

Krisenintervention und Suizidprävention bei Kindern und Jugendlichen

Erfahrungen aus dem stationären Bereich

Paul Plener



SUPRA, 2021



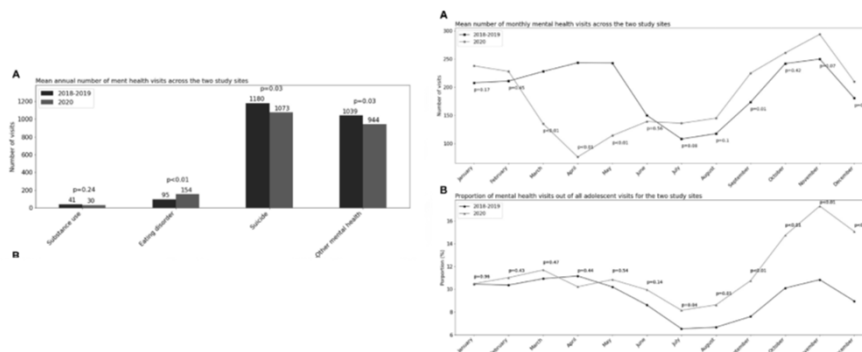
Übersicht

- Einführung
 - CoVid-19
- Konkrete Umsetzung
 - Leitlinien
 - Generelle Aspekte der Psychotherapie
 - Safety Planning
- Diskussion



Notfallvorstellungen

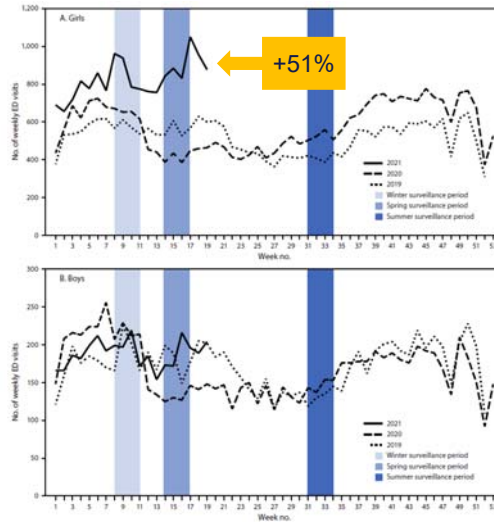
- Notfallvorstellungen in 2 pädiatrischen Tertiäreinrichtungen in Montreal
- Jänner 2018- Dezember 2020: 12-17a: 68.637 Fälle
- Deutliche Zunahme an Vorstellungen wegen psychiatrischer Notfälle
- V.a. Zunahme an Essstörungen: 62% ($p < .01$)



Notaufnahmen und Selbstschädigung: KJP

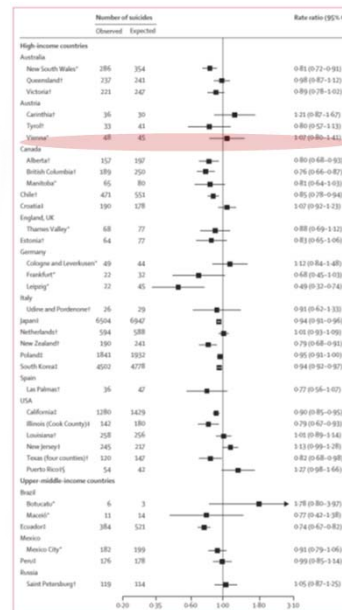
- Pat.aufzeichnungen aus 23 KJPs in 10 Ländern: Vgl. März/April 2019 vs. 2020: Daten zu 2073 akuten Vorstellungen bei 1795 Kindern und Jugendlichen
- Zahl der Notvorstellungen ↓: 1,239 → 834 (incident rate ratio: 0.67, 95% confidence interval 0.62 to 0.73; $p<0.001$).
- Vorstellungen wegen self-harm ↑ proportional: 50% → 57% (odds ratio: 1,33, COI: 1,07 to 1,64; $p=0.009$) aber kein Anstieg an Suizidversuchen.
- Stat. Aufnahme zur Beobachtung ↓: 13% → 9% (odds ratio: 0.52, 0.28 to 0.96; $p=0.036$.)

Vorstellungen: Suizidversuche (USA)






Suizide in 2020

- Daten aus 21 Ländern
- Modellierung anhand Jän-März: Vg.I: April-Juli 2020
- Kein Hinweis auf eine Zunahme
 - Abnahme in 12 Regionen/ Ländern (Australien: NSW, Leipzig, Texas, Japan, Südkorea, Kanada, NZ,...)
- Wenn Daten bis Oktober eingeschlossen: „Ausreißer“ Wien (RR: 1.31), Japan (RR: 1.05) und Puerto Rico (RR: 1.05)






Leitlinien: Grade der Empfehlung


- **soll:** starke Empfehlung 
- **sollte:** Empfehlung 
- **kann:** kann gemacht werden 






Leitlinie

- Die Erfassung der Suizidalität ist fester Bestandteil der psychopathologischen Befunderhebung
- Suizidalität **muss** nach Suizidversuchen erfragt werden und sobald ein Verdacht besteht. 
- Suizidalität **sollte** beim Vorliegen von Warnzeichen und Risikofaktoren, sowie bei unklaren Compliance- und Adhärenzproblemen somatischer Erkrankungen erfragt werden 
- Die Einschätzung der Suizidalität **soll** durch einen Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder einen Arzt oder psychologischen Psychotherapeuten, der über besondere Erfahrungen auf dem Gebiet seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen verfügt, erfolgen. 




Suizidalität: Leitlinie

- Für eine ambulante Behandlung **sollte** 
 - eine Absprachefähigkeit vorhanden sein
 - ein ausreichend stabiles Umfeld vorhanden sein
 - ausreichende Compliance bei Patient und Eltern bzw. Bezugspersonen vorhanden sein
 - der Schweregrad der Suizidalität gering sein
 - eine Zukunftsperspektive des Jugendlichen erkennbar sein
 - ein ausreichendes Funktionsniveau vorliegen

Leitlinie

- die Sicherheit des Patienten **muss** oberstes Ziel sein 
- eine stationäre Behandlung **muss** bei akuter Suizidalität umgehend eingeleitet werden (ggf. auch ohne Freiwilligkeit des Patienten) mit adäquat begleitetem Transport in die Klinik 
- die stationäre Behandlung **muss** bis zum Abklingen der akuten Suizidalität im geschützten Rahmen erfolgen 

Suizidalität: Leitlinie

- psychopharmakologisch sedierende Maßnahmen **können** bei z.B. akuter Anspannung, Belastung oder Agitiertheit ergänzend sinnvoll sein 
- eine psychotherapeutische Intervention unter Beachtung der folgenden Punkte **soll** erfolgen: 
 - Einbezug der Familie in die psychotherapeutische Intervention
 - wenn möglich, Kontinuität des Therapeuten
 - Erstellung eines Krisenplans mit klaren Absprachen zur Suizidalität
 - Reduktion von Belastungsfaktoren
 - assoziierte psychische Störungen sollen gemäß der entsprechenden Leitlinien behandelt werden
- bei belastenden psychosozialen Umständen **sollte** die Jugendhilfe einbezogen werden 

Syst. Review Jugendliche

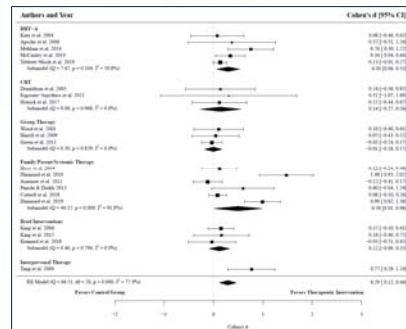
- 21 Studien (RCTs, $\geq 50\%$ d. TN <18a): Suizidversuche und Self-harm
- 5 Studien: IG > TAU
- Nur bei CBT und DBT-A unabhängige Replikationen von Studieneffekten: Suizidversuche und self-harm
- Bester Outcome in Kombination von intrapersonellen (CBT, Regulation) und interpersonellen (familiäres oder soziales Unterstützernetzwerk) Kombinationen
- Suizidgedanken: Resourceful Adolescent Parent Program, MBT-A, DBT-A

Was haben erfolgreiche Programme gemeinsam?

- Einbezug von Familien oder Bezugspersonen
- Emotionsregulation
- Problemlösefertigkeiten
- Kommunikationsfertigkeiten

Meta-Analyse: Suizidgedanken

- Meta-Analyse: 26 Studien (21 RCTs)



DBT-A: $d = 0,48$ (95% CI 0,17–0,80, $p = ,003$),

Familienzentrierte Therapie $d = 0,50$ (95% CI 0,01–0,98, $p = ,046$).

SG: ES: Cohen's $d = 0,30$ (CI: 0,12–0,48, $p = ,001$)

TAU: 0,87



Grundsätze in der Behandlung suizidaler PatientInnen

- Über verschiedene „Schulen“ (DBT, MBT, SFT, TFP, CBT) hinweg:
- Klar definierte Rahmenbedingungen
- Definierte Strategie zum Umgang mit suizidalen Krisen
- Zentrale Bedeutung von Emotionen
- Aktiver Stil des Therapeuten
- Explorative Interventionen: Klärung, Konfrontation, Exploration, Verhaltensanalysen: Suizidalität muss verstanden werden
- Änderungszentrierte Interventionen: Verstärkung alternativer Strategien



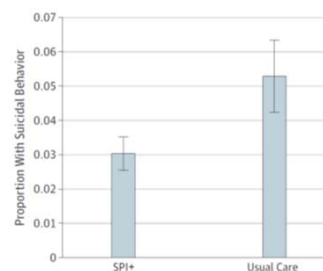
Safety planning

| SAFETY PLAN | |
|--|---|
| Step 1: Warning signs: | |
| 1. | _____ |
| 2. | _____ |
| 3. | _____ |
| Step 2: Internal coping strategies - Things I can do to take my mind off my problems without contacting another person: | |
| 1. | _____ |
| 2. | _____ |
| 3. | _____ |
| Step 3: People and social settings that provide distraction: | |
| 1. | Name _____ Phone _____ |
| 2. | Name _____ Phone _____ |
| 3. | Place _____ |
| 4. | Place _____ |
| Step 4: People whom I can ask for help: | |
| 1. | Name _____ Phone _____ |
| 2. | Name _____ Phone _____ |
| 3. | Name _____ Phone _____ |
| Step 5: Professionals or agencies I can contact during a crisis: | |
| 1. | Clinician Name _____ Phone _____ Clinician Pager or Emergency Contact # _____ |
| 2. | Clinician Name _____ Phone _____ Clinician Pager or Emergency Contact # _____ |
| 3. | Suicide Prevention Lifeline: 1-800-273-TALK (8255) |
| 4. | Local Emergency Service _____ Emergency Services Address _____ Emergency Services Phone _____ |
| Making the environment safe: | |
| 1. | _____ |
| 2. | _____ |

From Stanley, B. & Brown, G.K. (2011). Safety planning intervention: A brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 255-264

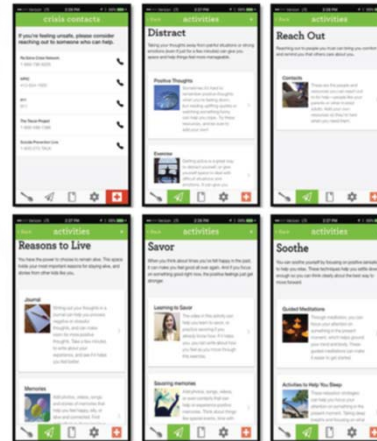
Safety planning

- Safety Planning:
 - RCT in ED (n=1640, 18+y, Intervention: 1186): 6m FU: 2010-2015
 - SPI+: SPI und min. 2 Telefonkontakte (max. 72h später: Risikoeinschätzung, WH des SPI und Beratung zu seelischer Gesundheit)
 - Weniger suizidales Verhalten (3.03% vs. 5.29%)
 - Halbierte Chance: suizidales Verhalten (OR: 0.56)
 - Höher Chance min. einen psychiatr./psychotherap. Kontakt wahrgenommen zu haben (OR: 2.06)



Safety planning

- As Safe As Possible (ASAP), mit BRITE App:
 - Suizidale Jugendliche (n=66: SG: 26, SV: 40)
 - ASAP: 3h Intervention stationär + 2 Telefonanrufe poststationär
 - BRITE App: Messung von emotionalem Stress und personalisierte Strategien zur Emotionsregulation und Safety Planning: keine sign. Differenz, trotz deutlich weniger SV (SV in 16.1% vs. 31%)
 - Längere Zeit bis zum nächsten Suizidversuch
 - Hohe Zufriedenheit der TN



Diskussion

- Akute Suizidalität: häufiger Vorstellungsgrund in der Akutambulanz
- Gestiegene Inanspruchnahme durch CoVid-19 Pandemie
- Effektive Massnahmen:
 - Einbezug der Familie
 - Problemlösefertigkeiten
 - Emotionsregulation
 - Kommunikationsfertigkeiten
- Safety Planning als einfache und effektive Maßnahme

