

Freiheitsentziehung in der Jugendpsychiatrie – welche Fragen Sie stellen müssen ...

Dr. med. Dietmar Eglinsky

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie

Klinikdirektor
Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Kassel

dietmar.eglinsky@vitos-kurhessen.de

Gliederung

- 1) Unterbringungshäufigkeit in der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- 2) Unterbringungsanlässe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie... and what to ask
- 3) Handlungsimplicationen für den Verfahrensbeistand* (und den Richter*)

1) Unterbringungshäufigkeit in der Kinder- und Jugend- psychiatrie

Klinikstandort	Patienten			untergebrachte Patienten (Anzahl / Anteil)			
	gesamt (Anzahl)	untergebracht (Anzahl / Anteil)		durch Ordnungs- behörden		gem. §1631 b BGB	
Süd Hessen (2017)	660	131	19,9%	69	10,5%	63	9,6%
Mittelhessen (2017)	1105	37	3,4%	24	2,2%	13	1,2%
Mittelhessen (2017)	306					36	11,8%
Mittelhessen (2018)	342					31	10,2%
Rheinland-Pfalz (2018)							6,1%
Baden-Württemberg			15%				
Bayern, West (2018)						35	
Bayern, Ost (2018/19: 3-Monatszeitraum)							55,3%

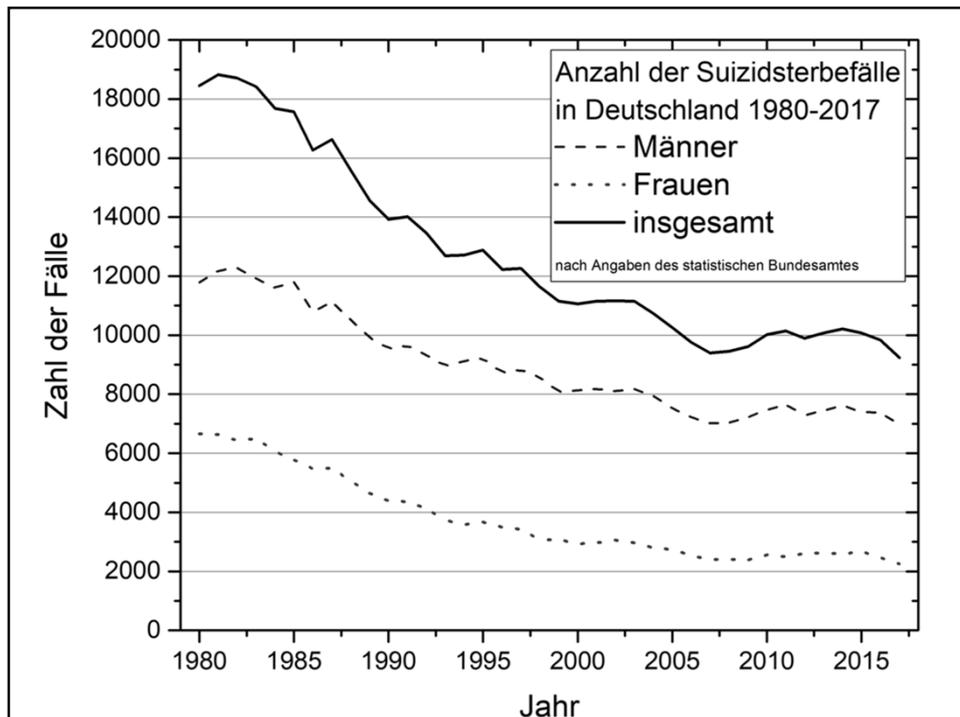
Hypothesen

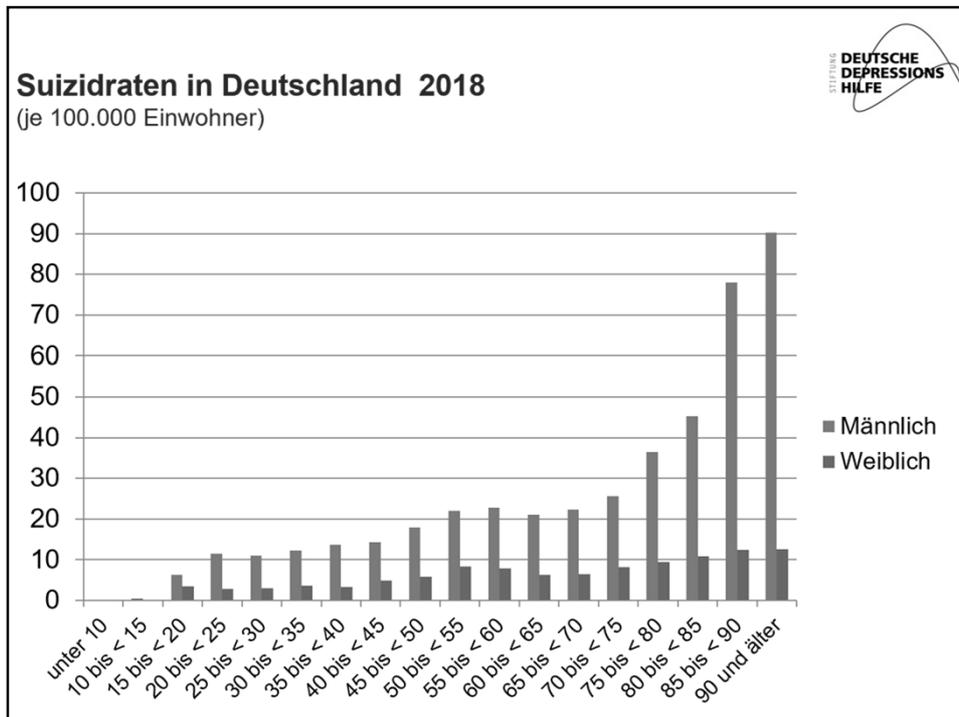
- in Mittelhessen gibt es nur „liebe und glückliche Menschen“
bzw. die mittelhessische Klinik behandelt nur „liebe und glückliche Patienten“
- die mittelhessische Klinik vergisst es, Unterbringungen zu veranlassen
- die mittelhessischen Familiengerichte gehen sehr leger mit Unterbringungen um
- in Mittelhessen gibt es besonders kritische Verfahrensbeistände
-

2) Unterbringungsanlässe in der Kinder- und Jugendpsychiatrie... and what to ask

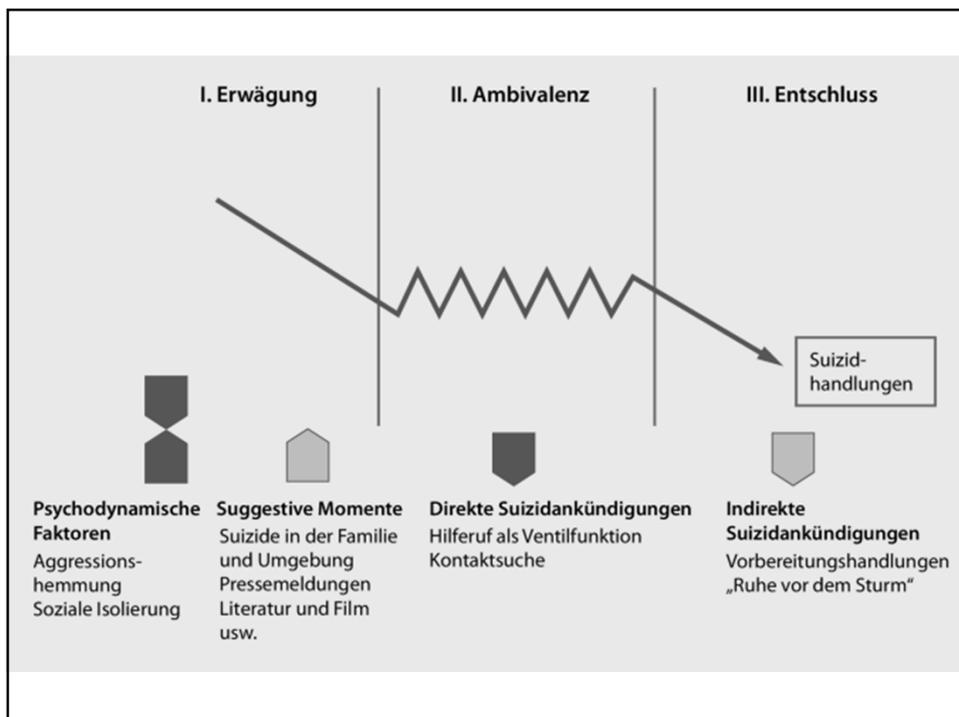
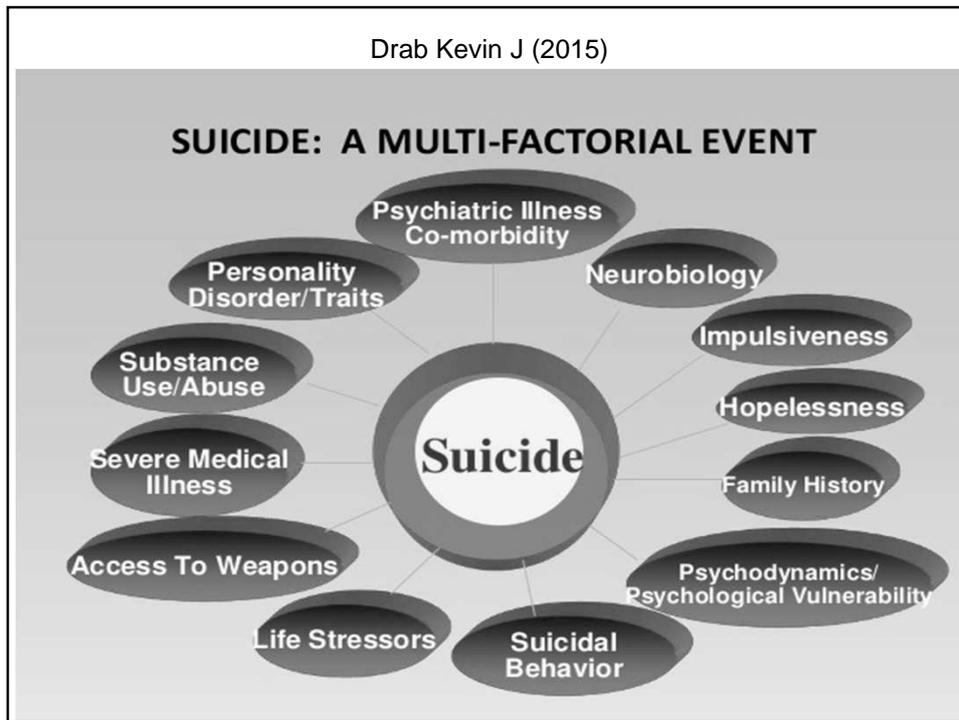
- 2.1. Suizidalität
- 2.2. selbstverletzendes Verhalten
- 2.3. Aggression
- 2.4. Verwahrlosung
- 2.5. schulvermeidendes Verhalten
- 2.6. (zumeist) eindeutige Unterbringungsanlässe
- 2.7. (zumeist) eindeutige Gründe, die gegen eine (sofortige) Unterbringung sprechen
- 2.8. typische Kontroversen

2.1. Suizidalität

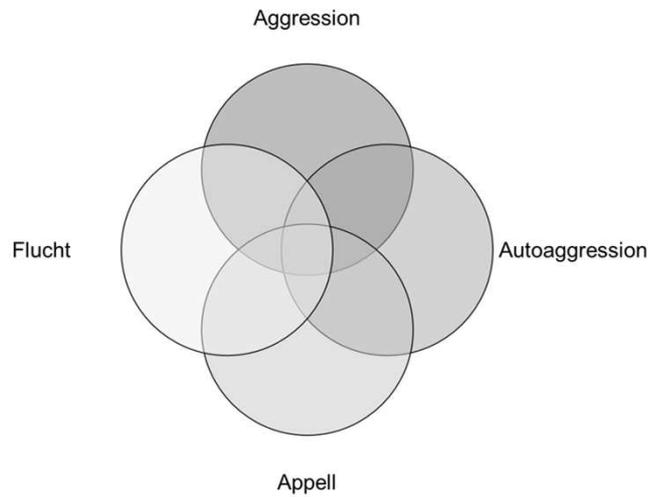




Bei unter 20-jährigen ist der Suizid die zweithäufigste Todesursache nach dem Unfalltod!



Motive bei Suizidversuchen



Flucht

Wunsch nach einer
„Pause vom Leben“

Appell

Suizidalität als Ausdruck einer missglückten
Kommunikation

„... es versteht mich sowieso keiner ...!“

Autoaggression

potentielle

vs.

finale Selbsttötung

„Gottesgerichtsfunktion“

vs.

„sicheres Suizidarrangement“

Aggression

„... oft wird der Ohnmacht in der Vertrauenskrise auf dem Hintergrund des unterbrochenen Dialogs durch Antizipation eines imaginären Publikums im Phantasiespiel des Suizidgefährdeten mit Rachegefühlen begegnet. Eine gewisse bittersüße Lust begleitet die Vorstellung, wie die anderen am Grab zu spät den eigenen Wert erkennen. Dies bedeutet, dass durch die suizidale Geste der abgebrochene Dialog wieder aufgenommen werden soll. Insofern ist der Suizidversuch als dynamische Handlung sowohl ein Angriff auf die eigene Person, als auch ein Angriff nach außen ...“

(Klosinsky, 1983)

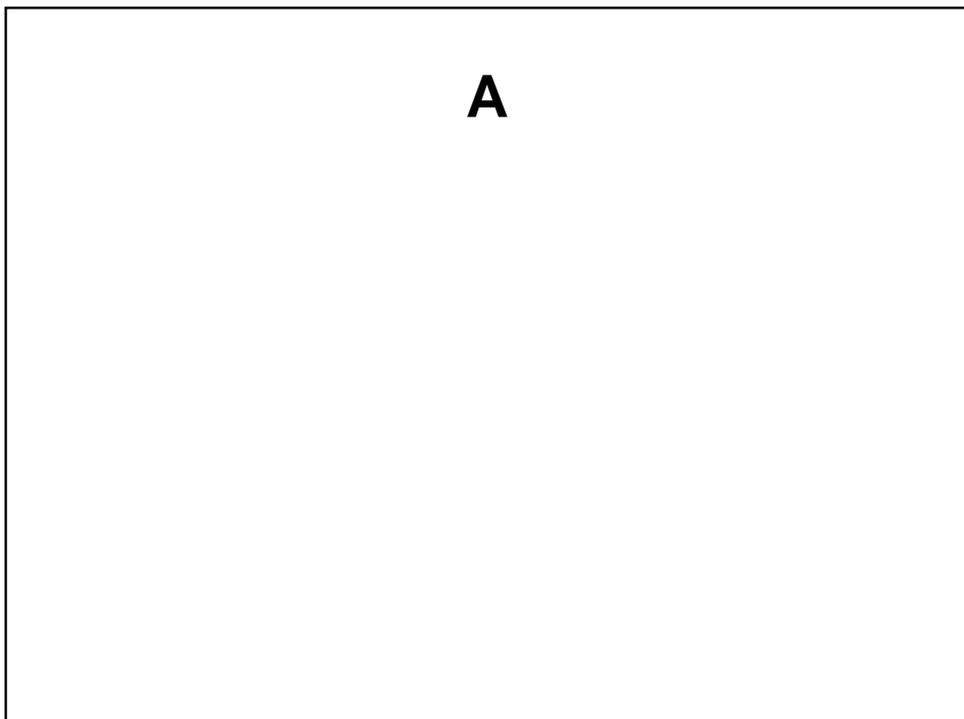
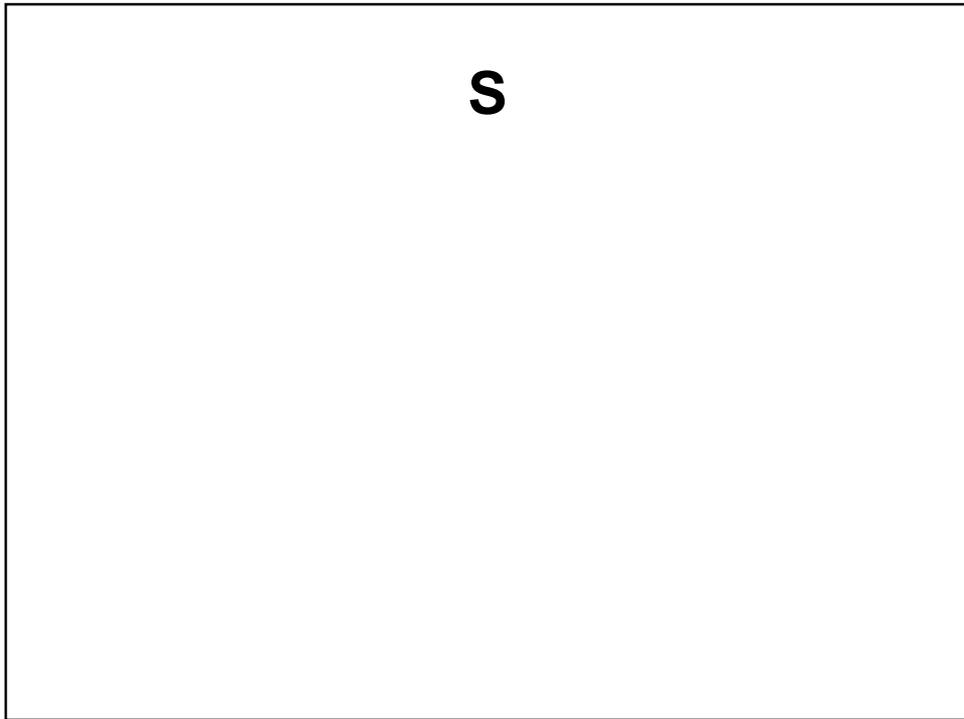
Table 5. Modified SAD PERSONS Scale.

Factor	Points
S = Sex (male)	1
A = Age (<19 or >45 years)	1
D = Depression or hopelessness	2
P = Previous suicide attempts or psychiatric care	1
E = Excessive alcohol or drug use	1
R = Rational thinking loss	2
S = Separated, divorced or widowed	1
O = Organized or serious attempt	2
N = No social supports	1
S = Stated future intent	2

Score of 6-8:
full emergency psychiatric evaluation/treatment

Score of 9 or greater:
immediate psychiatric hospitalization

Source: Hockberger RS, Rothstein RJ. Assessment of suicide potential by nonpsychiatrists using the SAD PERSONS score. *J Emerg Med* 1988 Mar-Apr;6(2):99-107.



D

P

- 6,8% der Jugendlichen im Alter zwischen 15 und 19 Jahren mit ersten Suizidversuchen unternehmen im Folgejahr einen Suizidversuch
- 24% derjenigen, die bereits vor dem Index-Suizidversuch andere unternommen hatten, wiederholen dies innerhalb des Folgejahres
- bei Wahl harter Methoden kamen Wiederholungen häufiger vor

(Hultén et al. 2001)

E

R

- 20-50% der schizophrenen Patienten unternehmen einen Suizidversuch
- 10-15% versterben an Suizid

S

O

Worst Case:
abendliche Tabletteneinnahme ...
morgendliches Auffinden ...

N

S

*„... keiner kann mich zum Leben
zwingen ...!“*

Fragen zur aktuellen suizidalen Gefährdung

- 1) Hat der Patient konkrete Todeswünsche, Suizidideen, konkrete Suizidabsichten oder einschließende Suizidimpulse?
- 2) Hat der Patient einen suizidalen Handlungsdruck, äußert er gar Angst vor Kontrollverlust?
- 3) Hat der Patient Hoffnung oder ist Hoffnungslosigkeit vorhanden?
- 4) Will der Patient Hilfe oder man kann ihm „sowieso nicht helfen“?
- 5) Kann der Patient auf die Umsetzung aktueller Suizidideen zugunsten von Therapie/Hilfestellungen verzichten?
- 6) Ist eine Risikopsychopathologie mit erhöhtem Suizidrisiko vorhanden?

... and how does it feel like ...?

- ! ... er schaut mich nicht an ...
- ! ... er sagt gar nichts ...
- ! ... er verleugnet und bagatellisiert ...
- ! ... er verhandelt mit mir ...

- ! ... er sagt: „es kam plötzlich über mich!“
- ! ... er sagt: „ich halte es hier nicht aus!“

8 Faktoren, die mit einem erhöhten Risiko für Suizidversuche bei Jugendlichen einhergehen

Source: Is parenting style a predictor of suicide attempts in a representative sample of adolescents?

(C. Donath, E. Gräßel, D. Baier, S. Bleich, T. Hillemacher)

- weibliches Geschlecht
- ärztlich gestellte ADHS - Diagnose
- aktuell Raucher
- Rauschtrinken innerhalb der letzten vier Wochen
- Schulverweigerung
- Migrationshintergrund
- elterliche Trennungserlebnisse (Scheidung)
- vernachlässigender Erziehungsstil in der Kindheit

... der einzige Schutzfaktor ist ein autoritativer Erziehungsstil in der Kindheit ...

2.2. Selbstverletzendes Verhalten (SVV)

*„Selbstverletzendes Verhalten liegt vor, wenn eine Person sich selbst aktiv, direkt, bewusst oder unbewusst, wiederholt Verletzungen zufügt, die nicht zum, im jeweiligen Kulturkreis üblichen, zählen und **keine intendierte suizidale Wirkung haben.**“*

(Doris Neppert)

Häufigste Selbstverletzungs-formen bei Frauen (n = 102)	%	Häufigste Selbstverletzungs-formen bei Männern (n = 48)	%
Schneiden	14	Verletzen mit Nadeln, Reißnägeln, Heftklammern	19
<u>Wörter</u> in die Haut kratzen	12	Schneiden	15
Ernstes Kratzen der Haut	12	Ernstes Kratzen der Haut	13
Verletzen mit Nadeln, Reißnägeln, Heftklammern	12	Schlagen des Kopfes gegen Gegenstände	10
Schlagen des Kopfes gegen Gegenstände	12	Sich selbst Schlagen	8
Sich selbst Schlagen	10	<u>Brennen mit Zigaretten</u>	6
Eingreifen in die Wundheilung	8	Eingreifen in die Wundheilung	4
<u>Beißen</u>	6	<u>Bilder</u> in die Haut kratzen	4
sonstiges	14	sonstiges	21 35

„Wenn eine Patientin sich selber verletzt, können wir mit Sicherheit davon ausgehen, dass diese Frau in ihrer Kindheit erheblich verletzt worden ist.

Wir wissen nur nicht wie!

(Smith)

Tiefenpsychologische Erklärungsansätze zum SVV

Funktionen selbstverletzenden Verhaltens für die Betroffenen:

nach Neppert:

a) interpersonale Funktionen:

interpersonale Inszenierung des eigenen Konflikts
Maßnahme zur Beziehungsregulierung
Ausdruck von Wut, Frustration und Vergeltung
Erleben eines „masochistischen Triumphes“
Aufrechterhaltung des Familiensystems
Einnahme der Krankenrolle

b) intrapersonale Funktionen:

Selbstschutzmechanismus
narzisstische Selbstwertregulation
Spannungsreduktion
Suizidprophylaxe
Selbstbestrafung oder Selbstentlastung
Bekämpfung des seelischen Schmerzes
Wiedererlangung von Kontrolle
Partnerersatz
Antidepressivum und Antipsychotikum
hilft, sich der eigenen Körpergrenzen zu vergewissern
sich unattraktiv machen
Traumata reinszenieren
Selbstopferritual darstellen

Modellernen

zeitweilig „**epidemisches**“ **Auftreten von SVV** auf psychiatrischen Stationen oder in Heimen

(Streeck – Fischer; Tameling & Sachsse)

2.3. Aggression

„heiße“ vs. „kalte“ Aggression

- impulsive („heiße“) Aggression
 - z.B. bei ADHS, Impulskontrollstörung im Rahmen von Traumatisierungen, Depressionen
 - vglw. gute ambulante Handlungsoptionen, somit vglw. geringer *akuter* Unterbringungsbedarf

- instrumentelle („kalte“) Aggression
 - z.B. im Rahmen von Störungen des Sozialverhaltens
 - vglw. selten *akuter* Unterbringungsbedarf, da zumeist chronifiziertes Geschehen

Aggressionskontext

- Aggression (vorwiegend) im familiären Kontext
 - vglw. selten *akuter* Unterbringungsbedarf, da zumeist chronifiziertes Geschehen
 - alternative Handlungsoptionen ohne Unterbringung:
 - (vorübergehende) Betreuung bei Verwandten oder anderen engen Bezugspersonen

- Aggression (vorwiegend) im außerfamiliären Kontext
 - vglw. selten *akuter* Unterbringungsbedarf, da zumeist chronifiziertes Geschehen
 - alternative Handlungsoptionen ohne Unterbringung:
 - Implementierung von (ambulanten oder stationären) Jugendhilfemaßnahmen

2.4. Schulvermeidendes Verhalten

- Schulschwänzen
- Schulangst
- Schulphobie

Schulschwänzen

Fernbleiben vom Schulunterricht im Rahmen einer Störung des Sozialverhaltens

→ wenn Unterbringungsbedarf,
dann im Rahmen eines Hauptsache-
verfahrens,
da zumeist chronifiziertes Geschehen

Schulangst

Angst vor schulischen Herausforderungen,
Lehrern oder Mitschülern

→ i. d. R. kein Unterbringungsbedarf

Schulphobie

Emotionale Störung des Kindesalters mit
Trennungsängstlichkeit:

„Schulphobie hat mit Schule gar nichts zu tun!“

(D. Eglinsky)

→ Aufnahmeindikation mit hoher Dringlichkeit
(EAUB): Unterbringung sollte möglichst schnell
erfolgen (z.B. 2-4 Wochen nach durchgängiger
Vermeidung des Schulbesuchs),
bei Chronifizierung Klärung im Hauptsacheverfahren

	Schulphobie	Schulangst	Schulschwänzen
	emotionale Störung mit Trennungsängstlichkeit	Angst vor Kränkung und Demütigung im schulischen Kontext	Vermeidung der unlustbetonten Schul-situation
	alleine	alleine	oft gemeinschaftlich mit Gleichaltrigen
psychosomatische Komponente (Kopf-/ Bauchschmerzen)	vglw. stark	vglw. stark	vglw. schwach
Ursachen	elterliche Überfürsorge („symbiotische Verstrickung“)	<ul style="list-style-type: none"> - schulische Überforderung; - Teilleistungsstörungen - „Mobbing“ durch Mitschüler - problematisches (z.B. entwertendes) Lehrerverhalten 	<ul style="list-style-type: none"> - mangelnde elterliche Aufsicht; - „Wohlstandsverwahrlosung“ - relevante psychische Störung (z.B. Traumatisierung)

2.5. Verwahrlosung

- Schulvermeidung
- Rückzugsverhalten
- Nicht-Erfüllen altersentsprechender Pflichten
- Substanzkonsum
 - Aktionismus kaum jemals zielgerichtet

2.6. (zumeist) eindeutige Unterbringungsanlässe

- psychotische Entwicklungen

2.7. (zumeist) eindeutige Gründe, die gegen eine (sofortige) Unterbringung sprechen

- sexuell übergriffiges Verhalten
- Anorexia nervosa

2.8. typische Kontroversen

- muss eine 13-jährige Angstpatientin untergebracht werden, wenn sie sich bei der Verabschiedung an ihre Mutter festklammert?
- lohnt es sich denn überhaupt noch, einen 16-jährigen dissozialen Jungen unterzubringen?
- sollte es „Standard“ sein „erst einmal für 6 Wochen unterzubringen“?

3) Handlungsimplikationen für den Verfahrensbeistand* (und den Richter*)

Bitte fragen Sie nach!!

- **Gibt es in der Klinik einen Aufnahmebereich?**
 - Ist dieser Bereich immer / zeitweise komplett / partiell geschlossen?

- Werden die Unterbringungszahlen; Kennzahlen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen veröffentlicht (z.B. auf der Klinikhomepage)?
- Werden Unterbringungszahlen bzw. Kennzahlen zu freiheitsentziehenden Maßnahmen als Qualitätsindikatoren wahrgenommen?

....