	5
15 Jahre	18
16 Jahre	19
17 Jahre	18
18 Jahre	11
19 Jahre	4

Bereits bei der quantitativen Auswertung, die in Tabelle 2 zusammengefaßt dargestellt ist, ergaben sich Hinweise auf erhebliche psychosoziale Probleme in den Familien. Der mit Abstand häufigste Aufnahmegrund war mit 54% (26 Patienten) ein Suizidversuch (n = 21) oder akute Suizidalität (n = 5). Erwartungsgemäß lag der Anteil der Suizidversuche bei Mädchen mit 60,7% deutlich höher als bei den Jungen mit 42,9%. Hochgradige Aggression, Angst oder Erregungszustände führten in zwölf Fällen (25%) zur stationären Aufnahme. Nur bei zwei Jugendlichen lag dabei eine psychotische Dekompensation zugrunde. Neben Angst- und Erregungszuständen im Rahmen von Pubertätskrisen handelte es sich

Tab. 2: Psychosoziale Probleme in den Familien von Jugendlichen mit Kriseninterventionen (n = 48, Mehrfachnennungen möglich)

Psychosoziale Probleme	%
Heim-/Wohngruppenaufenthalte	37,5
Pflegefamilie	7,5
Scheidung der Eltern	30
Familienanamnestisch psychiatrische Auffälligkeiten	50
davon Psychosen	17,5
Neurosen	17,5
Alkoholismus/Sucht	17,5
Suizid/Suizidversuch	10
Familienanamnestisch keine psychiatrischen Auffälligkeiten	20
keine Angaben	30

bei einem Patienten um die aggressive Dekompensation einer Zwangsneurose, bei einer Patientin um eine Migraine accompagnée, bei einer weiteren Patientin um hyperventilationstetanische Anfälle. In einem Fall lagen begleitende, medikamenteninduzierte extrapyramidal-motorische Symptome vor, ein weiterer Patient kam nach einer Überdosierung von Tranquillizern bei einem Erregungszustand zur Krisenintervention. Ein Patient zeigte schwerwiegende autoaggressive Handlungen bei geistiger Behinderung, Amaurosis und Grand-Mal-Epilepsie. Weglaufen, verbunden mit Suizidversuchen (n = 2) oder ohne Suizidversuch als Symptom akuter familiärer Krisen oder im Rahmen psychischer Erkrankungen wurde bei fünf Patienten als einer der Gründe zur Aufnahme genannt. Bei vier Patienten war einziger Aufnahmegrund zur Krisenintervention eine akute psychotische Dekompensation, bei weiteren zwei Patienten allein die Zuspitzung einer anorektischen Problematik. Bei einem Patienten war lediglich eine familiäre Konfliktsituation angegeben.

Neben den akuten Aufnahmeanlässen wurden die zugrundeliegenden psychischen Störungen erfaßt. Sie sind in Tabelle 3 aufgelistet. Immerhin 20 der 48 Patienten unseres Kollektivs (41,6%) waren vorher nicht in psychiatrischer/psychotherapeutischer Behandlung. 27 Patienten

Tab. 3: Psychiatrische Diagnosen bei Jugendlichen mit Kriseninterventionen (n = 48)

Psychiatrische Diagnosen	n
Psychosen	12
davon Schizophrenie	8
affektive P.	2
Borderline-P.	2
Neurotische Störung	9
davon Neurose	6
milieureaktive Verhaltensstörung	3
Anorexia nervosa	5
Pubertätskrisen (ohne Neurosen und Anorexie)	14
davon Verwahrlosungstendenzen	3
Akute Konfliktreaktionen ohne wesentl. psychopathologische Auffälligkeiten	6
Migraine accompagnée	1
Pubertätskrise bei geistiger Behinderung, Amaurosis, Epilepsie	1

waren bereits in ambulanter (n = 13) oder ambulanter und stationärer (n = 14) Behandlung gewesen. Von den Patienten ohne psychiatrische Vorbehandlung wurden über 2/3 aufgrund eines Suizidversuchs häufig im Zuge einer familiären Krisensituation aufgenommen, während diese Rate bei vorbehandelten Patienten weniger als die Hälfte betrug. In der Regel erfolgte im Untersuchungszeitraum lediglich eine Aufnahme zur stationären Krisenintervention (41 Patienten). Von den acht Patienten mit mehr als einer Krisenintervention mußten zwei unmittelbar nach der Entlassung wieder zu einer zweiten Krisenintervention aufgenommen werden. Weitere sechs litten unter psychotischen Erkrankungen und wurden in der Regel nach erfolgten längerfristigen stationären und ambulanten Behandlungen mehrfach im Zuge akuter psychotischer Dekompensationen kurzfristig aufgenommen, bis die ambulante Weiterbehandlung wieder möglich war. Bei einer Patientin mit Borderline-Psychose erfolgten im Rahmen einer mehrjährigen intensiven Behandlung insgesamt 14 Kriseninterventionen als ein Teil des Gesamtbehandlungskonzepts.

Der Medianwert der Aufenthaltsdauer lag bei vier Tagen. 71% der Patienten konnten innerhalb einer Woche, 86% innerhalb von 14 Tagen wieder entlassen werden. Längere Aufenthalte zur Krisenintervention (> 14 Tage) fanden sich ausschließlich bei Patienten, die schon einmal stationär behandelt worden waren und bei denen schwerwiegende psychische Störungen (in der Regel Psychosen) vorlagen. Patienten mit Suizidversuchen/Suizidalität konnten demgegenüber in aller Regel wieder rasch entlassen werden. Interessanterweise konnte bezüglich des Aufnahmetages ganz entgegen dem Eindruck der Mitarbeiter auf Station festgestellt werden, daß die wenigsten Aufnahmen an Wochenenden erfolgten (je 5), während sich in der Woche eine annähernd gleichmäßige Verteilung (11 bis 16) ergab.

4 Familiäre Dynamik

Es besteht weitgehend Übereinstimmung darüber, daß psychische Krisen nie nur isoliert als Krise des betreffenden Patienten gesehen werden sollten, sondern ebenso als Beziehungskonflikte im familiären und sozialen Umfeld verstanden werden müssen (vgl. u. a. ERIKSON 1970, REITER 1977, RICHTER 1970). Dies gilt für Jugendliche in besonderem Maße. Jedoch stehen auch bei erwachsenen Patienten als Krisenanlässe zwischenmenschliche Konflikte im Bereich der Familie mit 66,1% (KOLTZUS u. FEUERLEIN 1989) ganz im Vordergrund.

Es zeigte sich, daß bei 44 der 48 Patienten die stationäre Aufnahme zur Krisenintervention unmittelbar mit einer familiären Konfliktsituation in Zusammenhang stand. Dies gilt analog auch für Jugendliche, die bereits längere Zeit in einer Wohngruppe lebten. Bei den vier anderen Patienten handelte es sich in einem Fall um eine Krisenintervention bei *Migraine accompagnée*. In einem weiteren Fall war bei medikamenteninduzierten akuten extrapyramidalen Symptomen und Erregungszustand zusätzlich eine Ablösungsproblematik zu vermuten. In zwei Fällen waren keine Angaben zur Familiendynamik vermerkt.

Auch in den Fällen, in denen von den Jugendlichen selbst zunächst außerhalb der Familie liegende Ereignisse als Anlaß für den Suizidversuch oder die Krisensituation angegeben wurden (Trennungssituation von Freund oder Freundin, schulische Probleme, drohende Strafverfolgung u. ä.), war ein Bezug zur aktuellen familiären Konfliktsituation zu erkennen. Häufig kommt es durch derartige äußere Anlässe zu einer Reaktualisierung vorhandener innerer Konflikte, die unmittelbar mit der familiären Situation verknüpft sind. Orientiert sich beispielsweise ein Jugendlicher in einer für ihn unerträglichen familiären Situation nach außen und sucht in einer Freundschaft Halt, Zuwendung und Sicherheit, so fühlt er sich erneut diesen familiären Konflikten ausgesetzt, wenn die Basis für seine Außenorientierung durch eine Trennung verloren geht. Auch drohende Strafverfolgung oder schulische Probleme bewirkten häufig eine Exazerbation familiärer Probleme, die z. B. einhergehen mit der Reaktivierung bestehender Ängste, Autoritätskonflikten, Verlassenheitsgefühlen. Ursache der Krise ist dann eine erneute Konfrontation mit der vermeintlichen oder tatsächlichen Unveränderbarkeit einer schon lange bestehenden Situation.

Es ließen sich drei Muster familiärer Konstellationen herausarbeiten, denen 42 der 48 Patienten zugeordnet werden konnten. Dabei ergaben sich bei der familiendynamischen Zuordnung erwartungsgemäß Überschneidungen mit der diagnostischen Einordnung der individuellen Konfliktdynamik.

a) In der ersten Gruppe (20 Patienten) führten Ablösungskonflikte aus pathologisch-symbiotischen Beziehungen teilweise mit inzestuösem Charakter zur Krise. Kennzeichnend waren meist lange bestehende, hochambivalente Verstrickungen zwischen Eltern und Kind. Sowohl die Auflösung der engen Bindung in Richtung auf

mehr Autonomie, als auch die Forcierung der Verstrickung lösten starke Angst im Sinne einer existentiellen Bedrohung aus. Als deren Abwehr brach vielfach Wut auf. Mit einer Neigung dieser Familien zu abrupten Trennungen korrespondierten häufig auftauchende, massive Schuldgefühle mit Verlustängsten nach stationärer Aufnahme (vgl. dazu ausführlicher DU BOIS/GÜNTER/KLEEFELD 1987). Es handelte sich bei den meisten dieser Patienten um sogenannte frühe Störungen (schizophrene Psychosen, Borderline-Pychosen, schwere narzißtische Neurosen), auch ein Patient mit einer ausgeprägten Zwangsneurose wurde dieser Gruppe zugeordnet. Wie schon erwähnt, waren hier Suizidversuche als Kriseninterventionsanlaß selten. Eine Sondergruppe bildeten die Patientinnen mit *Anorexia nervosa*, bei denen die Ablösungskonflikte häufiger über eine dramatische Gewichtsabnahme zur stationären Krisenintervention führten, wobei hier allerdings in der Regel eher eine längerfristige stationäre Psychotherapie indiziert war.

Fallbeispiel: Der 15;2jährige Manfred wurde bei einer Pubertätskrise zu einer sieben Tage dauernden stationären Krisenintervention aufgenommen, nachdem er in einem gemeinsamen Urlaub mit der Mutter paranoide Verfolgungsängste, hypochondrische Ängste, Realitätsverkennungen und Suizidgedanken entwickelt hatte. Anfänglich war der Junge mit der Aufnahme nicht einverstanden und wollte bei der Mutter bleiben. Er wirkte sehr verstört, äußerte wenige zum Teil unzusammenhängende Gedanken. Nach der Trennung von der Mutter beruhigte er sich relativ schnell. Es zeigten sich jedoch weiterhin auf die Familie bezogene Realitätsverleugnungen. Die Mutter hatte sich, als Manfred zwei Jahre alt war, von ihrem Mann getrennt und die fünf Kinder alleine großgezogen. Deutlich wurde eine überaus enge, ambivalente symbiotische Beziehung zwischen Mutter und Sohn mit großen Trennungsängsten auf beiden Seiten. Im gemeinsamen Urlaub waren beide schließlich in eine Situation geraten, in der die Nähe zwischen ihnen von Manfred einerseits bedrohlich erlebt wurde, er gleichzeitig jedoch diese Bedrohung durch massive Forderungen nach größerer Nähe abwehrte, so daß sich schließlich die Mutter nachts zu ihm ins Bett legte, „um ihn zu beruhigen“. Im Verlauf des stationären Aufenthalts drängten Mutter und Sohn, nach einer Beruhigung des Jungen, sehr auf eine schnelle Entlassung. In der anschließenden ambulanten Behandlung konnte der Junge explosive aggressive Phantasien und korrespondierende psychosomatische Ängste bildlich darstellen. Nach wenigen Terminen wurde die Behandlung vor allem auf Drängen der Mutter abgebrochen. Offenbar befürchteten beide zu diesem Zeitpunkt, daß eine weitere Bearbeitung der Autonomiebestrebungen Manfreds und der damit verknüpften Ängste das familiäre und innere Gleichgewicht zu sehr bedrohen würde.

b) Bei der zweiten Gruppe (10 Patienten) waren adoleszenzspezifische Autoritätskonflikte, Identitätsfindungsprobleme und kulturelle Integrationsstörungen vorherrschend. Es fanden sich vorwiegend akute Konfliktreaktionen in der Beziehung zu den Eltern und dissoziale Entwicklungen. Auf der individuellen Ebene überwog ein neurotisches Organisationsniveau. Eine größere Untergruppe bildeten ausländische Kinder (vor allem Mädchen) mit Anpassungsschwierigkeiten an das hiesige kulturelle Milieu. Der Konflikt zwischen den traditionellen, zum Teil verinnerlichten Erwartungen und

Werten des Elternhauses und der Identifikation mit den hier vorherrschenden kulturellen Normen anderer Jugendlicher, führte zu unlösbar erscheinenden krisenhaften Zuspitzungen. Aus dieser Gruppe wurden 7 Patienten nach einem Suizidversuch stationär aufgenommen.

Fallbeispiel: Ibrahim, ein türkischer Junge, kam im Alter von 16;10 Jahren in einem Erregungszustand zur Krisenintervention und wurde für zwei Tage stationär aufgenommen. Nach der Aufnahme beruhigte sich der Junge schnell. Vorausgegangen waren am Tage der Aufnahme heftige Auseinandersetzungen zwischen Ibrahim und den Eltern, in deren Verlauf er von der Mutter geschlagen worden war. In einer weiteren Eskalation drohte der Vater, ihn umzubringen. Der Junge stellte sich daraufhin mit einem Küchenmesser in seine Zimmertür und verbarrikadierte sich, als der Vater die Polizei rief. Er drohte, jeden mit dem Beil zu erschlagen. Schon früher war es häufig zu Streitigkeiten gekommen, in deren Verlauf der Junge vom Vater beschimpft und geschlagen wurde. Der Vater hatte auch immer wieder gedroht Ibrahim umzubringen, falls dieser schlechte Noten nach Hause bringe. Der Junge erschien nach Abklingen des Erregungszustandes psychopathologisch unauffällig. Nach zwei Tagen stationären Aufenthaltes konnte er in eine Wohngruppe vermittelt werden, die weitere Betreuung der Familie erfolgte durch das Jugendamt.

c) Die dritte Gruppe (15 Patienten) war dadurch gekennzeichnet, daß die betreffenden Jugendlichen aus einem Gefühl ungenügender Versorgung heraus in eine Position emotionaler Selbstversorger gerieten oder gar im Sinne einer Parentifizierung emotionale Versorgungsfunktionen für die Eltern oder einen Elternteil übernehmen mußten. Häufig fungierten sie auch als Verbindungsglied zwischen den Eltern. Das Fehlen haltgebender und schützender familiärer Strukturen zeigte sich in dieser Gruppe am deutlichsten bis hinein in auch äußerlich zerbrochene Familienverhältnisse (Broken home). Bei $\frac{4}{5}$ dieser Jugendlichen waren ein Suizidversuch oder akute Suizidalität Aufnahmearbeit. Die Suizidalität wird durch den Zusammenhang der familiären und individuellen Dynamik verstehbar, nicht jedoch ableitbar als einfache Folge des Broken home (vgl. dazu SCHALLER u. SCHMIDTKE, 1988).

Fallbeispiel: Die 14;10jährige Karin, zweites von drei Mädchen, wurde nach einem Suizidversuch mittels Tabletten für zehn Tage zur stationären Krisenintervention aufgenommen. Anfänglich war sie tief depressiv, konnte sich zu ihrer Situation nicht äußern und nahm kaum Kontakt auf. Im weiteren Verlauf taute das Mädchen zunehmend auf, genoß es, wenn sich jemand um sie kümmerte und sorgte. Nach und nach berichtete sie von der familiären Situation. Die Mutter hatte sich nach der Geburt der dreizehnjährigen Schwester scheiden lassen, der Vater war Alkoholiker gewesen. Karin wurde im wesentlichen von der Großmutter versorgt, da die Mutter beruflich sehr engagiert war. Karin hatte das Gefühl, die Mutter habe sich nie um sie gekümmert. Ein Jahr vor Aufnahme starb die Großmutter, was das Mädchen sehr traf, zumal die Mutter auf Grund eigener Schwierigkeiten keinen Raum für die Kinder hatte. Zwei Jahre vor der Aufnahme heiratete die Mutter erneut. Karin wurde über längere Zeit vom Stiefvater sexuell mißbraucht. Das Mädchen zog daraufhin zu ihrem pflegebedürftigen Großvater im selben Haus, einerseits um sich selbst zu schützen, andererseits um sich um ihn zu kümmern. In Gesprächen mit den Eltern wirkte die

Mutter depressiv, leer, enttäuscht über ihr eigenes Leben. Sie versuchte verzweifelt, sich an ihrem Glauben und an der Beziehung zu ihrem Mann festzuhalten. Um diesen Halt zu bewahren, trennte sie scharf zwischen Gut und Böse, identifizierte die Tochter mit allem Bösen, ihren Mann dagegen mit allem Guten. Sie war daher bereit, Karin von sich zu stoßen. Der Stiefvater wirkte sehr getrieben, reizbar, hilflos und insgesamt psychisch äußerst labil. Er löste Konflikte im wesentlichen über Beziehungsabbruch oder flüchtete sich in Alkohol. Karin versuchte, dieser Situation durch abendliches Ausgehen und Alkoholgenuß zu entkommen. Im Laufe des stationären Aufenthaltes zeigte sich eine deutliche Entspannung der intrapsychischen Konflikte, im Anschluß daran erfolgte eine ambulante Weiterbehandlung. Gleichzeitig konnte Karin mit Hilfe des Jugendamtes in eine Pflegefamilie vermittelt werden.

5 Diskussion

Stationäre Kriseninterventionen bei Jugendlichen sind in der Regel veranlaßt durch familiäre Konfliktsituationen einerseits und adoleszenzspezifische Reifungs- und Ablösungskonflikte andererseits. Schwerpunkt der Behandlung war daher in den meisten Fällen eine erste Klärung der aktuellen familiären Beziehungsprobleme unter Einschuß der Bezugspersonen. Die Einschätzung der familiären Dynamik, wie wir sie in drei Typen dargestellt haben, stand deswegen auch diagnostisch im Vordergrund. Es bestanden zwar deutliche Beziehungen dieser Muster zur psychiatrischen Diagnose, jedoch war diese in der akuten Krisensituation für die aktuellen therapeutischen Entscheidungen, wie etwa stationäre oder ambulante Krisenintervention, meist nur von zweitrangiger Bedeutung. Längerwährende oder wiederholte Kriseninterventionen kamen allerdings ausschließlich bei Jugendlichen mit schwerwiegenden psychischen Störungen vor. Anlaß dieser Kriseninterventionen war zumeist eine akute psychotische Dekompensation bei Patienten, die bereits länger in Behandlung standen. Sie dienten dann dazu, eine ambulante Weiterbehandlung zu ermöglichen. Hier erwies sich die enge personelle und organisatorische Verflechtung von ambulantem und stationärem Bereich als besonders wichtig.

Bei einer anderen Gruppe von Jugendlichen waren dagegen über die Akutsituation hinaus keine schwerwiegenden psychopathologischen Auffälligkeiten festzustellen. Häufig waren diese Jugendlichen nach Suizidversuchen zur stationären Aufnahme gekommen. In diesen Fällen war die Krise am ehesten als Extremform einer adoleszenztypischen „normativen Krise“ (ERIKSON 1980, vgl. auch ZAUNER 1980, ERDHEIM 1982) anzusehen.

Auffallend war in unserem Kollektiv die Mädchenwendigkeit nicht nur bei Suizidversuchen, wie sie auch bei Kriseninterventionen Erwachsener (vgl. KOLITZUS und FEUERLEIN 1989, die ein Verhältnis von 2:1 zugunsten der Frauen fanden) beschrieben wurde. Sie dürfte mit unterschiedlichen kulturellen Mustern des Ausagierens familiärer und innerer Konflikte und der unterschiedlichen Reaktion der Umgebung darauf zusammenhängen. Es ist zu vermuten, daß Jungen öfter mit aggress-

siven und kriminellen Verhaltensweisen reagieren, auf die dann häufiger Reaktionen im Rahmen der Jugendhilfe und der Justiz erfolgen. Dagegen sind bei Mädchen innerer Rückzug oder autoaggressive Verarbeitungsweisen kulturell vorgegeben (depressive Reaktionen, hysterischer Stupor, Suizidversuch u. a.). Solche Verhaltensweisen werden tendenziell häufiger mit psychiatrischen Interventionen beantwortet.

Das Fehlen von Patienten mit einer ausgeprägten Suchtproblematik – nach KOLITZUS und FEUERLEIN (1989) bestanden bei 63,8% der erwachsenen Patienten erhebliche Suchtprobleme – ist darauf zurückzuführen, daß Patienten, bei denen solche Probleme im Vordergrund stehen, bei uns nicht stationär aufgenommen werden, sondern nach einer eventuellen ambulanten Abklärung und Krisenintervention in Zusammenarbeit mit den Jugendämtern direkt an entsprechende Einrichtungen weitervermittelt werden.

Die geringe Zahl der stationären Kriseninterventionen an Wochenenden erklärt sich damit, daß insbesondere bei Suizidpatienten, die aus einer anderen Klinik übernommen werden sollen, aber auch bei einigen ambulanten Patienten intensive konsiliarische oder ambulante Betreuung den zeitlichen Entscheidungsspielraum erweitert. Man muß sich allerdings darüber im Klaren sein, welchen hohen Aufwand ein solches ambulantes Management erfordert.

Summary

Inpatient Crisis Intervention in Adolescence

The study reports on 76 cases of crisis intervention concerning 49 adolescent patients within a period of 3,5 years. The case files were evaluated retrospectively. The crises were closely associated with intrafamilial conflicts. Three types of familiar problems were identified. 54% of all crisis interventions followed an attempted suicide or suicidal threats. In a group excluding the mentally ill patients the incidence of suicide was even higher. Only mentally ill crisis patients were admitted for crisis intervention more than once. These patients had usually been in previous outpatient or inpatient treatment at the same hospital. The duration of inpatient crisis intervention exceeded the limit of two weeks only in psychiatrically ill patients. All suicidal patients were discharged after only a few days. The average length of stay was 4 days. In contrast to other adolescent inpatient populations there was a notable higher proportion of girls not only among the suicidal patients.

Literatur

- du Bois, R. (1982): Zum Strukturwandel der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen, *Acta paedopsychiat.* 48, 285–295. – du Bois, R./M. GÜNTER/H. KLEEFELD (1987): Der betreuende Alltag in der Langzeitpsychotherapie psychotischer Jugendlicher – am Beispiel von Störungen der Reifung und Loslösung – eine Bestandsaufnahme. In: R. LEMPP (Hrsg.): *Reifung und Ablösung. Das Generationenproblem und seine psychopathologischen Randformen.* Bern: Huber, 118–142. – ERDHEIM, M. (1982): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Frankfurt/M. – ERIKSON, E. H. (1970): *Jugend und Krise.* Stuttgart: Klett. – ERIKSON, E. H. (1980²): *Identity and the Life Cycle.* New York: Norton. – GÜNTER, M. et al. (1985): Das Betreuerteam einer Jugendlichenstation als wichtiger Therapiefaktor. In: W. ROTTHAUS (Hrsg.): *Psychotherapie mit Jugendlichen.* Dortmund: modernes lernen, 168–180. – GÜNTER, W. (1990): *Stationäre Krisenintervention bei Jugendlichen.* Dissertation Tübingen. – HEINZMANN, B. et al. (1983): Bedeutung und Veränderungsprozesse des „Alltags“ bei stationärer Psychotherapie. *Z. Kinder-Jugendpsychiat.* 11, 379–387. – HENSELER, H. (1984²): *Narzisstische Krisen. Zur Psychodynamik des Selbstmords.* Opladen: Westdeutscher Verlag. – KOLITZUS, H./W. FEUERLEIN (1989): Zwei bis drei Jahre nach stationärer Krisenintervention: Weitere stationäre Behandlungen, momentane Befindlichkeit und subjektive Beurteilung der Indexbehandlung im Rückblick. *Psychiat. Prax.* 16, 71–77. – LANGSLEY, D. G./D. M. KAPLAN (1968): *The Treatment of Families in Crisis.* New York: Grune and Stratton. – LEMPP, R. (1983): Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie in einem Klinikum: Aufgaben – Bedürfnisse – Probleme. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 32, 161–166. – LEMPP, R. (1988): Entscheidungskriterien für die ambulante Weiterbehandlung oder längerfristig-stationäre Behandlung psychischer Krisen im Jugendalter. In: H. HENNIG/H. F. SPÄTE (Hrsg.): *Krisenintervention bei psychiatrischen Patienten im Jugendalter.* Halle. – PÖRKSEN, N. (1970): Über Krisenintervention, *Z. Psychoth. med. Psychol.* 20, 85–95. – REITER, L. (1975): Krisenintervention. In: H. STROTZKA (Hrsg.): *Psychotherapie.* München: Urban und Schwarzenberg. – REITER, L./H. STROTZKA (1977): Der Begriff der Krise. *Psychiat. Clin.* 10, 7–26. – RICHTER, H. E. (1970): Patient Familie. Reinbek: Rowohlt. – SCHALLER, S./A. SCHMIDTKE (1988): Suizidales Verhalten und Broken Home. Kritische Bewertung einer „Ursachenhypothese“. *Z. Kinder- und Jugendpsychiat.* 16, 87–98. – SCHIER, E. (1988): Zu einigen Aspekten der Krisenintervention bei suizidalen Heranwachsenden. In: H. HENNIG/H. F. SPÄTE (Hrsg.): *Krisenintervention bei psychiatrischen Patienten im Jugendalter.* Halle, 62–69. – SONNECK, G. (1976): Krisenintervention bei Kindern und Jugendlichen. In: G. BIERMANN (Hrsg.): *Handbuch der Kinderpsychotherapie, Ergänzungsband.* München: Reinhardt, 92–98. – ZAUNER, J. (1980): Erziehung und Psychotherapie beim Jugendlichen in psychoanalytischer Sicht. In: W. SPIEL (Hrsg.): *Die Psychologie des 20. Jahrhunderts; XII.: Konsequenzen für die Pädagogik 2.* Zürich: Kindler.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Michael Günter, Dr. med. dent. Wolfgang Günter, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Tübingen, Osianderstr. 14, 7400 Tübingen.