Thieme

# Notfälle und Krisen bei Kindern und Jugendlichen – was ist eigentlich normal?

Susanne Lieb, Nadja Henninger, Michael Brünger

*Zu jeder gesunden Persönlichkeitsentwicklung gehören auch Krisen – insbesondere in der Jugendzeit.*

Borg-Laufs et al. 2012 [1]

Notfallmäßige Vorstellungen und Aufnahmen von Kindern und Jugendlichen in Krisensituationen aufgrund akuter Belastungen, wegen Suizidalität, nach nicht suizidalem selbstverletzenden Verhalten oder Risikoverhalten haben sich in den letzten 15 Jahren verdoppelt bis verdreifacht. Diese stellen Kliniken und Praxen vor große Herausforderungen. Der Beitrag stellt Prinzipien und Strategien aus der dialektisch-behavioralen Therapie für Adoleszente (DBT-A) vor.

## Einleitung

Die Gründe für die Zunahme der Krisen- und Notfallsituationen sind vielfältig (z. B. NSSV, s. Infobox). Sie führten in vielen Kliniken zu Anpassungen der Strukturen: Spezialisierte, sektorenübergreifende Behandlungseinheiten mit einem multiprofessionellen Team wurden geschaffen. Diese Einheiten bilden oft die „Eintrittspforte" für kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung.

Strukturelle Veränderungen der Praxen und Kliniken genügen jedoch nicht, konzeptionell-inhaltliche Antworten sind dringend nötig.

**INFO**

**Nicht suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV) [2][3][4]**

NSSV wird als direkte, repetitive, sozial nicht akzeptierte Schädigung von Körpergewebe ohne suizidale Absicht definiert. Es wird zumeist als dysfunktionale Coping-Strategie zur Emotionsregulation angewandt. Zu den wesentlichen Risikofaktoren für NSSV zählen u. a. Mobbingsituationen, begleitende psychiatrische Erkrankungen sowie Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit. Deutschland gehört mit 25–35 % Lebenszeitprävalenz von zumindest einmaligem nicht suizidalen selbstverletzenden Verhalten unter Jugendlichen innerhalb Europas zu den Ländern mit den höchsten Prävalenzraten.

## Allgemeine Prinzipien von Kriseninterventionen

Kinder und Jugendliche kommen in Notsituationen meist vor dem Hintergrund komplizierter Biografien, mit schwierigen Beziehungserfahrungen und Problemen in mehreren Lebensbereichen und somit komplexen, meist chronifizierten Fragestellungen.

Idealerweise intervenieren professionell Helfende in Krisensituationen so früh wie möglich, konzentrieren sich mit zeitlicher Begrenzung auf die aktuelle Problemlage und nehmen eine aktive therapeutische Haltung ein. Sie agieren interdisziplinär und beziehen das soziale Umfeld, insbesondere die Familie und Schule, mit ein. Je nach Risikolevel kann die therapeutische Begleitung ambulant, tagesklinisch, stationär oder gar aufsuchend im Lebensraum erfolgen.

## Konkrete Schritte bei Notfallvorstellungen

Nach ausführlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Anamnese erfolgt die Risikoeinschätzung anhand von standardisierten Algorithmen, mit Hilfe von Checklisten und/oder Fragebögen. Beispielhaft sei hier die Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) genannt [5], die für Jugendliche auch prädiktive Aussagekraft für weitere Suizidversuche hat.

Ergänzend ist das gestufte Vorgehen des US-amerikanischen Gesundheitsdienstes „SAFE-T" [6] hilfreich, das

1. Risikofaktoren und
2. protektive Faktoren identifiziert,

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

3. die Suizidalität (Gedanken, Pläne, Verhalten, Absicht) exploriert,
4. das Risikolevel festlegt, eine Auswahl an angemessenen Interventionen trifft und
5. das Vorgehen einschließlich Follow-up dokumentiert.

Mit diesem Vorgehen wird eingeschätzt, welche Risikofaktoren sich verringern und positiv beeinflussen lassen und welche protektiven Faktoren gestärkt und eingesetzt werden können, um die Krisensituation in einem möglichst kurzen Zeitraum zu beenden [7][8].

## Strategien und Prinzipien der DBT-A

Marsha Linehan entwickelte in den 1980er Jahren die dialektisch-behaviorale Therapie (DBT) für und mit Frauen in häufigen Krisen, die sich selbst verletzten und/oder chronisch suizidal waren [9]. Die dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A) stellt mit ihren zusätzlichen familiären und systemischen Interventionen eine ideale Basis für Kriseninterventionseinheiten dar [10][11].

Die DBT-A bietet ein breites Spektrum an Fertigkeiten (Skills) für Kinder und Jugendliche in Krisen und für ihre Bezugspersonen („family skills“) [12], aber auch für TherapeutInnen und HelferInnen sowie für ein multiprofessionelles Behandlungsteam.

Grundhaltung, akzeptanz- und veränderungsorientierte Strategien der DBT-A fördern die einzelnen Bausteine bei Kriseninterventionen. Sie unterstützen [13]:

- raschen Aufbau einer tragfähigen und vertrauensvollen Beziehung
- Motivation der Jugendlichen und Kinder zur Mitarbeit
- Intensivierung sozialer Unterstützung im Lebensraum
- emotionale Stabilisierung
- Selbstkontrolle
- Bearbeitung aktueller Probleme und Veränderungen im Lebensumfeld

DBT-A vermittelt dem Team eine gemeinsame Grundhaltung und Sprache, deeskalierende Techniken für Notfallsituationen und Wege zur eigenen Psychohygiene und Selbstfürsorge. Dies ist besonders wichtig, da TherapeutInnen, die Kinder und Jugendliche in und durch Krisen begleiten, zeitlich und emotional stark belastet sind und sehr flexibel sein müssen. *Erlernte Selbstvalidierung* führt bei den Behandlern zu einer Selbstberuhigung, zu mehr Selbstreflexion, Selbstfürsorge und Achtsamkeit gegenüber eigenen körperlichen und emotionalen Reaktionen. Geschulte Fachkräfte agieren weniger bewertend und somit gelassener und stresstoleranter in herausfordernden und unklaren Krisensituationen.

Die Grundannahmen der DBT-A (s. Infobox) unterstützen eine optimistische, respektvolle, aktive und ressourcenorientierte Beziehung „auf Augenhöhe“. TherapeutInnen verstehen sich als Coaches, fördern Zugehörigkeit und Zusammenarbeit und ein „gemeinsam gegen die Krise“. Sie sind ein authentisches Gegenüber, beobachten und kommunizieren eigene Emotionen und Grenzen. Sie balancieren zwischen Akzeptanz und Drängen auf Veränderung, zwischen stützender und fordernder Haltung [14]. Sie erarbeiten und fördern Ambivalenzen: „Der/die TherapeutIn hat die schwierige Aufgabe, den Hoffnungsschimmer am Horizont zu erkennen, ohne zu leugnen, dass am Himmel schwarze Wolken zu sehen sind“ [9].

**INFO**

**Grundannahmen nach DBT-A [10]**

- Alle TeilnehmerInnen geben sich wirklich Mühe.
- Die TeilnehmerInnen wollen sich verändern.
- Die TeilnehmerInnen müssen stärker motiviert sein und sich mehr anstrengen, um sich zu verändern.
- Die TeilnehmerInnen haben ihre Schwierigkeiten nicht alle selbst verursacht, müssen sie aber selbst lösen.
- Das Leben der TeilnehmerInnen ist in dieser Form belastend und schwer auszuhalten.
- Die TeilnehmerInnen müssen in allen wichtigen Lebensbereichen neue Verhaltensweisen lernen.
- Die TeilnehmerInnen können in der Therapie nicht „versagen“.
- *Es gibt keine absolute Wahrheit, Wahrheit ist „Ansichtssache“.*

Eine *achtsame*, ungeteilt aufmerksame, interessierte („du bist die wichtigste Person in diesem Moment“) *Haltung* ermöglicht es dem Kind oder Jugendlichen, sich zu öffnen und über schwierige Themen, Misserfolge und Gedanken zu berichten. Kinder und Jugendliche wissen intuitiv, dass suizidale Gedanken, Pläne oder gar Handlungen einem Tabu unterliegen. Sie befürchten emotionale Reaktionen Erwachsener („Wie kannst du uns das antun“) und Unverständnis („Du hast dein Leben doch noch vor dir“). Erst auf konkrete Fragen berichten sie offen darüber, fühlen sich mit ihren Nöten angenommen und erleben Entlastung und Distanzierung.

Eine *dialektische Haltung* ermöglicht es dem/der TherapeutIn, die Kinder und Jugendlichen in ihrem aktuellen Leiden zu sehen und diesem standzuhalten. Sie begleiten sie und vermitteln ihnen gleichzeitig, dass sie die Ressourcen haben, um die Krise mit Unterstützung zu meistern („Cheerleading in die Zukunft“).

DBT-A-TherapeutInnen sind ganz auf den Moment fokussiert, gleichzeitig erwägen sie sinnvolle Interventionen. Sie sind ganz beim Kind oder Jugendlichen und beobachten aufmerksam ihre eigenen Grenzen und Möglichkeiten („Das ist zeitlich nicht zu schaffen und daher muss am

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

nächsten Tag weitergearbeitet werden"). Sie wechseln zwischen einer warmherzigen, empathischen, zugewandten und einer herausfordernden, humorvollen Sprache, um das Kind oder den Jugendlichen zu einem aktiven Coping zu führen.

Im stationären Rahmen muss der Behandlungsraum zum einen entlasten, schützen, beruhigen, zum anderen aktivieren, fordern und bestärken. Prognostisch bedeutsam ist es, auch nach Bewältigung der akuten Krise durch Telefonate, nachstationäre und ambulante Kontakte die Beziehung aufrechtzuerhalten.

## Motivation zur Mitarbeit

Die *Validierungsstrategien* der DBT-A zielen darauf ab, den Kindern/Jugendlichen und ihren Familien in der Krisensituation zu vermitteln, dass ihre subjektive Sicht und die dazugehörigen Gedanken und Gefühle stimmig und nachvollziehbar sind („Ich kann verstehen, wenn du enttäuscht und sauer auf deine Eltern bist, weil sie dir nicht gesagt haben, dass sie dich heute in der Klinik vorstellen"). Gelungene Validierungen verbessern die therapeutische Beziehung und führen dazu, dass sich die körperliche Anspannung und die Stärke der Gefühle reduzieren und alle Beteiligten besser über sich und die aktuellen Probleme nachdenken können. Kinder und Jugendliche sind dann oftmals selbst in der Lage und motiviert, eine Lösung zu finden oder aktiv an einer Lösung mitzuwirken.

*Commitment-Strategien* sind:

- Abwägen kurz- und langfristiger Vor- und Nachteile
- Advocatus Diaboli
- Fuß-in-der-Tür/Tür-im-Gesicht
- Erinnern an frühere Zustimmungen
- Betonen der freien Wahlmöglichkeit
- Cheerleading

Validierungs- und Commitment-Strategien motivieren nicht nur dazu, neue Krisenbewältigungsfertigkeiten zu erlernen, sondern schaffen Akzeptanz für notwendige diagnostische Maßnahmen und therapeutische Schritte. Werden diese angewandt, fühlen sich Kinder und Jugendliche in Entscheidungsprozessen beteiligt. Sie lernen längerfristige Auswirkungen in ihr Handeln einzubeziehen und erleben sich in ihrer Autonomie respektiert.

## Intensivierung sozialer Unterstützung im Lebensraum

Häufig löst im Jugendalter das Erleben von Ausgrenzung, das Gefühl von Anderssein oder Nichtdazugehören in einer konkreten Situation mit Peers die Krise aus. Jugendliche leiden oftmals unter abwertenden, grenzverletzenden oder dependenten Beziehungsstrukturen, die schwere Kränkungen und Selbstwertkrisen zur Folge haben. Daher ist die Analyse der Kontakte und Beziehungen sowie das Bearbeiten von akuten Konflikten ein zentraler Baustein der Krisenintervention („soziales Netz" und SOZIAL-Skill" [10]).

**Merke**

**Bezugspersonen sind zentrale Ansprechpartner für Kinder und Jugendliche. Sie können nur unterstützen, wenn diese Beziehung tragfähig und nicht durch Auseinandersetzungen belastet ist.**

## Emotionale Stabilisierung

Zu Krisen gehören heftige, unangenehme Gefühle. Erste basale Skills können während der Krisenintervention erlernt und eingeübt werden. Kinder und Jugendliche reduzieren ihre Anfälligkeit für unangenehme Emotionen, indem sie täglich Aktivitäten planen und durchführen, die angenehme Gefühle hervorrufen: Sie können auf eine regelmäßige, ausgewogene Ernährung und Trinkmenge achten, sich jeden Tag ausreichend bewegen, Medikamente nach ärztlicher Anordnung einnehmen, körperliche Erkrankungen behandeln lassen und Alkohol und Drogen vermeiden (ABC GESUND: Schone deine Seele, indem du deinen Körper schonst! [10]).

Ein besonderes Augenmerk ist auf Ein- und Durchschlafprobleme oder Albträume zu richten, da Auffälligkeiten in diesem Bereich das Suizidrisiko erhöhen. Eine vorübergehende Medikation, Regeln zur Schlafhygiene, ein Ritual vor dem Zubettgehen, Entspannung oder Achtsamkeit sowie erste Strategien zum Umgang mit Grübeln und Sorgen sind rasch wirksam. Psychoedukation zu Gefühlen und der Skill, entgegengesetzt zum Gefühl handeln, um zentrales Vermeidungsverhalten abzubauen, werden kurzfristig als hilfreich erlebt. Viele Jugendliche sprechen auch auf Metaphern und Geschichten an [15].

## Selbstkontrolle und Sicherheitsplan

Während einer Krisenintervention werden mit Hilfe von Verhaltens- oder Kettenanalysen individuelle Auslöser und Konsequenzen erkennbar, die das Problem- und Risikoverhalten verstärken und aufrechterhalten. Lösungen und mögliche Strategien werden identifiziert.

Das Kind oder der Jugendliche lernt neue Strategien und Skills kennen, Krisensituationen mit hoher Anspannung besser zu tolerieren, mehr Kontrolle zu erleben und funktionaler zu handeln. Mit Hilfe von Commitment-Strategien oder dem Angebot, Skills im Sinne eines Experiments auszuprobieren, können viele Jugendlichen von einer Skills-Anwendung überzeugt werden. Eine gute Aufklärung darüber, dass diese neuen Fertigkeiten (Reize wie Chilischoten, Kälte oder Bewegung) keine Wundermittel sind, häufig nicht so schnell helfen wie z. B. sich selbst zu verletzen und daher mehrere Skills hintereinander eingesetzt werden müssen, ist jedoch sehr wichtig.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

Im Sicherheits- oder Notfallplan werden die als wirksam erlebten Skills schriftlich fixiert. Ein Coaching – auch telefonisch – erhöht die Wahrscheinlichkeit des erfolgreichen Einsatzes. Ein zusätzlicher Non-Suizid-Vertrag kann die innere Verpflichtung eines Jugendlichen erhöhen: „Ehrlichkeit ist für mich ein sehr hoher Wert. Ich habe diesen Vertrag unterschrieben, Sie können sich auf mich verlassen, ich werde mich daran halten und mir nichts antun." In gemeinsamen Gesprächen mit den Sorgeberechtigten wird um deren Unterstützung geworben und der Sicherheitsplan vorgestellt. Sie haben eine besondere Verantwortung gegenüber den Kindern und Jugendlichen, den Zugang zu gefährlichen und letalen Mitteln zu erschweren (Medikamente oder Waffen unerreichbar aufbewahren!).

## Bearbeitung aktueller Probleme und Veränderungen im Lebensumfeld

Hinter suizidalen Verhaltensweisen stehen nicht nur Defizite der Emotionsregulation, sondern auch fehlende Problem- oder Konfliktlösekompetenzen. Nach Identifikation und Verständigung über anstehende Probleme werden mit den Kindern, Jugendlichen und ihren Bezugspersonen Maßnahmen zur Lösung (Info- und Arbeitsblatt STOPP-DENK [10]) und mögliche Entlastungen diskutiert, z. B.:

- Eltern vermitteln ihrem Sohn/ihrer Tochter in einem Gespräch, wie sehr er/sie geliebt wird und wie wichtig er/sie ist.
- Ein Konflikt mit MitschülerInnen wird nach Vorbereitung mit Rollenspielen und Coaching selbst oder mit Hilfe des Klassenlehrers und/oder dem schulpsychologischen Dienst gelöst.
- Ein Klassen- oder Schulwechsel findet statt, wenn eine Klärung nicht möglich ist.
- Eine Jugendliche wendet sich zusammen mit MitarbeiterInnen des Sozialdienstes an das Jugendamt und informiert sich über Möglichkeiten der Unterstützung.
- Die Entlassung aus der stationären Krisenintervention erfolgt vorübergehend oder längerfristig in eine Einrichtung, wenn die familiären belastenden Bedingungen nicht oder nicht zeitnah zu verbessern sind.
- Ein Gespräch für mehr Verständnis für die Probleme der oder des Jugendlichen findet mit dem Ausbildungsleiter statt.

**FALLBEISPIEL**

**Krisenintervention**

Notfallmäßige Vorstellung von A. mit Mutter wegen stark drängender Suizidgedanken mit konkreten Plänen. Seit ca. 5 Monaten gedrückte Stimmung, reduzierter Antrieb und sozialer Rückzug. In Anspannungssituationen Selbstverletzungen. Ein- und Durchschlafstörungen, Konzentrationsstörungen und Appetitverlust.

Belastungsfaktoren: Trennung vom Freund 2 Wochen zuvor. Enormer schulischer Leistungsdruck, hohe Ansprüche an sich selbst, Notenverschlechterung. Leistungssportlerin, sie trainiere jeden Tag.
Stationäre Krisenintervention: Entlastung durch Aufnahme. Beziehungsaufbau durch aktivierende Angebote und positive Aktivitäten, gleichzeitig Ablenken von negativen Gedankenschleifen. Skillscoaching in Anspannungssituationen. Achtsamkeitsübungen zur Wahrnehmung selbstabwertender Kognitionen.
Einzeltherapie: Verhaltensanalyse zur Situation vor Aufnahme. Auslöser: Streit mit ihrer besten Freundin, Kognitionen: „Dich mag keiner", „Dir gelingt eh nichts", „Dich würde keiner vermissen". Emotionen: Verzweiflung, Ohnmacht. Körperreaktionen: hohe innere Anspannung mit suizidalen Impulsen auf der Handlungsebene. Anfälligkeit: unregelmäßiger Tag-Nacht-Rhythmus sowie Essverhalten.
Definition der wichtigsten Problembereiche („Problemkuchen"), Ziele und Lösungen: strukturierter Tagesplan, regelmäßige Mahlzeiten, feste Lernzeiten, Zeit für Freizeitaktivitäten. Reduktion des Trainings. Klärendes Telefonat mit Freundin.
Vor Beendigung der Krisenintervention Anpassung der persönlichen Skills-Kette und Sicherheitsplan mit Frühwarnsymptomen.
Follow-up: Terminierte ambulante Gespräche zur Auswertung der formulierten Maßnahmen. Telefoncoaching in Krisensituationen. Beginn einer ambulanten Psychotherapie. Medikation zunächst zurückgestellt, da Stimmung verbessert.

## Kindeswohlgefährdung

Neben der direkten Intervention gegenüber Kindern und Jugendlichen haben TherapeutInnen auch die Aufgabe, auf junge Menschen zu achten, die in prekären und gefährdenden Umständen leben, ohne dass eine Eskalation als Hilfeschrei oder Notfallsituation unmittelbar erkennbar ist.

Für die Aspekte des Kindeswohls (gemeint sind hier alle jungen Menschen vor der Volljährigkeit) ist das jeweilige kommunale Jugendamt zuständig. Eine Kindeswohlgefährdung ist Anlass, mit den Sorgeberechtigten die Notfallsituation zu erörtern und zu klären. Minderjährige sollen dabei je nach Alter und Reife einbezogen werden („Partizipation"). Alle Personen, die beruflich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten, haben einen gesetzlich verbrieften Anspruch auf Fachberatung (s. Infobox). Qualifizierte BeraterInnen beim zuständigen Jugendamt gehen – auch anonym – die komplexen Aspekte der Lebenssituation des Kindes mit dem/der TherapeutIn durch. Hierbei nehmen Fachkräfte des Jugendamtes und TherapeutInnen oftmals verschiedene Perspektiven ein.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

**INFO**

**Gesetzlich verbriefter Beratungsanspruch für TherapeutInnen**

§ 8b SGB VIII Fachliche Beratung und Begleitung zum Schutz von Kindern und Jugendlichen

(1) Personen, die beruflich in Kontakt mit Kindern oder Jugendlichen stehen, haben bei der Einschätzung einer Kindeswohlgefährdung im Einzelfall gegenüber dem örtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine insoweit erfahrene Fachkraft.

(2) Träger von Einrichtungen, in denen sich Kinder oder Jugendliche ganztägig oder für einen Teil des Tages aufhalten oder in denen sie Unterkunft erhalten, und die zuständigen Leistungsträger, haben gegenüber dem überörtlichen Träger der Jugendhilfe Anspruch auf Beratung bei der Entwicklung und Anwendung fachlicher Handlungsleitlinien (...) zur Sicherung des Kindeswohls und zum Schutz vor Gewalt (...).

Die Schwellen des Eingreifens gegen den Willen der Sorgeberechtigten sind dabei hoch. Im Vordergrund des Handelns stehen nicht Sanktionen, sondern die Abschätzung, ob diese willens und in der Lage sind, angebotene Unterstützung anzunehmen. Unter Federführung des Jugendamtes wird es zunächst zu einer Erörterung der aufgeworfenen Fragen kommen.

Allerdings ist auch eine „Inobhutnahme“ durch das Jugendamt möglich, bei dem der dortige Allgemeine Sozialdienst (ASD) Kinder und Jugendliche auch aus der Familie herausnehmen kann. Dabei wird versucht, hierzu die Zustimmung der Sorgeberechtigten zu erhalten. In kontroversen Situationen wird das Familiengericht nach Anhörung aller Beteiligten und Anhörung des betroffenen jungen Menschen entscheiden.

Die Kinderschutzleitlinie [16] zeigt umfassend die Wege einer multiprofessionellen Vorgehensweise auf, die sich strikt am Kindeswohl orientiert. Etabliert wurde auch die bundesweit verfügbare Kinderschutz-Hotline (www.kinderschutzhotline.de), die unter der Telefonnummer 0800 19 210 00 für alle offen ist, die beruflich mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt stehen. Für den Kinderschutz in pädagogischen und klinischen Organisationen sind wegweisende Materialien erschienen [17][18].

**FALLBEISPIEL**

**Therapeutische Schweigepflicht versus Kinderschutz bei häuslicher Gewalt**

Frau M., 33 Jahre, Mutter einer Tochter von 5 Jahren aus einer früheren Verbindung und eines 9 Monate alten Jungen aus ihrer aktuellen, sehr instabilen Beziehung mit einem neuen Lebenspartner. In der Psychotherapie berichtet die Klientin von jähzornigem und impulsivem Verhalten ihres Partners, 24 Jahre, gegenüber der Tochter. Besonders das nächtliche Schreien des Säuglings mache ihren Partner aggressiv. Auf Nachfragen wird deutlich, dass Frau M. befürchtet, ihren Partner zu verlieren oder selbst zum Opfer seiner Aggressionen zu werden, wenn sie ihm entschieden entgegentritt. Es ist schwer abzuschätzen, welche Gefährdung für die Kinder besteht. Mit dem Jugendamt hat Frau M. bereits Erfahrungen, sie ist derzeit nicht bereit, von dort Hilfe anzunehmen.

Der Therapeut hat die Möglichkeit, sich anonym von einer Fachkraft des Jugendamtes beraten zu lassen. Diese prüft den Fall und berät kriteriengeleitet. Die Empfehlung der Fachkraft ist für den Therapeuten nicht bindend. Eine Option ist die Anzeige einer vermuteten Kindeswohlgefährdung gemäß § 8a SGB VIII beim zuständigen Jugendamt. Das Jugendamt wird mit Hilfsangeboten reagieren, hierbei steht das Kindeswohl im Vordergrund.

**FAZIT**

Eine dialektische und annehmende Haltung sowie die vielfältigen Strategien, wie sie die für junge Menschen adaptierte Form der dialektisch-behavioralen Therapie (DBT-A) vermittelt, unterstützen erfolgreich im Rahmen von Kriseninterventionen nicht nur Kinder und Jugendliche und ihre Familien, sondern auch das gesamte Helfersystem. Bei Krisen und Notfällen im Kindes- und Jugendalter geht es jedoch nicht nur um suizidale Krisen und selbstschädigendes Verhalten. Vielmehr müssen TherapeutInnen die Signale von Kindern und Jugendlichen, die auf eine mögliche Gefährdung des Kindeswohls hindeuten können, erkennen und auf eine multiprofessionelle Einschätzung und Abklärung gemäß Leitlinien hinwirken.

## Interessenkonflikt

Susanne Lieb: Regelmäßige Dozententätigkeit als Trainerin für DBT-A im Rahmen der Fortbildung DBT-A-TherapeutIn und DBT-A-TherapeutIn für Sozial- und Pflegeberufe für die AWPs Berlin, Freiburg und München.

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.

## Autorinnen/Autoren

**Susanne Lieb**

Dr. med.; Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, seit 2001 stellv. Chefärztin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Leitung der akuten Aufnahme- und Krisenstation über viele Jahre. Aufbau einer DBT-A-Station mit kontinuierlicher Zertifizierung durch den Dachverband (DDBT) seit 2007. DBT-Therapeutin, Trainerin für DBT-A. Dozentin, Supervisorin (VT) und Vorstandsmitglied am IFKV-Institut für Fort- und Weiterbildung in klinischer Verhaltenstherapie e. V. Bad Dürkheim.

**Nadja Henninger**

Dr. sc. hum. Dr. med.; Apothekerin, Beginn der Weiterbildung zur Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie August 2011 im Pfalzklinikum. Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Oberärztin im Bereich der Akutaufnahme und Krisenintervention seit November 2018.

**Michael Brünger**

Dr. med.; Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Unterbringungsleiter im Maßregelvollzug für Jugendliche und Heranwachsende, Lehrtherapeut, Supervisor (VT), Psychotraumatherapeut für Kinder und Jugendliche, Systemischer Familientherapeut, Ärztliches Qualitätsmanagement, zertifizierter Gutachter mit Schwerpunkt Familienrecht, Zertifikat Epileptologie Plus.


## Korrespondenzadresse


**Dr. med. Susanne Lieb**
Pfalzklinikum
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Weinstr. 100
76889 Klingenmünster
susanne.lieb@pfalzklinikum.de


## Literatur


[1] Borg-Laufs M, Gahleitner SB, Hungerige H. Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. Weinheim: Beltz; 2012: 197

[2] Plener PL. Suizidales Verhalten und nichtsuizidale Selbstverletzungen. Heidelberg: Springer; 2015

[3] In-Albon T, Plener PL, Brunner R, Kaess M. Ratgeber Selbstverletzendes Verhalten: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe; 2015

[4] Plener PL, Fegert JM, Kaess M et al. Nicht-Suizidales Selbstverletzendes Verhalten (NSSV) im Jugendalter: Klinische Leitlinie zur Diagnostik und Therapie. Z Kinder Jugendpsy Psychother 2016; 1: 13

[5] Posner K, Brown GK, Stanley B et al. The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. Am J Psychiatry 2011; 168: 1266–1277. Im Internet: http://cssrs.columbia.edu/training/training-options/; Stand: 11.12.2019

[6] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAFE-T Pocket Card: Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage for Clinicians. Im Internet: https://store.samhsa.gov/product/SAFE-T-Pocket-Card-Suicide-Assessment-Five-Step-Evaluation-and-Triage-for-Clinicians/sma09-4432; Stand: 11.12.2019

[7] Becker K, Adam H, In-Albon T et al. Diagnostik und Therapie von Suizidalität im Jugendalter: Das Wichtigste in Kürze aus den aktuellen Leitlinien. Z Kinder Jugendpsy Psychother 2017. doi:10.1024/1422-4917/a000516

[8] Wewetzer C, Quaschner K. Ratgeber Suizidalität: Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe; 2019

[9] Linehan MM. Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeitsstörung. München: CIP-Medien; 1996: 159

[10] von Auer AK, Bohus M. Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A) – Das Therapeutenmanual. Stuttgart: Schattauer; 2017

[11] Wewetzer G, Bohus M. Borderline-Störung im Jugendalter: Ein Ratgeber für Jugendliche und Eltern. Göttingen: Hogrefe; 2016

[12] Fruzzetti AE. The High-Conflict Couple: A Dialectical Behaviour Therapy Guide to Finding Peace, Intimacy & Validation. Oakland: New Harbinger; 2007

[13] Teismann T, Koban C, Illes F, Oermann A. Psychotherapie suizidaler Patienten. Göttingen: Hogrefe; 2016: 54

[14] Bohus M. Borderline-Störung (Fortschritte der Psychotherapie/Manuale für die Praxis). 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2019

[15] Priebe K, Dyer A, Hrsg. Metaphern, Geschichten und Symbole in der Traumatherapie. Göttingen: Hogrefe; 2014

[16] Kinderschutzleitlinienbüro. AWMF S3 + Leitlinie Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung unter Einbindung der Jugendhilfe und Pädagogik (Kinderschutzleitlinie), Kurzfassung 1.0, 2019, AWMF-Registernummer: 027–069. Im Internet: https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/027-069.html; Stand: 11.12.2019

[17] Fegert J, Kölch M, König E, Harsch D, Witte S, Hoffmann U, Hrsg. Schutz vor sexueller Gewalt und Übergriffen in Institutionen. Berlin: Springer; 2018

[18] Oppermann C, Winter V, Harder C, Wolff M, Schröer W, Hrsg. Lehrbuch Schutzkonzepte in pädagogischen Organisationen. Weinheim: Beltz/Juventa; 2018


## Bibliografie


**DOI** https://doi.org/10.1055/a-0968-2630
PiD - Psychotherapie im Dialog 2020; 21: 83–88

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
ISSN 1438-7026

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.