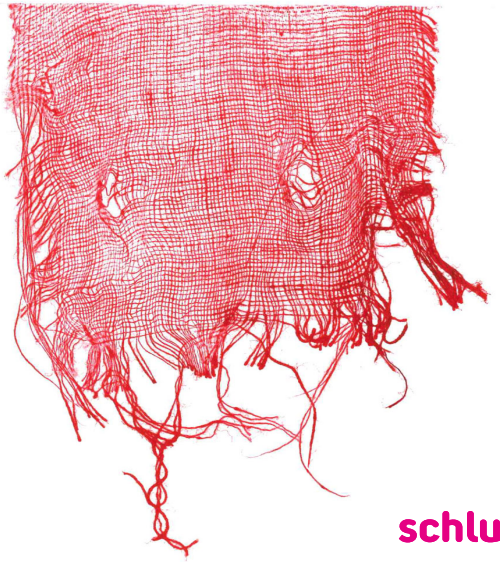
Akutversorgung belasteter/ traumatisierter Jugendlicher als Herausforderung der psychosozialen Versorgung

Fachtagung

«Hilf mir, aber lass mich in Ruhe!» **Traumapädagogische Konzepte in niederschwelligen stationären Angeboten.**
Ein Projektbericht

Montag, 9. Mai 2022 und Dienstag, 10. Mai 2022*
Paulusakademie, Pfingstweidstrasse 28, 8005 Zürich



schlupfhuus

Zürich, 9./10. Mai 2022

Katharina Purtscher-Penz

Akutbetreuung: häufigste Anlässe

1. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (N-SVV)
2. Substanzmissbrauch

   Ingestionen und Intoxikationen mit oder ohne Suizidabsichten
3. Suizidalität

   Suizidale Handlungen, Suizidversuche

Kinder und Jugendliche in Ausnahmesituationen

→ Kooperationen in der Akutbehandlung

Notärzt*innen, Pädiatrie, Pädiatrische Intensivstation

Kinder- und Jugendchirurgie

- ✓ Kinder- und Jugendpsychiatrie, Suchtmedizin
- ✓ Kriseneinrichtungen
- ✓ psychosoziale Einrichtungen, WG‘s

Kommunikation *mit*

Einsatzorgansationen (Rettung, Polizei)

Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen

*Angehörigen, Freund*innen*

Soziales Netzwerk

Medien

1. Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten

Beginn bei >60%: 13-14. Lj.

→ Höhere Schmerzschwelle und –toleranz

Interpersonelle Stressoren (Mobbing, Trauma, …)

Soziale „Ansteckung“

(Brown et al., 2017)

Schwere der Verletzungen

39,6% oberflächliche Wunden

47,8% moderate Wunden

12,6% schwere Wunden

Interpersonale Bedeutung der Selbstverletzung

- Präverbaler Appell
- Aggression / Manipulation / Erpressung
- Flucht aus sozialer Überforderung
- sekundärer Krankheitsgewinn
- Solidarisierung unter Gleichaltrigen/Mitpatient*innen

Umgang mit N-SSV
„respektvolle Fürsorge“

Medizinische Behandlung zuerst!

Kontakt herstellen: empathisch, sachlich,

Gefühle ernst nehmen, SVV ist kein Grund sich zu schämen

Keine Belehrungen, kein Urteil fällen

Wichtig: SVV ist häufig ein Mechanismus zur Stressbewältigung

2) Substanzmissbrauch und Intoxikationen

Wandel der Konsumlandschaft

Heroin, Opiate, Ketamin: bei Jugendlichen geringe Prävalenz

Kokain, Amphetamin, Metamphetamin: 1,9%; 1,1%; 1,8%

Cannabis, Haschisch: 12-Mo-Prävalenz 15-25%, Lebenszeitprävalenz 27%

MDMA, LSD, Psylocabin, GHB

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS): Ende 2016 schon 620 Stoffe!!!

- 12-Mo-Prävalenz der 15-16 J: 3%
- Cathinone
- Synthetische Cannabinoide und Benzodiazepine
- Hochpotente synthetische Opiate, (Fentanylderivate)

Alkohol: 49% (1 Mo, 15-16J)

Nikotin: 21%

(Trabi T., Kinder- und Jugendpsychiatrie, LKH Graz II, 2019)

Schädlicher Gebrauch, ICD-10: F1x.1

- Tatsächliche Schädigung der physischen / psychischen Gesundheit
- Konsumverhalten wird von anderen kritisiert und hat negative soziale Auswirkungen
- Konsum vereitelt andere wichtige Aufgaben (Arbeit, Schule, Familie)
- Probleme mit dem Gesetz im Kontext des Konsums
- Konsum erfüllt nicht die Kriterien der Abhängigkeit oder einer anderen substanzbedingten Störung (z.B. Psychose, Entzugserscheinungen,...)

Unterschiedliche Konsummuster erfordern unterschiedliche Interventionen

→ Transitionspsychiatrie

3) Suizidale Handlungen

Ursachen/Auslöser bei Jugendlichen

- Aktuelle Belastungen und/oder biographische Risiken als Auslöser
- Krisen der Adoleszenz (Identitätskrisen, ...)
- Auslöser oft gering, z. B. Verbote, Leistungsversagen, Partnerschaftskonflikte, Klima von Angst und Panik
- Bei psychischen Erkrankungen / Störungen depressive Störungen, Substanzabusus, Angststörungen, ...

Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter
(S2k-Leitlinie 028/031-2016 , DGKJP)

Akute Suizidalität:

Vorliegen einer konkreten Suizidabsicht oder drängende Suizidgedanken, unmittelbar drohende Suizidhandlung und zur Verfügung stehende Mittel

Chronische Suizidalität:

Kontinuierlich vorhandene Suizidgedanken mit oder ohne Suizidversuch(en)

Suiziddrohungen:
Verbale Äußerungen oder Handlungen, bei denen suizidales Verhalten angekündigt wird, ohne dass die Intention besteht, dies auch durch einen Handlungsimpuls in die Tat umzusetzen (Nok 2010)

(AWMF online, DGKJP 2016)

Stufen der Gefährdung - Leitsymptome?

Die Definition von „Leitsymptomen“ ist nicht sinnvoll, da Suizidalität selbst ein Symptom ist (ICD-10).

Suizidalität als dimensionales Phänomen:
- von passiver Todessehnsucht zu

→ Suizidgedanken ohne konkrete Planung

→ akute Suizidgedanken mit konkreter Planung

→ konkrete Vorbereitungen, Handlungen

→ bereits durchgeführte Suizidhandlungen

Akute Suizidgefahr - Kriterien

Eine konkrete Suizidabsicht wird geäußert

Suizidhandlungen geplant und bereits vorbereitet

Ausgeprägter Leidensdruck; scheint nicht mehr ertragbar

Autoaggressivität mit fehlender Steuerungs- und Absprachefähigkeit

Gründe für ein Weiterleben bzw. gegen einen Suizidversuch können nic benannt werden

Hinweise an Jugendliche

Direkte und indirekte Hinweise werden oft schriftlich oder mündlich von Jugendlichen Gleichaltrigen gegenüber geäußert; häufig verbunden mit der Bitte niemand davon zu berichten.

Wichtig: Unterscheiden zwischen Geheimnissen, die jemand gut für sich behalten kann und **wann es unbedingt nötig ist Erwachsene oder Fachleute ins Vertrauen zu ziehen.**

Interventionen

Prävention, Krisenintervention, Therapie und Postvention

Behandlung: **bei akuter Gefährdung** - auch gegen den Willen des Patienten (UbG).

Bei Fällen mit sowohl somatischer als auch dringend psychiatrischer Behandlungsindikation: Klärung des Settings z.B. Kinder- und Jugendpsychiatrie mit konsiliarischer Betreuung durch die Ärzte der Kinderchirurgie bzw. Pädiatrie

Somatische Behandlung im Vordergrund: Konsiliar- oder Liaisonleistung durch die Kinder- und Jugendpsychiatrie

Pharmakotherapie: Entlastung durch sedierende Medikation (Benzodiazepine oder Neuroleptika, Antidepressiva vom SSRI-Typ)

Psychotherapeutische Intervention: DBT-A (Reduktion selbstverletzender Verhaltensweisen und Reduktion der Suizidversuche.

Risikogruppen

Nach traumatischen Lebenserfahrungen
Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung, ….

Kinder / Jugendliche mit psychischen Erkrankungen
depressive Störungen, Angststörungen, ADHS

Chronische Belastungen
zB Mobbing in der Schule und verminderte Leistungen,

Kinder psychisch kranker Eltern

Trennung der Eltern, Verlust eines Elternteils

Arten von Trauma (Terr, 1991)

Trauma – Typ I

Unfälle

Überfall

Operative Eingriffe

längerfristige Trennungen

schwere Erkrankungen

Verbrennungen

Naturkatastrophen

Trauma – Typ II

Vernachlässigung

Misshandlung

Missbrauch (emotional, sexuell)

Chronische Traumatisierung durch Krieg, Flucht, Folter

Chronisch existentieller Mangel (Hungersnot)

Entwicklungstrauma (van der Kolk, 2014)

Auswirkungen

Einmaliges traumatisches Erlebnis – Typ I

Unterbrechung von Normalität

Wiederholte traumatische Ereignisse – Typ II

Traumatisierung als Normalitätserfahrung in einem entscheidenden Entwicklungszeitraum

→ **Unterschiedliche Reaktionsweisen und Folgen**

Erste Reaktionen auf akute traumatische Belastungen

Betäubung, Erstarrung

- Verzweiflung
- Depression →

Erregung →

- Panikartige Angstzustände
- Unruhe, Übererregung
- Schlaflosigkeit

können in einer fürsorglichen, auf Traumatisierung reagierenden Umgebung überwunden werden,

oder aber zu mittel- oder langfristigen Veränderungen führen

PTSD: ICD-11 Kriterien

3 Symptomengruppen

1. unfreiwilliges Wiedererleben
   Albträume, Flashbacks
2. Vermeidung: Orte, Personen, Situationen
3. negative Zukunftserwartungen,
   anhaltendes Gefühl der Bedrohung

PTSD: DSM-5 Kriterien

A: Traumatisches Ereignis

B: Wiedererleben

B1 Erinnerungen

B2 Belastende Träume

B3 Dissoziative Symptome (traumaspezif. Reinszenierung z.B. im Spiel)

C: Vermeidung: Aktivitäten, Entwicklungsschritte, negative Vorannahmen

D: Kognitionen und Stimmung

Bei jüngeren Kindern: v.a. Stimmungsänderungen

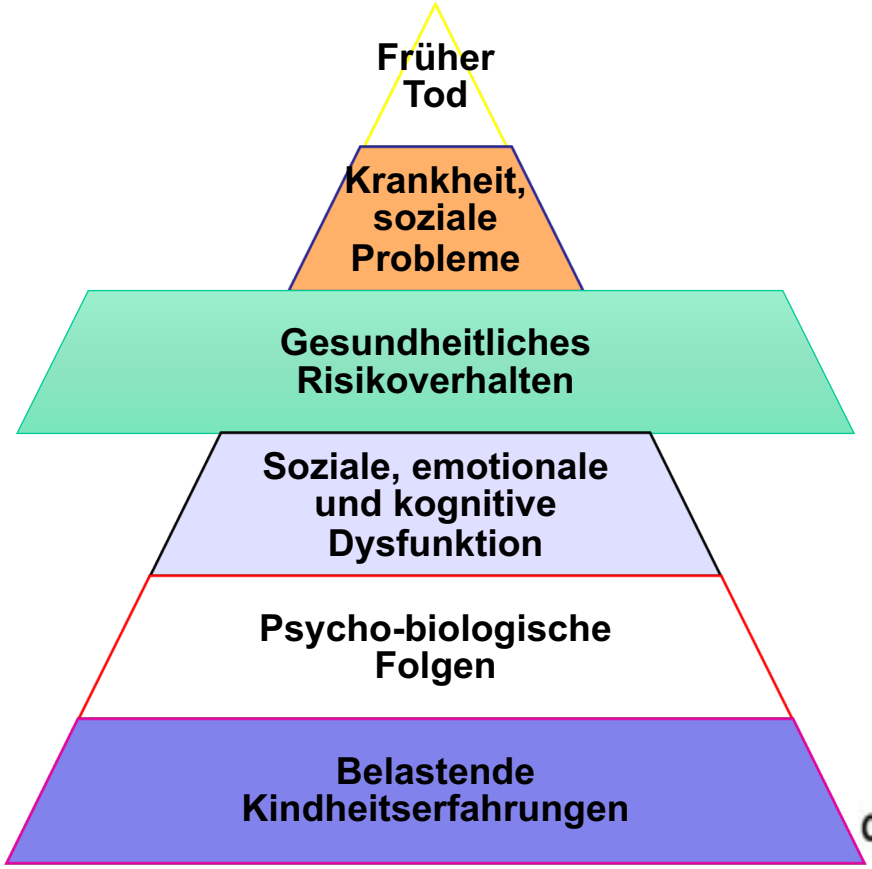
Bei Jugendlichen: negative Kognitionen sich selbst oder andere betreffend
→ Verlust von Zukunftsperspektiven (dysfunktionale Kognitionen)

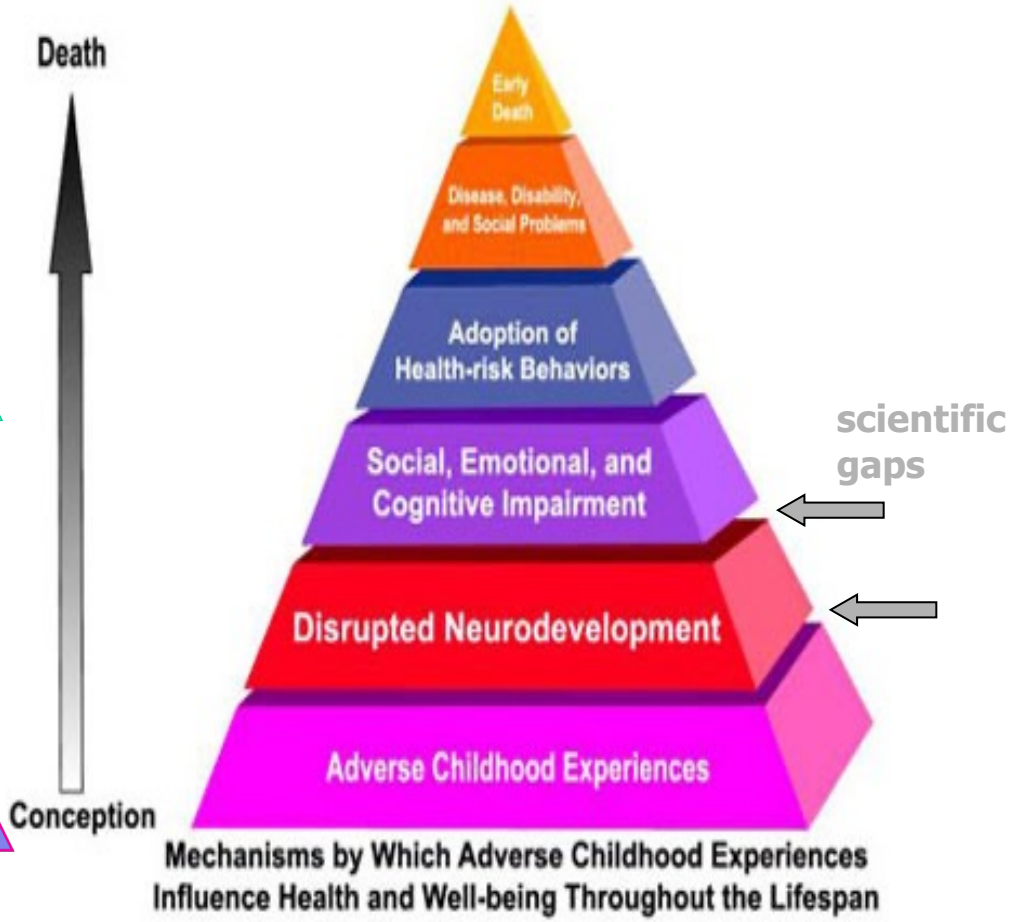
E: Übererregung

E1 Auseinandersetzungen mit Gleichaltrigen betreffend, Schulverhalten

E2 Selbstgefährdendes Verhalten, Hoch-Risikoverhalten

Folgen traumatischer Erfahrungen in der Kindheit





(Felitti et al., 1998)

Gesundheitliches Risikoverhalten und Einwirken von ≥ 4 frühen Stressfaktoren (Felitti et al 1998, Am. J. Prev. Med.)

		OR
Alkoholabusus	16,1%	7,4
Drogenkonsum	28,4%	4,7
Drogen i.v.	3,4%	10,3
> 30 Sexualpartner (lebenslang)	6,8%	3,2
Sexuell übertragene Erkrankungen	16,7%	2,5
Rauchen	16,5%	2,2
BMI ≥ 35	12,0%	1,6
Weitreichender Bewegungsmangel	26,6%	1,3
> 2 Wo depressiv im letzten Jahr	50,7%	4,6
Suizidversuche	18,3%	12,2

Ziele der Akutversorgung → Traumabehandlung

- ✓ Beendigung der Gefährdungssituation →
- ✓ Gestaltung eines bedrohungsfreien sozialen Raumes
- ✓ Aktivierung eigener Ressourcen
- ✓ Befähigung der Bezugs- und Betreuungspersonen zur funktionalen Unterstützung der Jugendlichen und ihrer Bearbeitungsschritte

Behandlungsstrategien

Krisenintervention

Psycho-soziale Akutbetreuung

Psychotherapeutische Behandlung

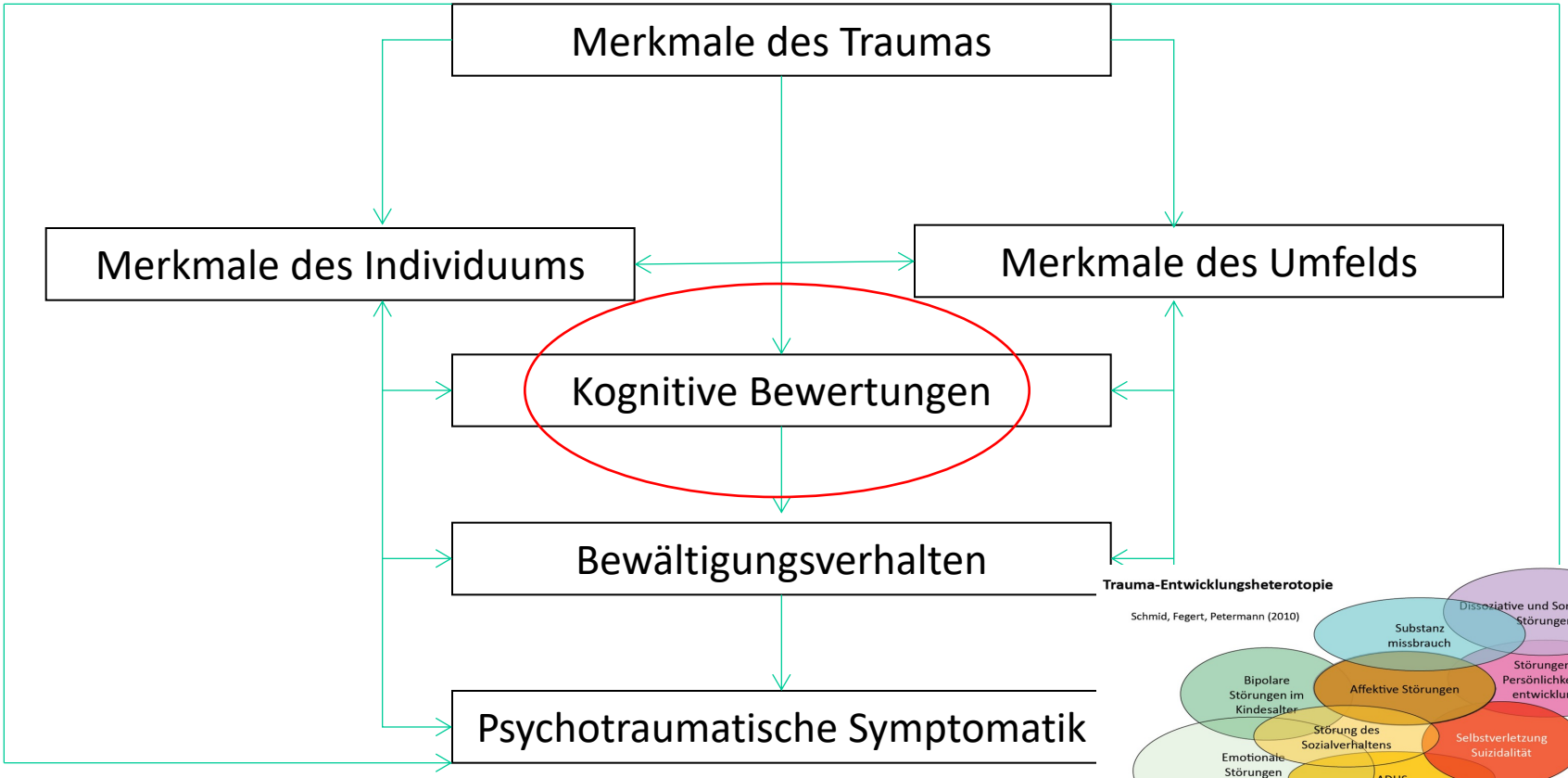
Differentielle Traumatherapie →

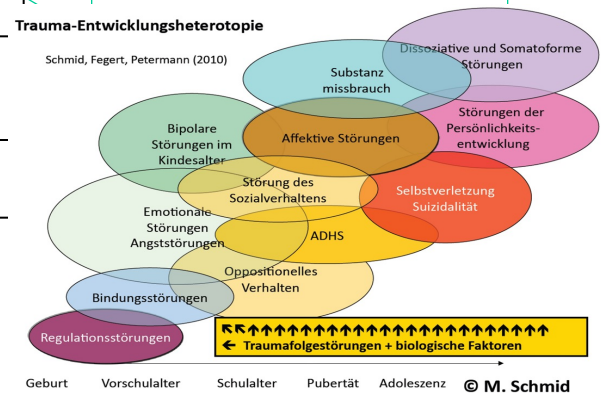
→ spezifische Verfahren

Begleitende Pharmakotherapie (symptomatisch)

Traumaadäquate Pädagogik = Traumapädagogik

Transaktionales Traumabewältigungsmodell
(Landolt, 2012)





Therapeutische Ziele

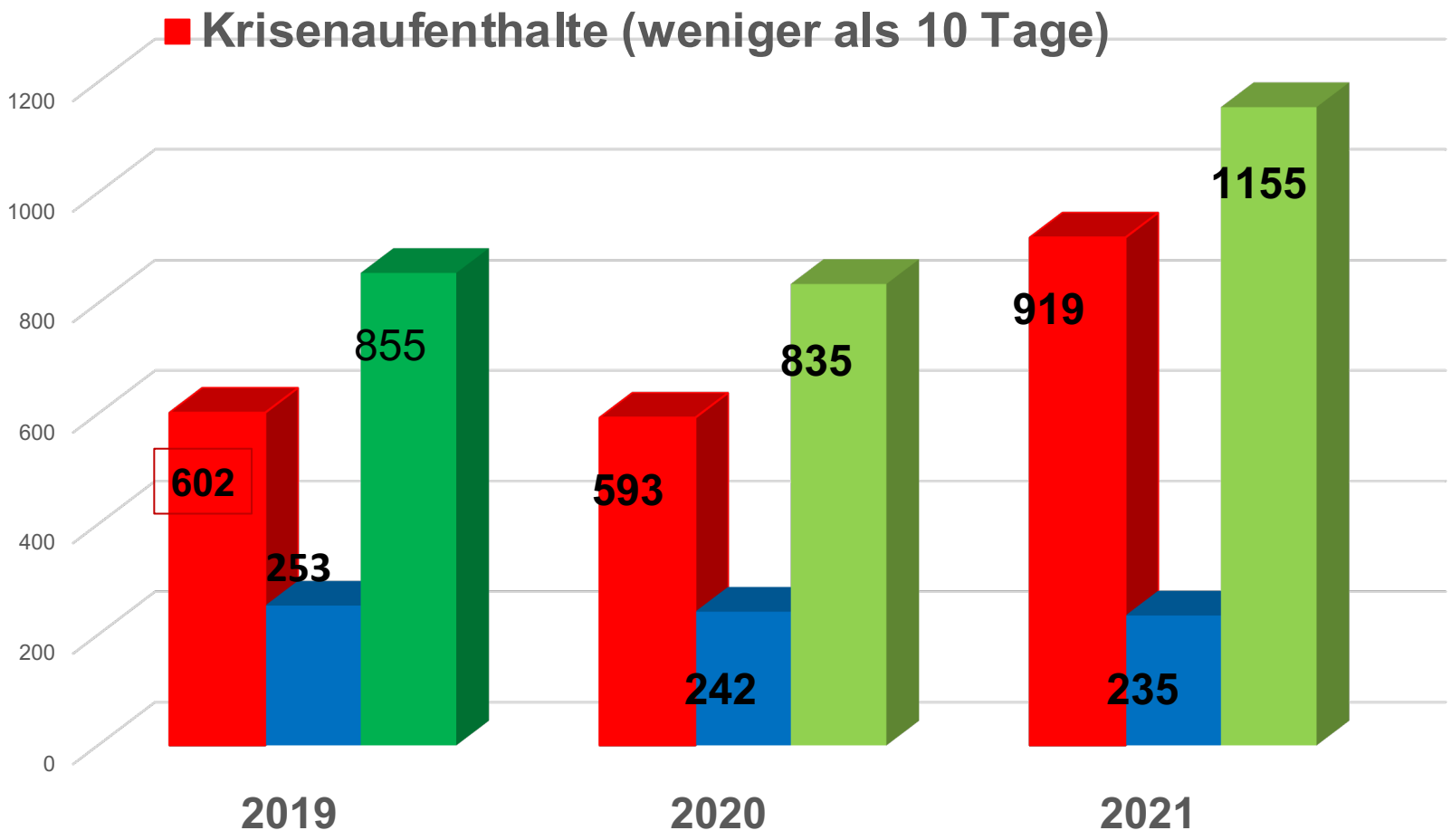
- Überwinden von traumatischen Wiederinszenierungen
  - Vertrauen statt Abwehr, Stabilisierung, sicherer Ort
- Entwicklung von Fähigkeiten
  - Entwicklungsfördernde Spiele
- Steuerung vs. traumatisches Spiel (Opfer – Täter)
- Integration und Differenzierung in verschiedenen Bereichen
  - Regulierung von Affekten, sichere Umwelt,
  - Selbststeuerung, Bewegungskoordination, Versprachlichung von Empfindungen
  - Dezentrierung, Entwicklung von Grenzen

Jugendliche und Folgen der Corona-Pandemie

Inanspruchnahme der KJPP Graz, 2019 - 2021

	2019	2020	2021
Krisenaufenthalte (weniger als 10 Tage)	602	593	**919**
Therapieaufenthalte	253	242	235
Gesamt	855	835	**1155**

Inanspruchnahme der KJPP – Graz, 2019 - 2021



Traumapädagogik + Traumatherapie

Sicherheit, Verlässlichkeit im Alltag

Stabilisierung, Alltagsstruktur

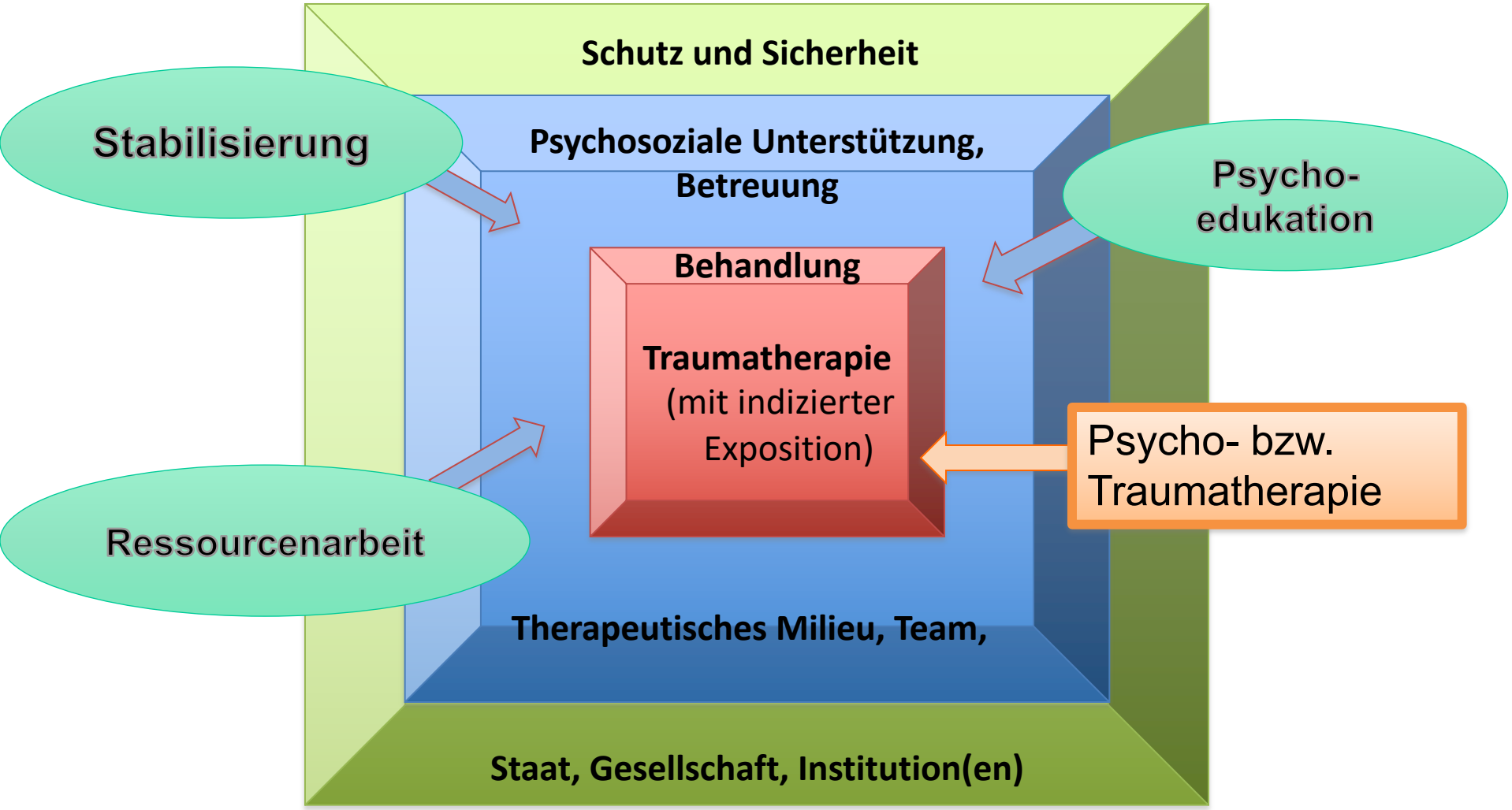
Vermeidung von Traumaexpositition im Alltag

Sozialpädagogische und erlebnispädagogische Interventionen

Notfallmaßnahmen bei Reinszenierungen

Ressourcenaktivierung

Rahmen und Bedingungen für die Versorgung



(Purtscher, 2010)

Versorgungsangebote - etablierte

Psychosoziale Versorgung

- ✓ Pädagogik
- ✓ Jugendhilfe

Behandlung

- ✓ Psychotherapie, Traumapsychotherapie
- ✓ Kinder- und Jugendpsychiatrie

→ Differenzierung und Spezialisierungen

→ Kooperationen und Netzwerken

Versorgungsangebote - NEU

Pädagogik: milieutherapeutische Hilfen, regelmäßige Reflexion von Verhalten und Beziehungen → korrigierende Beziehungserfahrungen,
→ **Traumapädagogik**

Akutinterventionen: in niederschwelligen Settings

Psychotherapie: Traumafokusierte Therapien: tf-KBT, EMDR, KIDNET, PITT-KID, tf-Spieltherapie,…

Kinder- und Jugendpsychiatrie → aufsuchende Hilfen, (verpflichtende) Elternberatung, traumatherapeutische Behandlung Spezialstationen? Home-treatment?

Trauma informed community

→ Maßgeschneiderte individuelle Hilfen für Kinder und Familien → Behandlung im familiären Umfeld

→ Differenzierte Hilfen im vertrauten Milieu

“gelungene” Bewältigung

Fortsetzung von Schule, Beruf, Aufgaben, …

Kontrolle über die eigenen Emotionen

Realistische Selbstwahrnehmung und -einschätzung

Fähigkeit zu und Wertschätzung von sozialenBeziehungen