

Warum hat unsere Jugend immer mehr psychische Probleme?



PD Dr. med. Gregor Berger

Leitender Arzt Notfallzentrum KANT, Home Treatment

Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

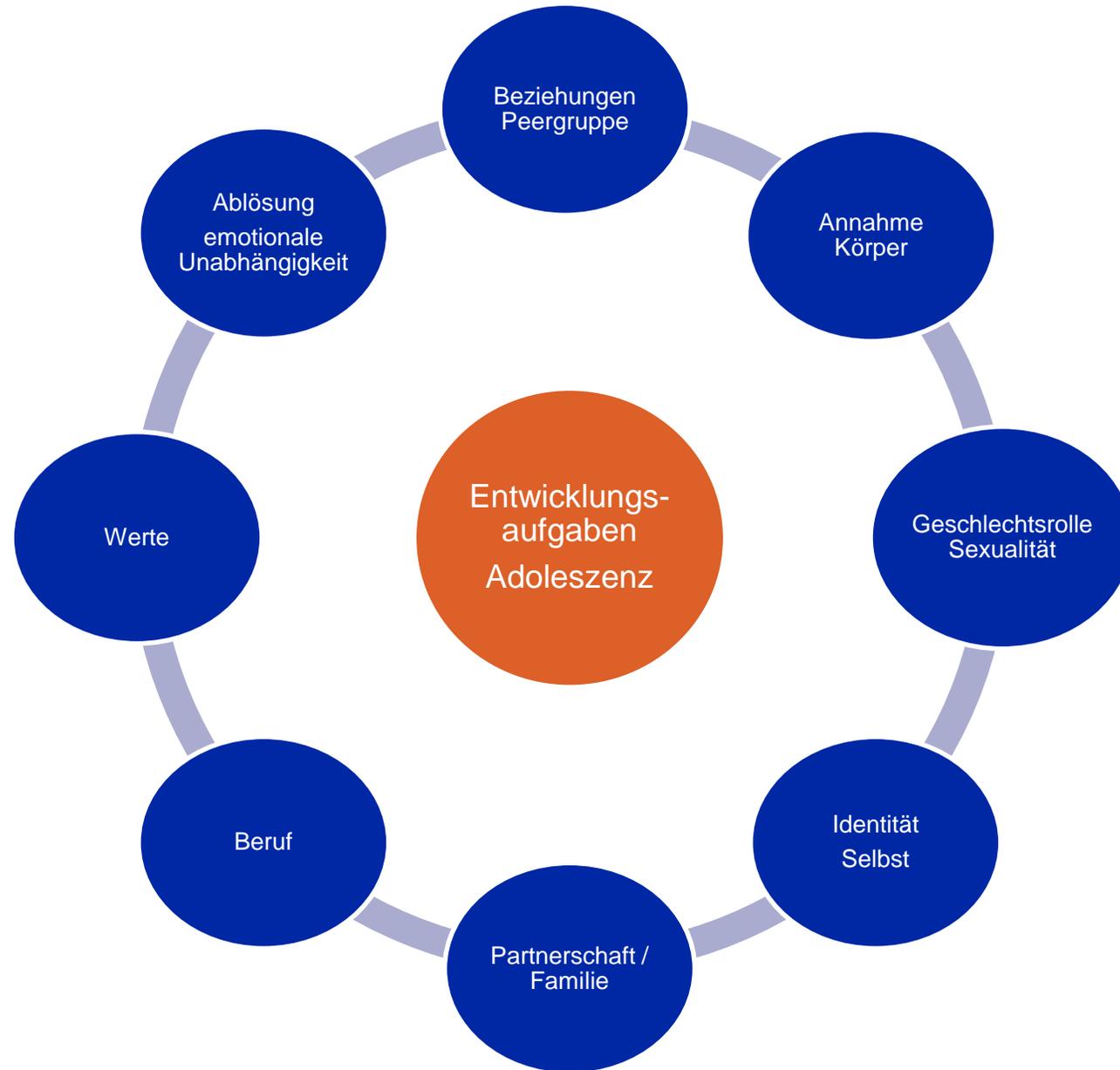
Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

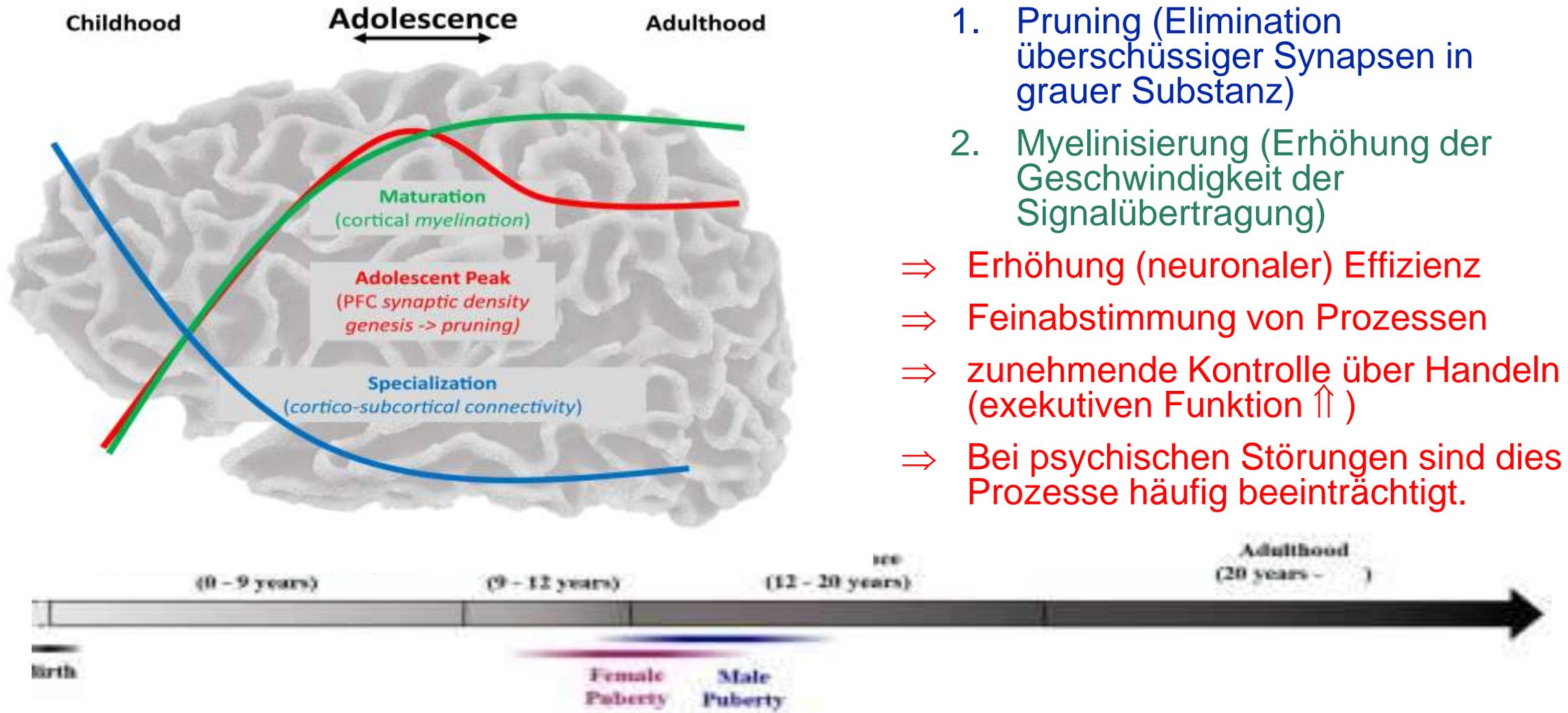
gregor.berger@pukzh.ch

Tel. 043 499 26 26



Entwicklungsaufgaben

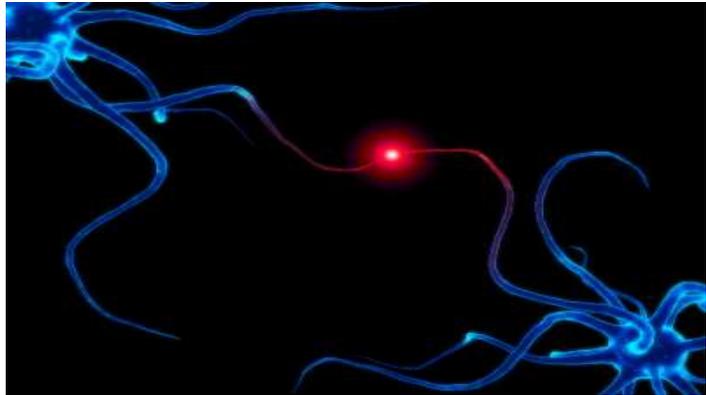




1. Pruning (Elimination überschüssiger Synapsen in grauer Substanz)
2. Myelinisierung (Erhöhung der Geschwindigkeit der Signalübertragung)

- ⇒ Erhöhung (neuroner) Effizienz
- ⇒ Feinabstimmung von Prozessen
- ⇒ zunehmende Kontrolle über Handeln (exekutiven Funktion ↑)
- ⇒ Bei psychischen Störungen sind dies Prozesse häufig beeinträchtigt.

vielfältig und komplex!!



**Gene
(nature)**

+

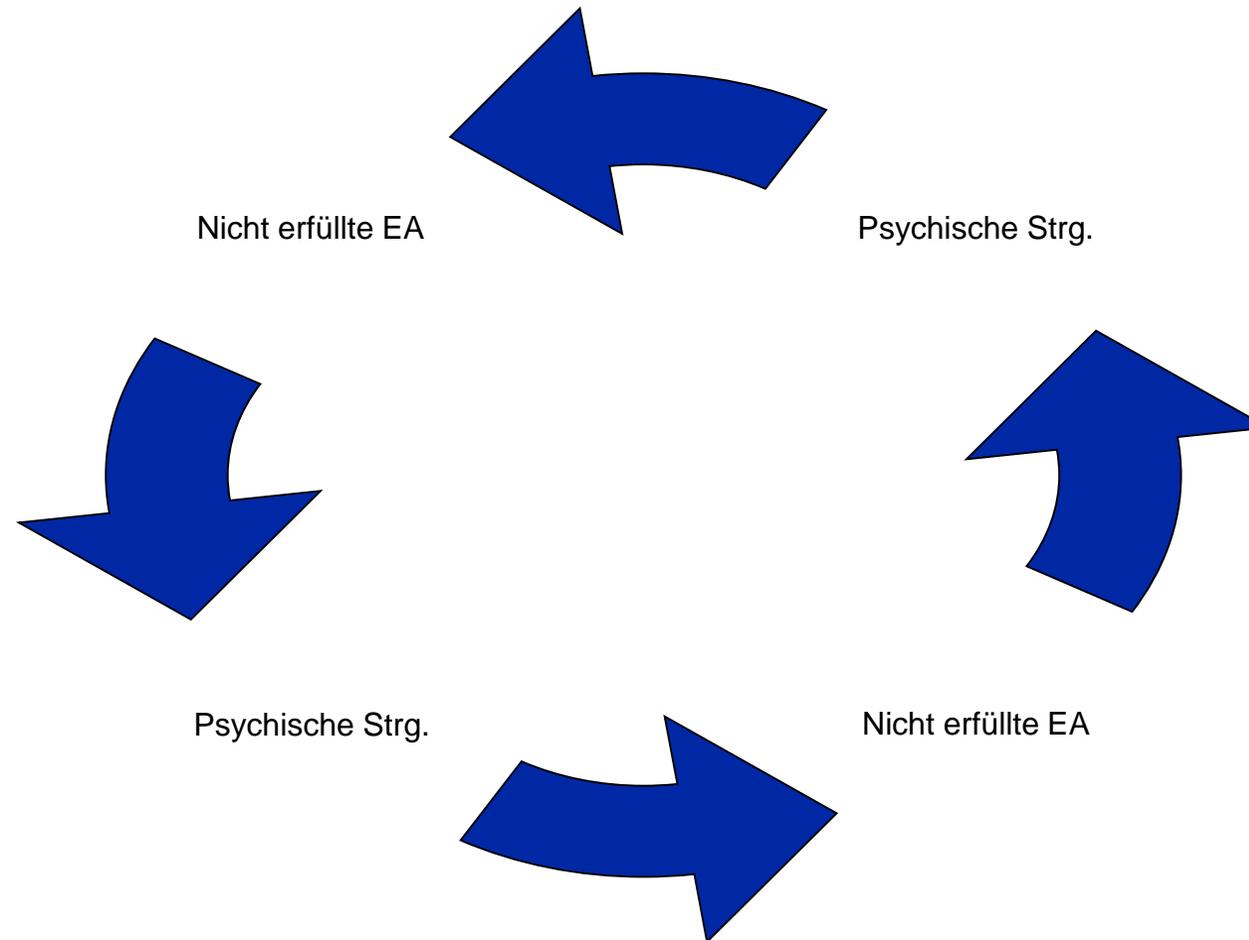


**Umwelt
(nurture)**



Hirnentwicklung

**Der Teufelskreis zwischen nicht Erreichen
respektive nicht Abschliessen von Entwicklungsaufgaben (EA) und psychischen Störungen**

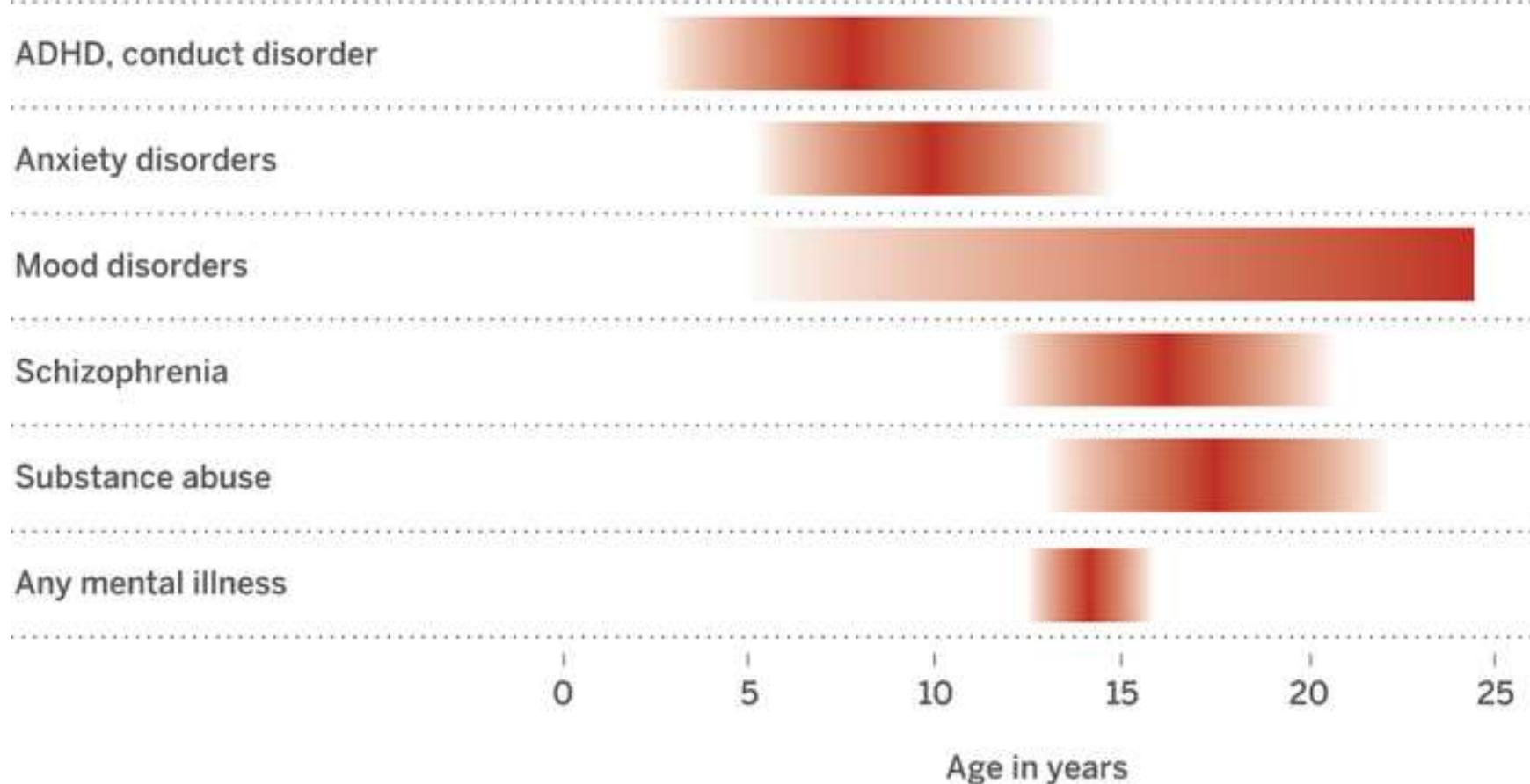


Beginn psychischer Störungen



Emergence and peak in mental disorders during adolescence

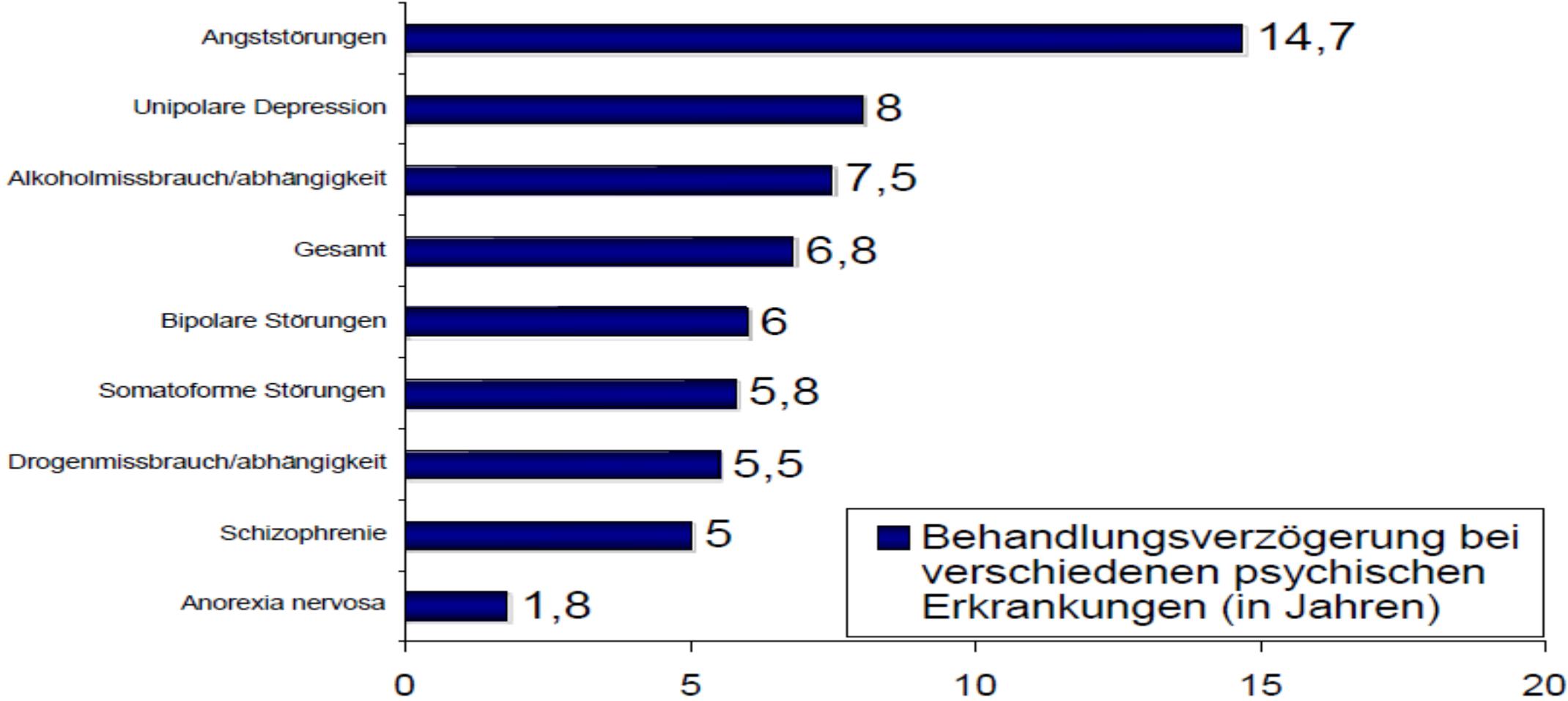
One in five adolescents have a mental illness that will persist into adulthood



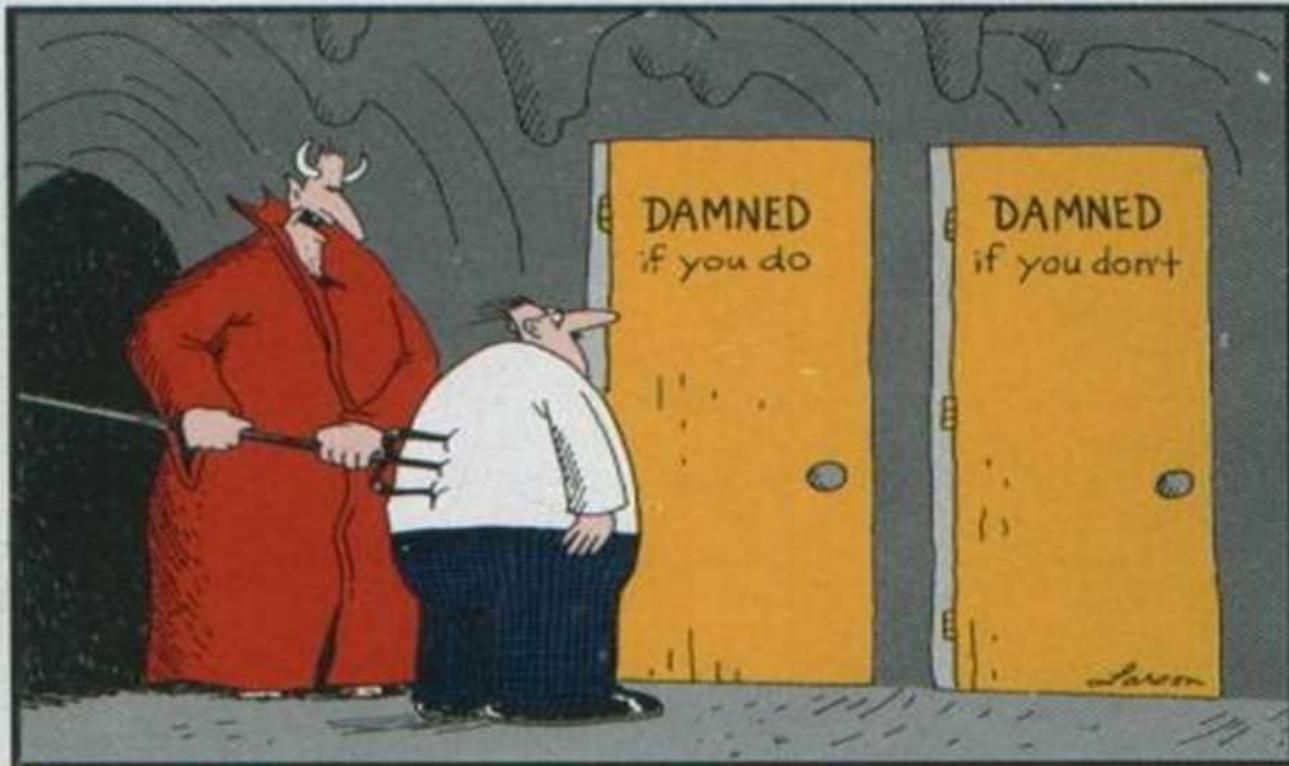
- einfache Aufmerksamkeits-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS/ ADS)
 - ❖ Spezialform: Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
- Angststörungen/ Emotionale Störungen des Kindesalters
- Depressive Erkrankungen / Bipolar affektive Störungen
- Anpassungsstörungen (Verlust/ Scheidung/ Trennung/ Mobbing/ Ortswechsel u.a.)
- Störungen des Sozialverhaltens/ Persönlichkeitsstörungen
- Autismusspektrumstörungen (Asperger)
- Essstörungen (Anorexia nervosa/ Bulämie / atypische Essstörungen)
- Zwangsstörungen, Tic-Störungen, Tourette-Syndrom
- Kindesmissbrauch, Kindesvernachlässigung, Traumata, dissoziative Störungen
- Psychotische Störungen (Schizophrenien)



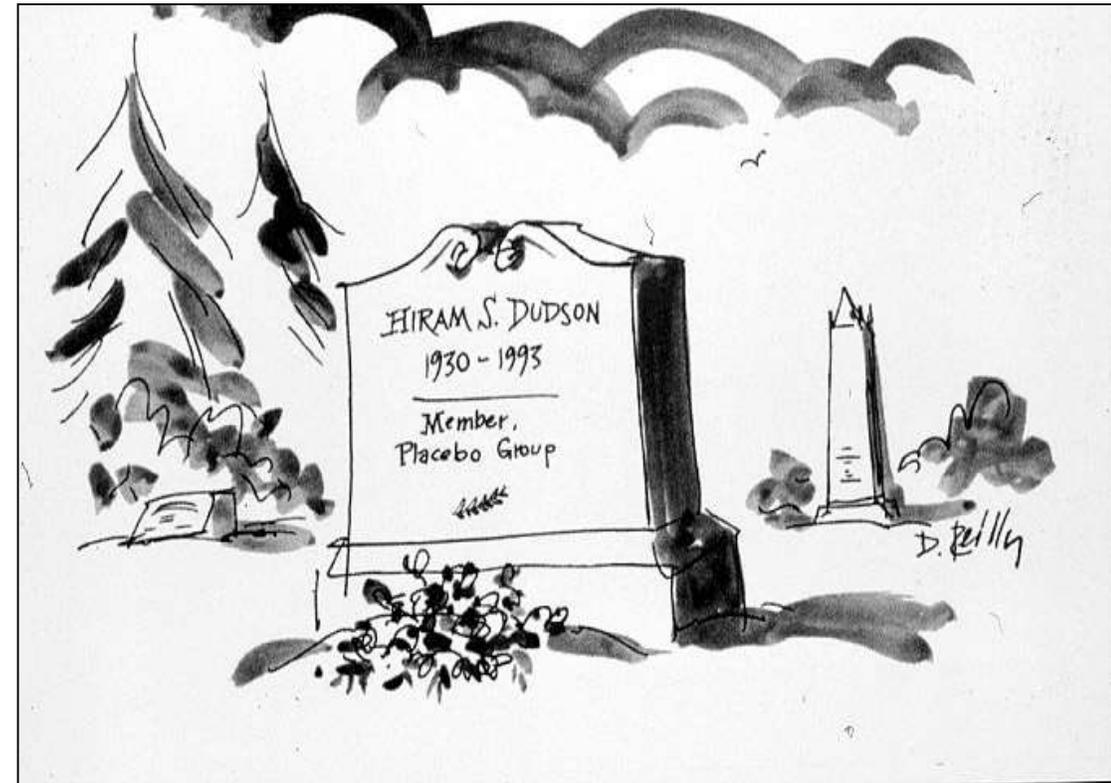
Behandlungsverzögerung



Früherkennung – ein zweischneidiges Schwert



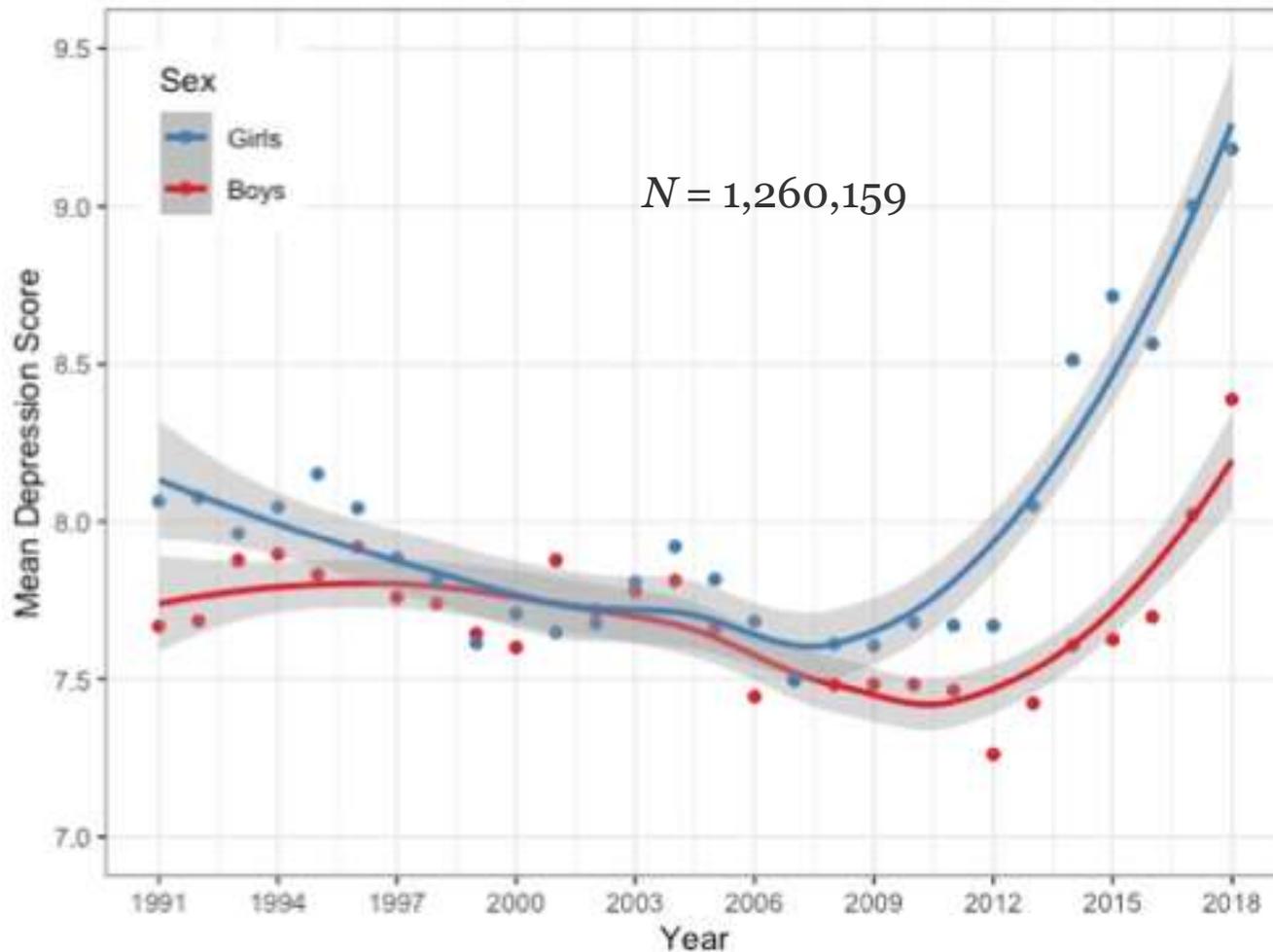
“C’mon, c’mon — it’s either one or the other.”



Psychische Probleme in der Adoleszenz nehmen zu



Depressive symptoms among high school students, 1991 through 2018



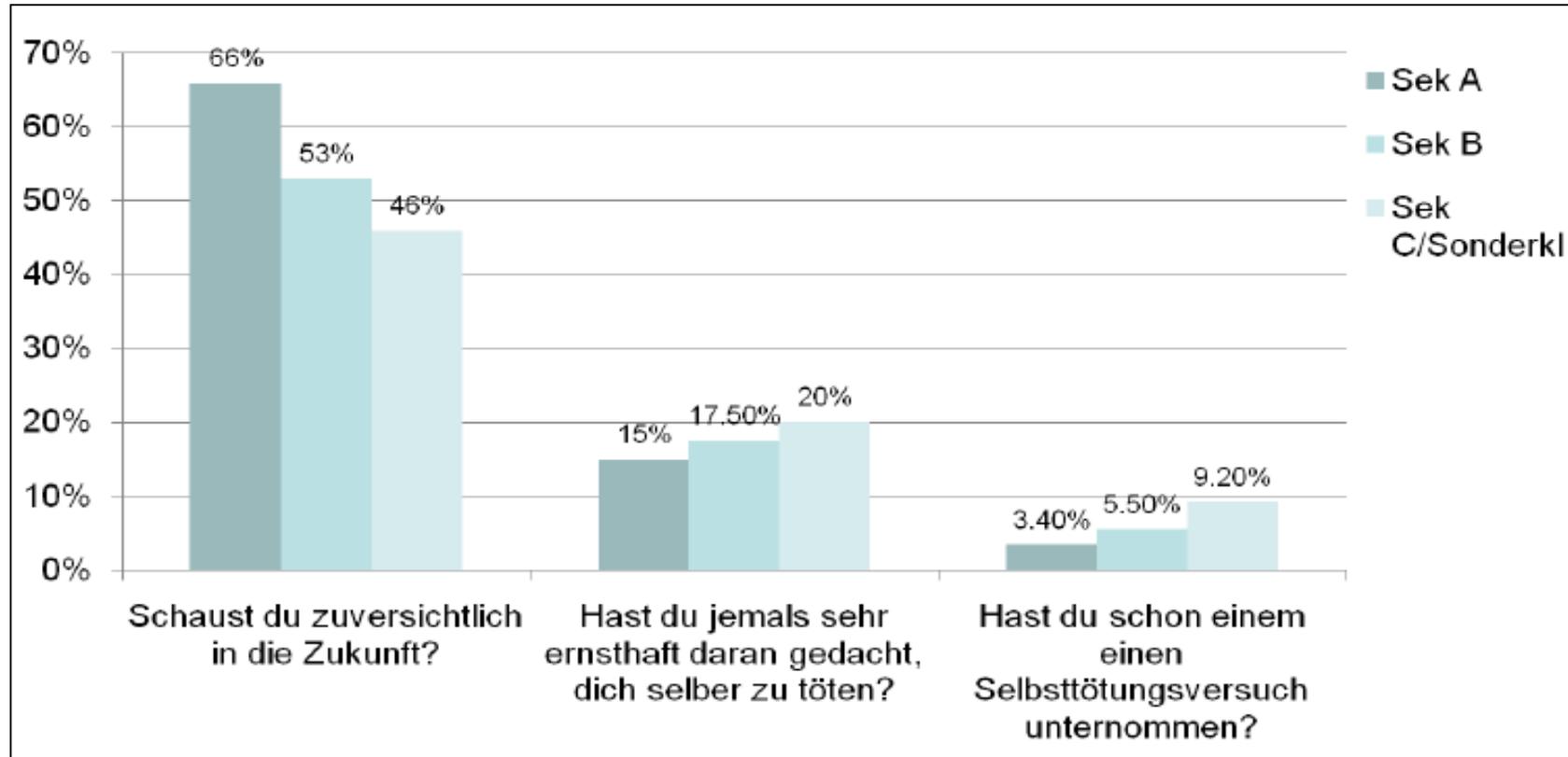
Seit 2012

- ↑ schwere depressive Episoden
- ↑ sonstige psychische Probleme
- ↑ Suizidgedanken
- ↑ gemeldete Suizidversuche
- ↑ NSSV (2x mehr Einweisungen)
- ↑ Suizide Mädchen um 12,7 %
- ↑ Suizide Jungen um 7,1 %

Schülerbefragung Sekundarklassen Zürich



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



Schülerbefragung 2007/2008 in den 2. Sekundarklassen, Stadt Zürich
Schulgesundheitsdienste der Stadt Zürich

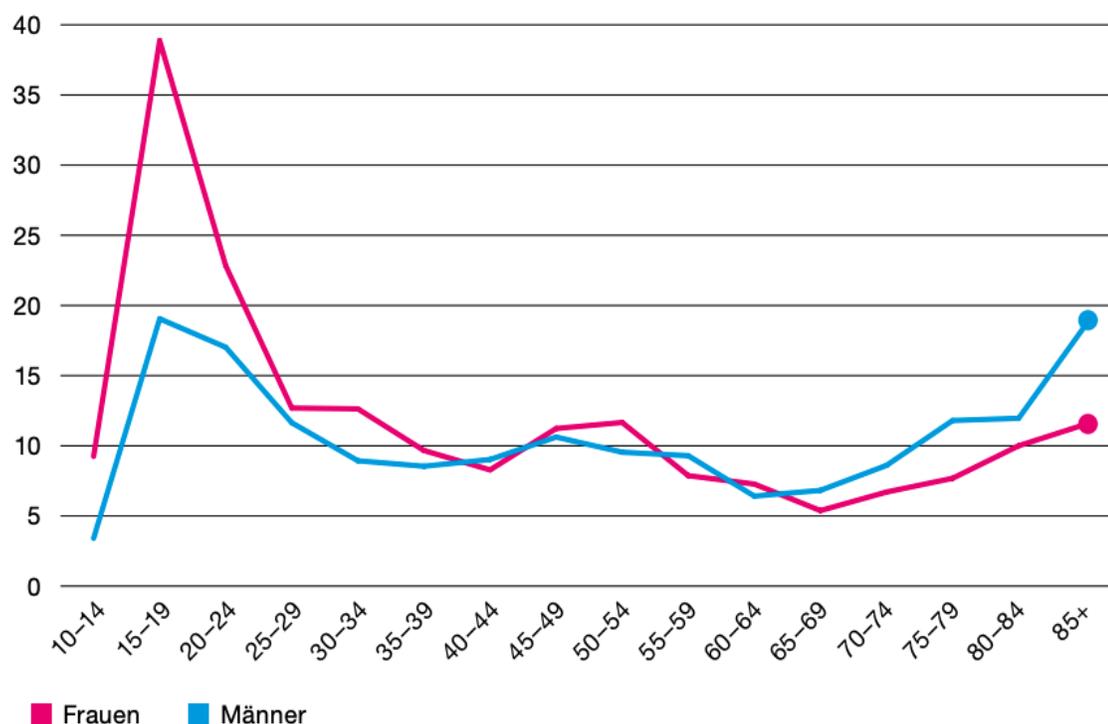
Autorin: Dr. med. Ferdinanda Pini, MPH
Schulärztlicher Dienst der Stadt Zürich



Universität
Zürich^{UZH}

Suizidversuche Zürich

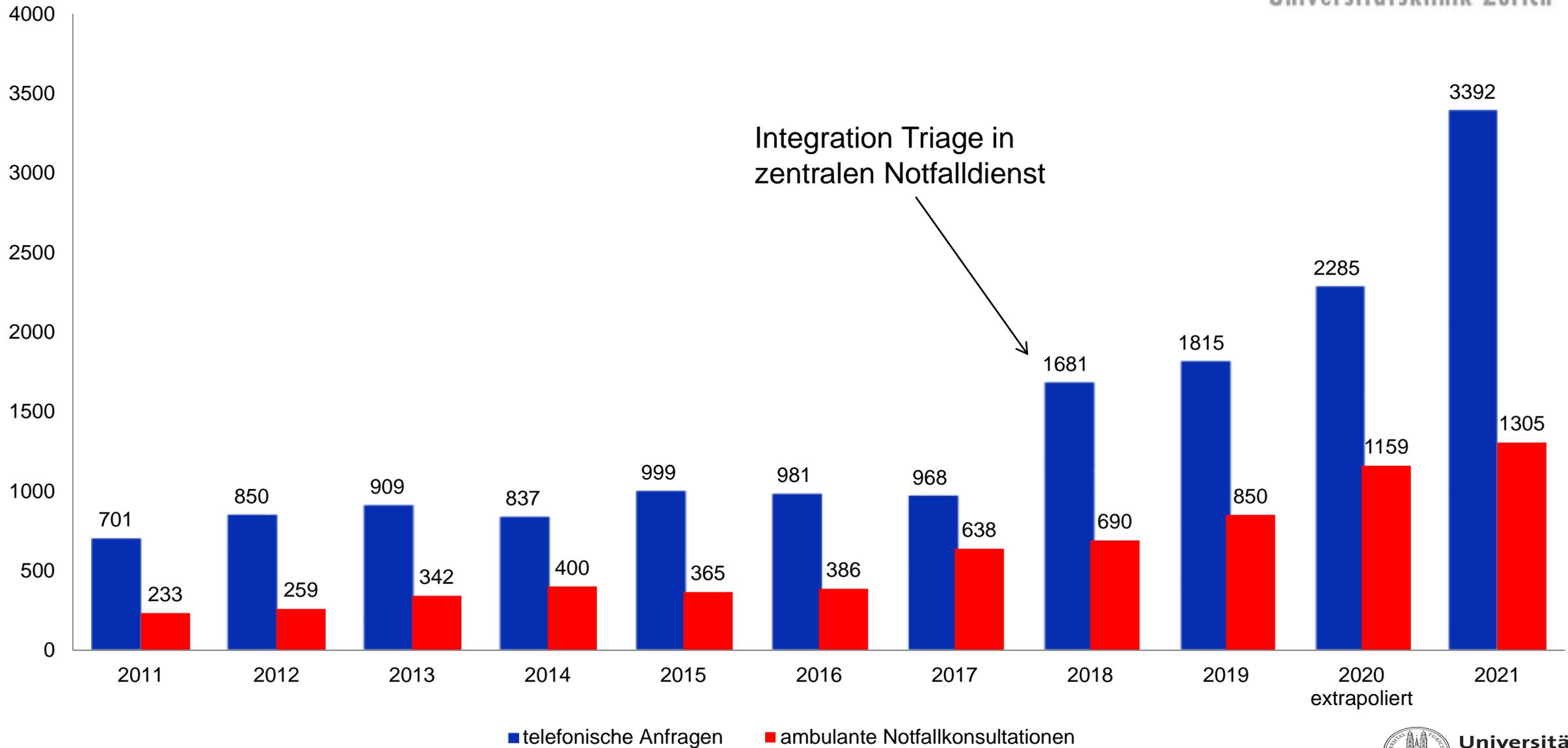
Analyse der Daten aus Medizinstatistik der Krankenhäuser (MSK)



- Bericht Zellweger, U. & Bopp, M. (2020). Analyse der Daten MSK 2008–2018 bezüglich Suizidversuche im Kanton Zürich (unveröffentlicht).
- Jährlich rund 1800 Suizidversuche (nur SV mit stationärem Aufenthalt).



Auswirkung auf Inanspruchnahme der ZH Notfallversorgung



Psychische Strg. Verlaufen häufig chronisch

- Ein Viertel der Patienten berichten von ersten Symptomen in der Adoleszenz (Kessler et al., 2005).
- Früher Krankheitsbeginn mit ungünstiger Prognose verbunden (Zisook et al., 2007)
- DALY (Disability adjusted life years): Bei den Jugendlichen ist Depression die Krankheit, welche zu den meisten verlorenen Lebensjahren führt (WHO, 2012).

	Males		Females		Total	
	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)	Cause	Total DALYs (100 000s) (%)
1	Unipolar depressive disorders	34 (8.0%)	Unipolar depressive disorders	53 (11.7%)	Unipolar depressive disorders	86 (9.9%)
2	Road traffic accidents	33 (7.8%)	Schizophrenia	23 (5.2%)	Schizophrenia	46 (5.3%)
3	Alcohol use	30 (7.2%)	Bipolar disorder	22 (4.9%)	Road traffic accidents	46 (5.3%)
4	Schizophrenia	23 (5.4%)	Abortion	17 (3.8%)	Bipolar disorder	44 (5.1%)
5	Bipolar disorder	23 (5.3%)	Panic disorder	16 (3.5%)	Alcohol use	34 (4.0%)
6	Violence	21 (5.1%)	Maternal sepsis	14 (3.1%)	Violence	26 (3.0%)
7	Drug misuse	11 (2.7%)	Self-inflicted injuries	13 (3.0%)	Self-inflicted injuries	24 (2.8%)
8	Asthma	11 (2.6%)	Road traffic accidents	13 (2.9%)	Panic disorder	23 (2.7%)
9	Self-inflicted injuries	11 (2.6%)	Chlamydia	10 (2.3%)	Asthma	18 (2.0%)
10	Drownings	10 (2.5%)	Iron-deficiency anaemia	9 (2.1%)	HIV/AIDS	17 (2.0%)

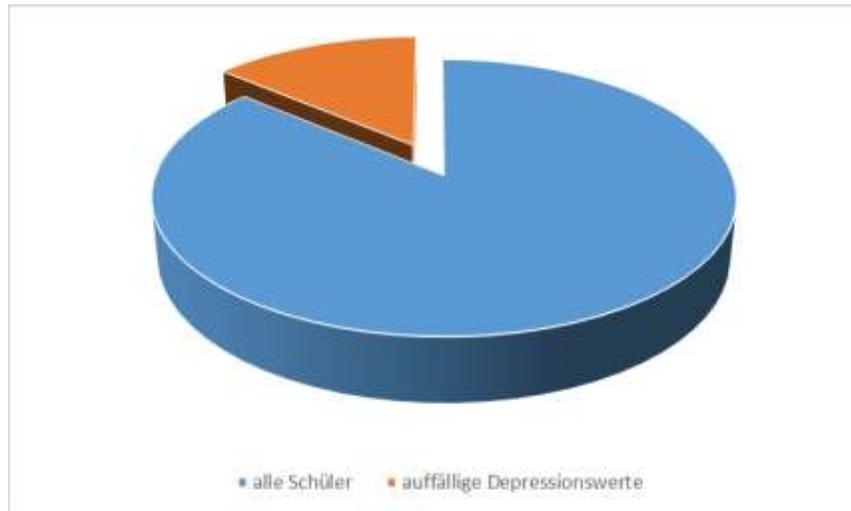
DALYs = Disability-adjusted life years oder auch **disease-adjusted life years**

Gore et al, Lancet 2011

Adoleszentäre Depressionen



Schülerbefragung Stadt Zürich 2017 /18



Weltweit: Prävalenz
depressiver Störungen:

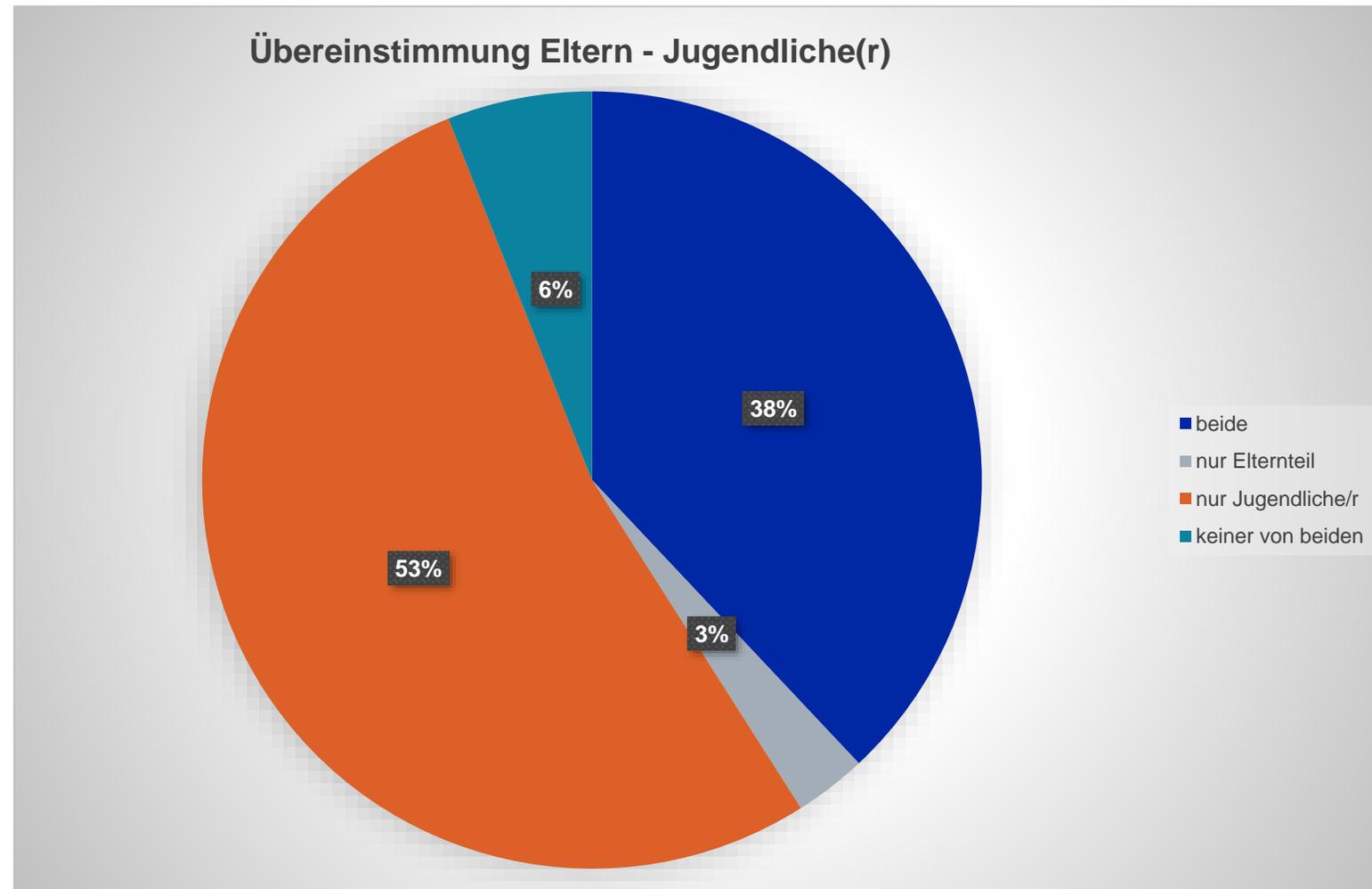
Kinder: 1 -2 %
(Costello et al., 2006)

Lebenszeitprävalenz:
Jugendliche: 11 %
(Avenevoli et al., 2015)

Adoleszentäre Depressionen



Hauptkriterien:	In unserer Stichprobe
Depressive Stimmung	73.3%
Reizbare Stimmung	41.7%
Anhedonie	67.3%
Nebenkriterien:	
Wertlosigkeit / Schuldgefühle	62.8% / 40.4%
Schlafstörungen	82.7%
Erschöpfbarkeit	80.8%
Konzentrationsstörungen / Entscheidungsprobleme	58.3% / 24.4%
Veränderungen von Appetit / Gewicht	37.8%
Psychomotorische Unruhe / Hemmung	4.6% / 4.6%
Gedanken an Tod / Suizidalität	74.4% / 52.6%



- beide
- nur Elternteil
- nur Jugendliche/r
- keiner von beiden

Traumatisierung / Kindsmisshandlung

Kindsmisshandlungen mit schlechterer Prognose assoziiert (Nanni et al., 2010)

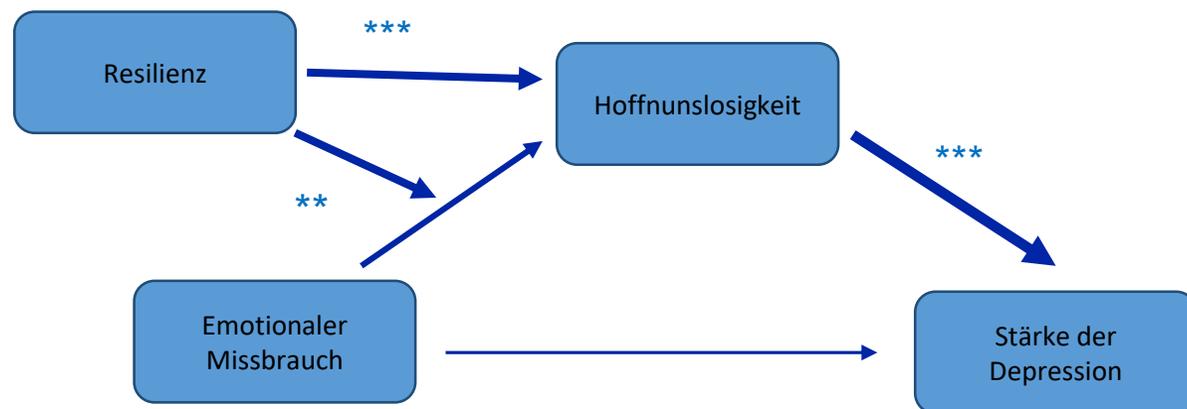
Häufigkeit von Missbrauch und Vernachlässigung			
	wenig	moderat	schwer
Emotionaler Missbrauch	41%	26%	33%
Physischer Missbrauch	76%	8%	16%
Sexueller Missbrauch	89%	2%	9%
Emotionale Vernachlässigung	22%	15%	63%
Physische Vernachlässigung	54%	29%	17%

Emotionaler Missbrauch als grösster Risikofaktor für Depressionen (Mandelli et al., 2015)

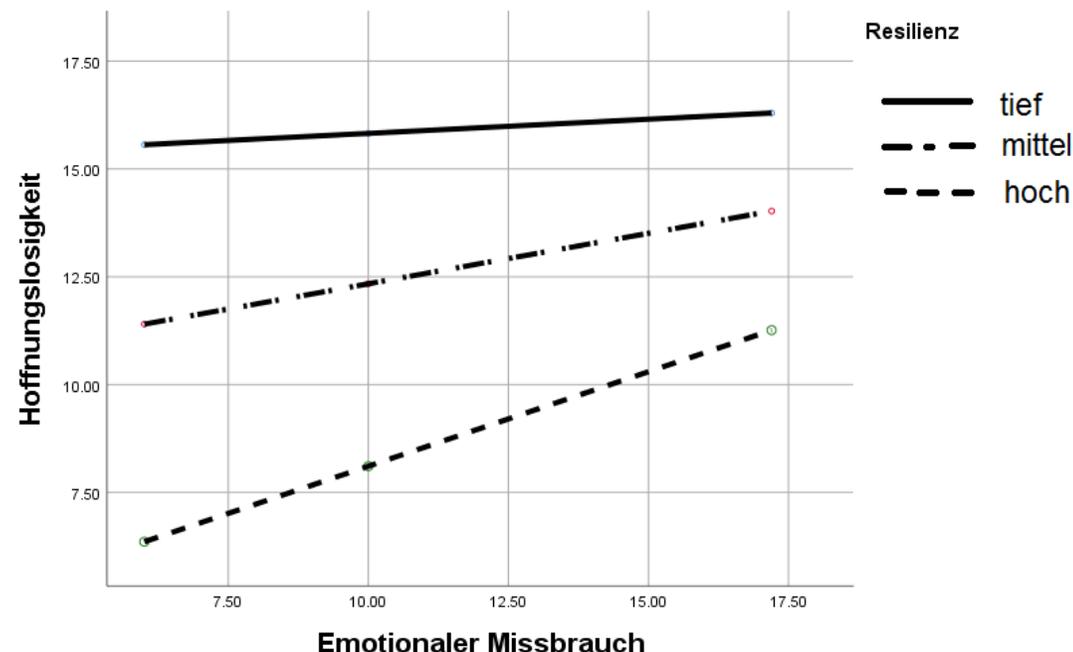




Wie beeinflusst emotionaler Missbrauch die Depression?



Hoffnungslosigkeit als Mediator zwischen emotionalem Missbrauch und Schwere der depressiven Symptomatik

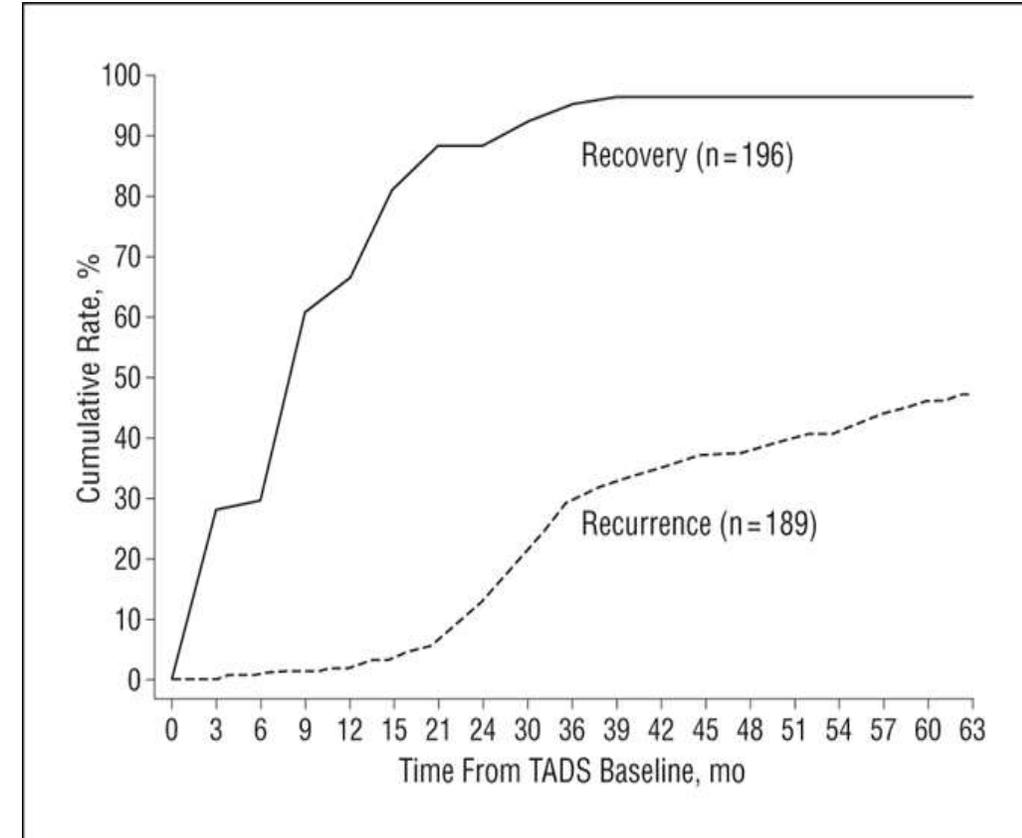
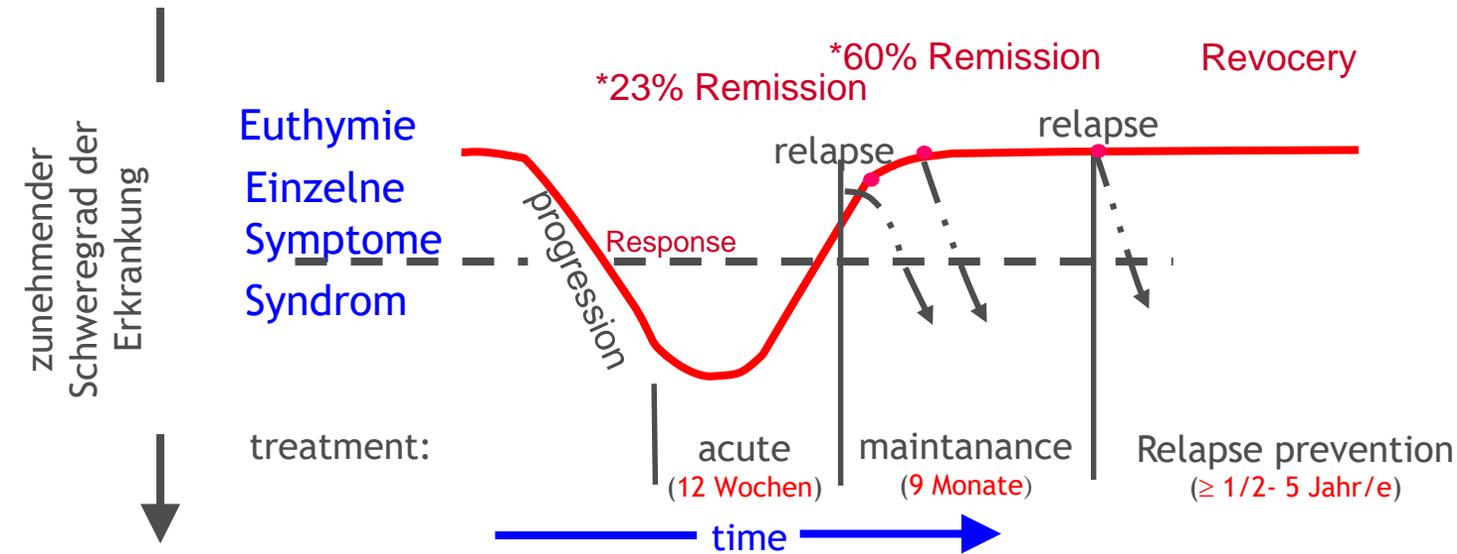


Resilienz beeinflusst den Zusammenhang zwischen emotionalem Missbrauch und Hoffnungslosigkeit

Verlauf einer ersten depressiven Episode



- 8-9 Monate bis zur Heilung (Recovery)
- 50% Recovery, keine weiteren Episoden
- 35% wiederkehrend (auch nach Jahren)
- 15% chronisch, Symptome persistieren



*TADS Arch Gen Psychiatry. 2011;68(3):263-269.; Kupfer; 1991, Eaton 2008, Colman 2007

Männer (Herbert Grönemeyer)



– *Herbert Grönemeyer - Männer*

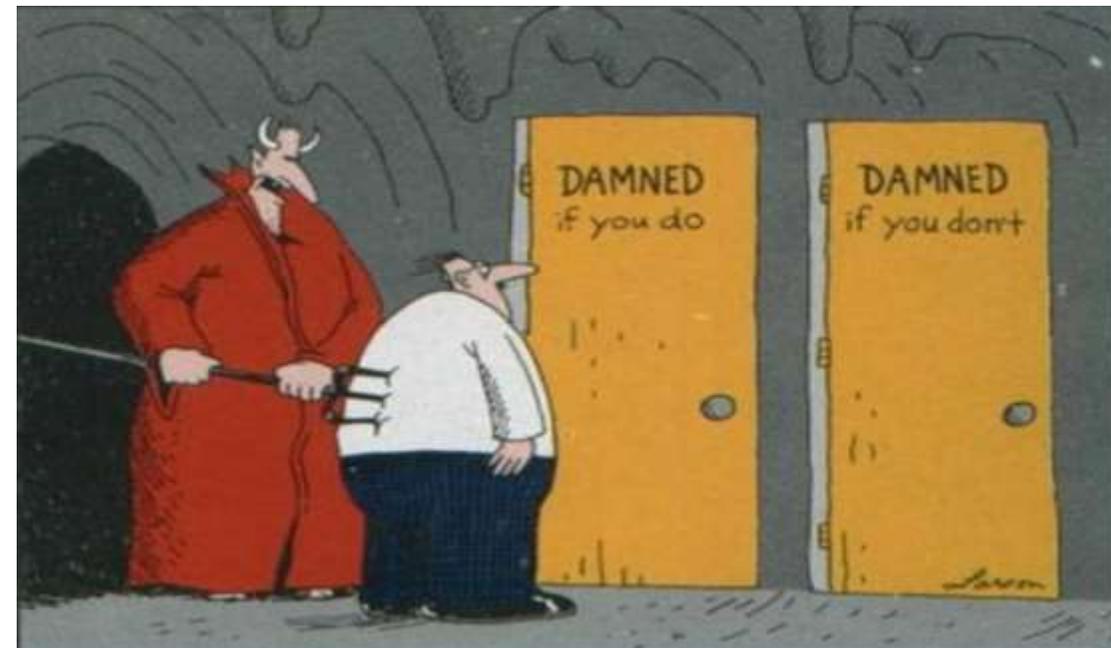
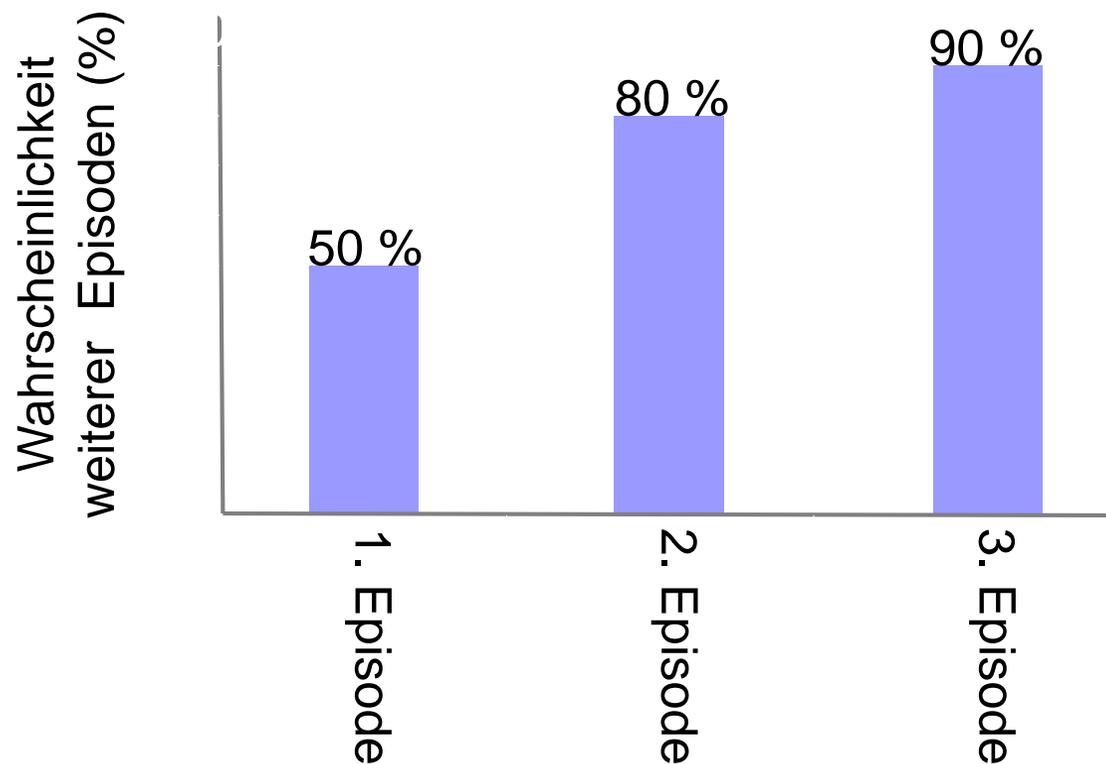
Männer haben Muskeln,
Männer sind furchtbar stark,
Männer können alles,
Männer kriegen 'nen Herzinfarkt,
ohh Männer sind einsame Streiter
müssen durch jede Wand,
müssen immer weiter.



– *Refrain:*

Männer habens schwer, nehmens leicht
außen hart und innen ganz weich
werden als Kind schon auf Mann geeicht.
Wann ist ein Mann ein Mann?
Wann ist ein Mann ein Mann?
Wann ist ein Mann ein Mann???

Auswirkungen unzureichender Rückfallprophylaxe



Depressionen sind chronische Erkrankungen -
Eine Rückfallprophylaxe ist der Schlüssel zum Erfolg!

Recovery ist das Ziel (≠ Heilung)

- Überdauernde symptomatische und funktionelle Remission
(je nach Studie für eine Dauer von 4-6 Monate)

Cave

Recovery einer depressiven Episode heisst nicht von der unipolaren rezidivierenden depressiven Grunderkrankung geheilt zu sein!

Herausforderungen der Coronapandemie

Herausforderungen:

- Einschränkungen von Freiheiten (Familie, Schule, Freizeit)
- Verlust von Struktur, Veränderung von Routinen
- Finanzielle Einbußen (Kurzarbeit, Arbeitslosigkeit)
- Überlastung & Überzeit in einzelnen Bereichen (Gesundheitswesen)
- Gefährdung Risikogruppen (Grosseltern, somatisch Vorerkrankte)

Positive Aspekte:

- Erleben von Solidarität über Generationen hinweg
- Nicht mehr alles ist selbstverständlich
- Entschleunigung (weniger Reisen, weniger Termine)



Pandemie als Katalysator ψ Probleme Adoleszenter

Überforderte Eltern erleben

Kontakt mit Peergruppe erschwert (Einsamkeit, Langeweile)

Schulische Anforderungen während / nach Lock-down

Berufswahlprozess

Freizeitaktivitäten

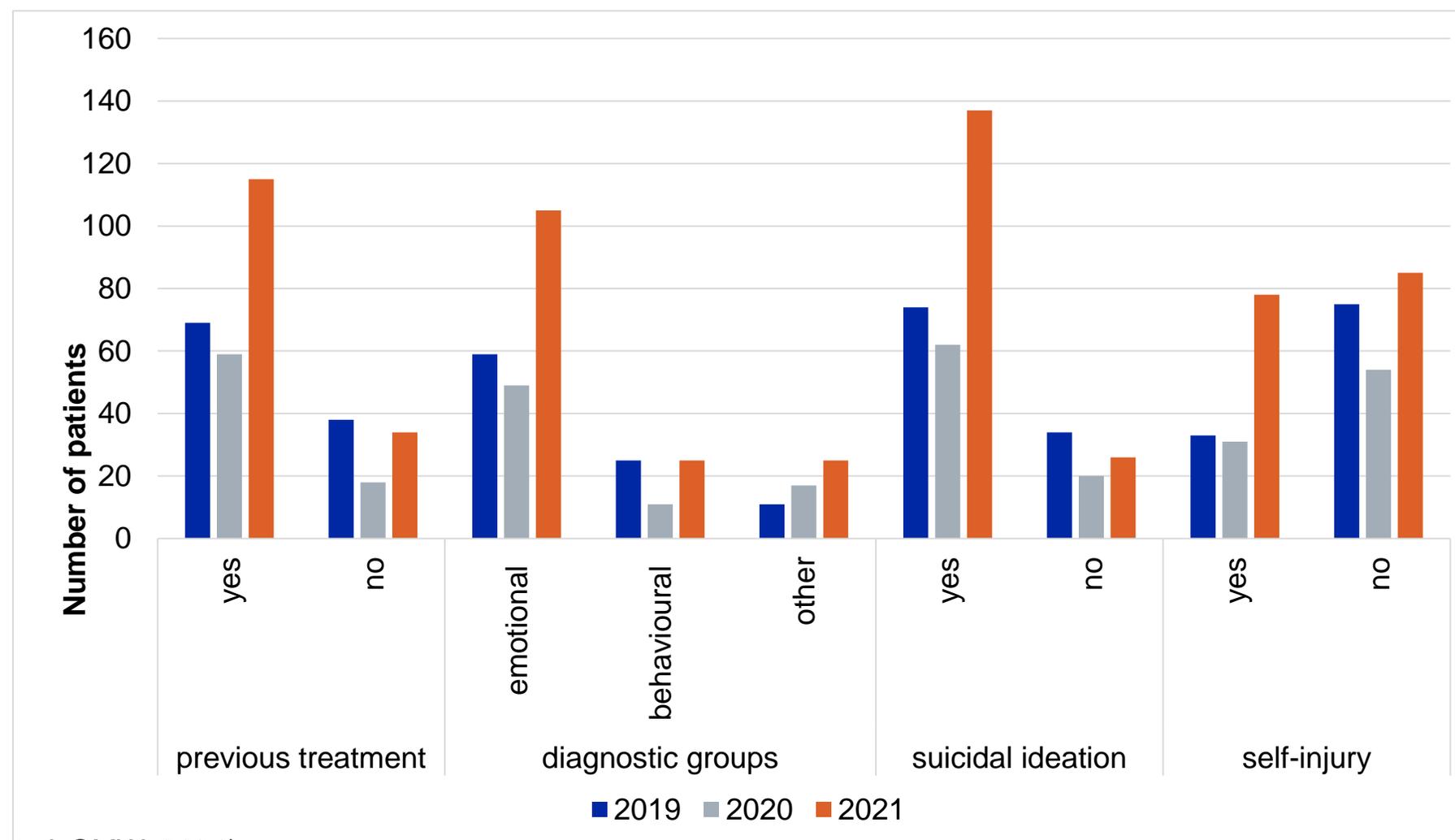
Umgang mit veränderter Betreuungssituation

Veränderungen auf Elternebene (u.a. finanziell, Beruf)

Häusliche Probleme (häusliche Gewalt: E-E, E-K, K-K)

Kinder und Jugendliche fühlen sich nicht selten mitverantwortlich für Probleme

Anstieg emotionaler Störungen, Suizidgedanken, Selbstverletzung (Vergleich zwischen März/ April 2019, 2020, 2021)



PUI, ADHS und Medien während Covid-19



Geschlechterunterschiede

- Mädchen v.a. soziale Medien
- Jungs v.a. Gaming

In Gruppe von ADHS Kindern kam es zu einem deutlichen Anstieg des Mediengebrauches von >4h während dem Lockdown (v.a. 14-18jährige)

- Smartphone 15% \Rightarrow 36%
- Tablet/PC 2 \Rightarrow 22%
- Gaming / Konsole 3 \Rightarrow 11% (bei Teenagern sogar bis zu 26%)

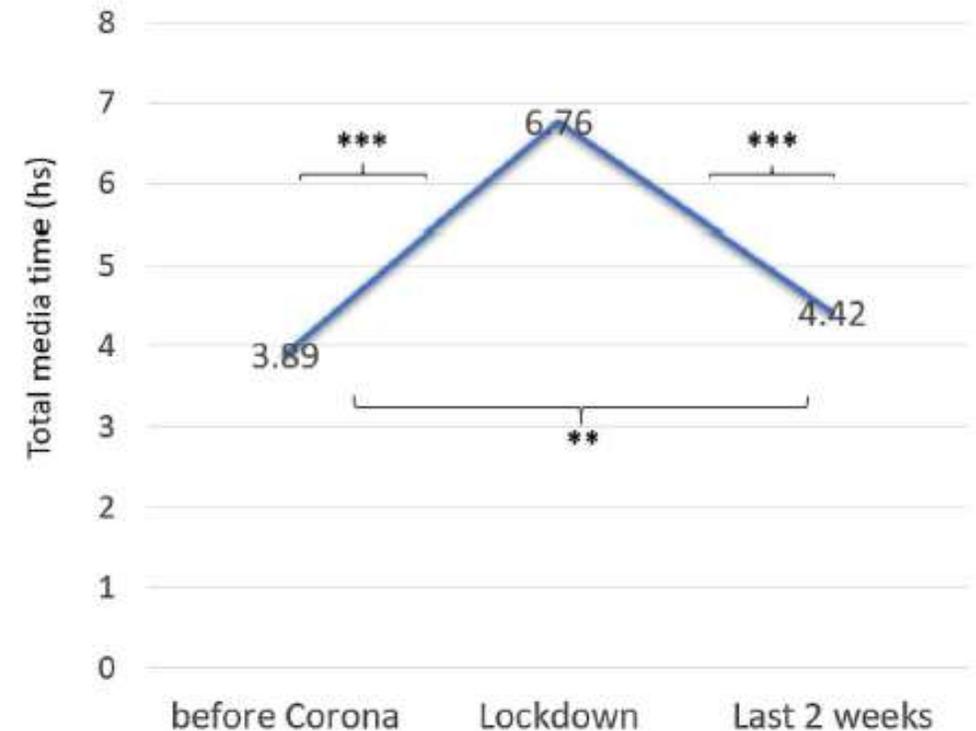
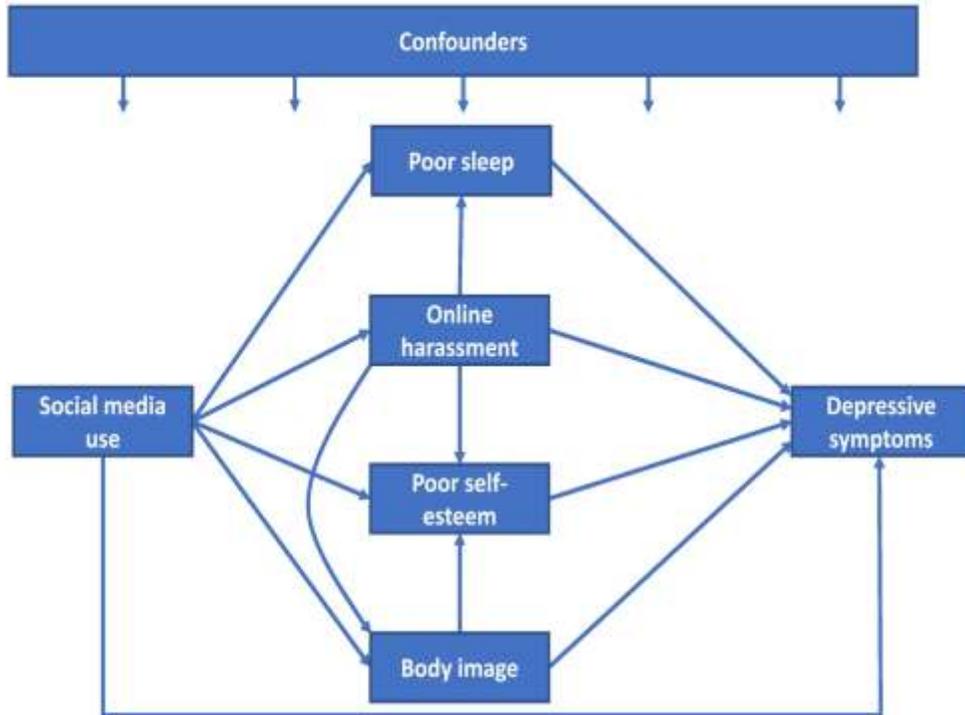


Fig.2 Mean estimated total media time (hours) in patients with ADHD before, during and after the lockdown (N= 126). ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

„Problematic Use of Internet“ (PUI)



➤ Hikikomori (Tateno et al, 2019)

➤ FoMo – Fear of Missing out (Akbari et al 2021)

– Risikofaktoren:

- häufiges/ sehr häufige Schauen von Filmen / Serien
- häufiger/ sehr häufiger Sozialer Mediengebrauch
- **Zeit** Soziale Medien Schultagen
- **Zeit** Gaming Schultagen
 - Geschlechtsspezifische Unterschiede
 - ✓ ♀ Soziale Medien, Filme; Zeit Soziale Medien ST
 - ✓ ♂ Gaming ST
- Einsamkeit
- Soziale Ängste

– Resilienzfaktoren:

- Sportliche Aktivitäten

Video 1



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich

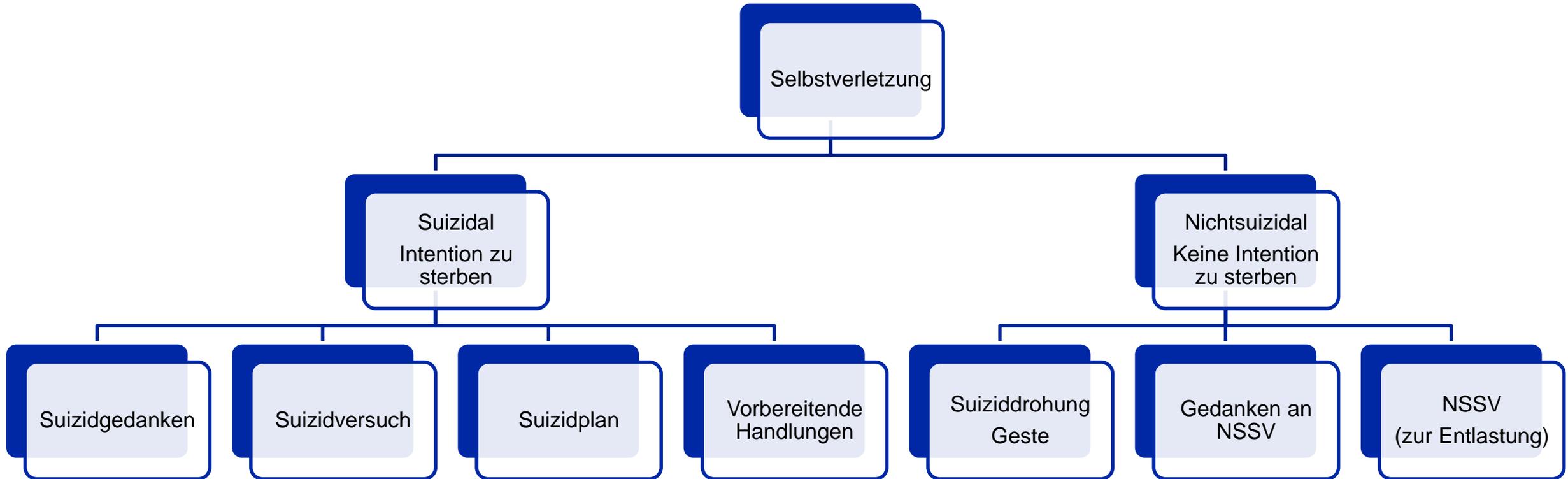
<https://www.srf.ch/play/tv/redirect/detail/1e0bb106-bd2d-483e-984e-b7340515267f>



Universität
Zürich^{UZH}

Unterscheidung NSSV – Suizidalität

(nach Nock und Favazza 2009)



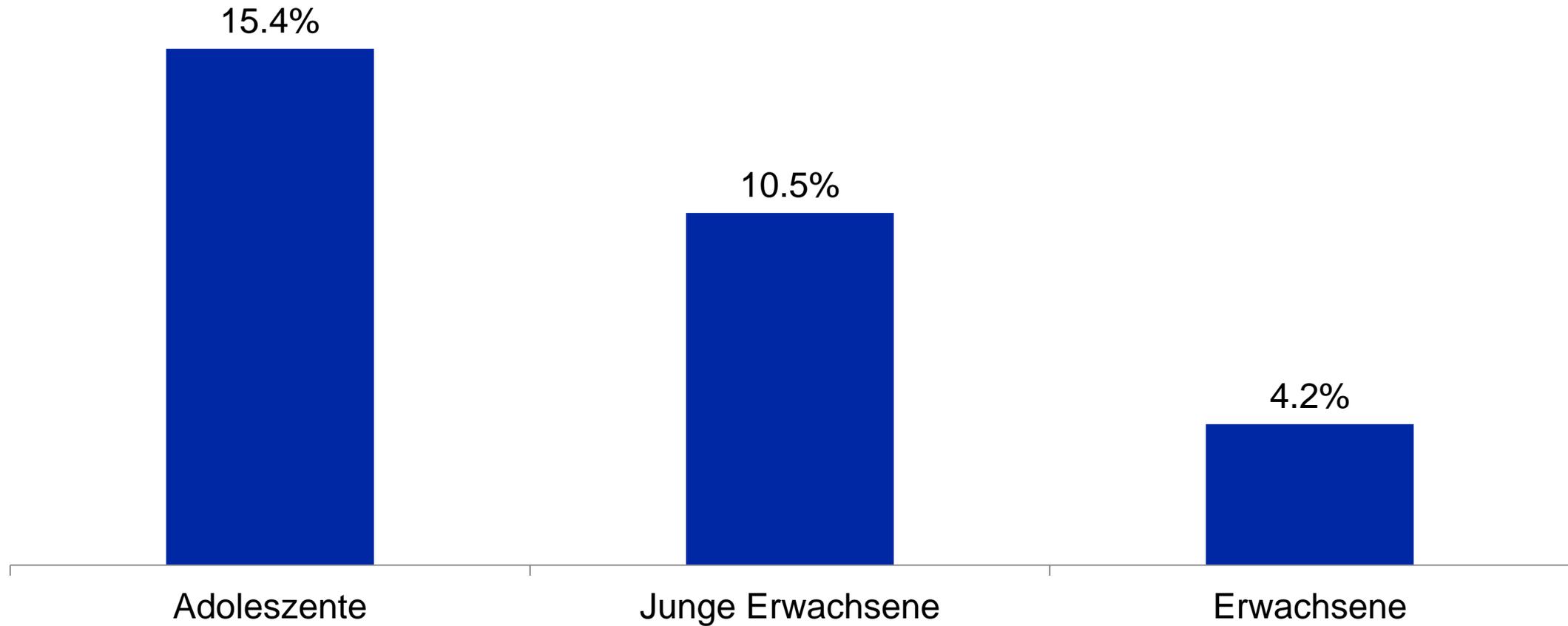
NSSV: nicht-suizidales Selbstverletzung

- Selbstverletzungen an mindestens 5 Tagen innerhalb eines Jahres
- Selbstverletzung erfolgt durch Schädigung an Körperoberfläche durch
 - ❖ Schneiden
 - ❖ Verbrennen
 - ❖ Stechen
 - ❖ Schlagen
 - ❖ Haut aufreiben
- Erwartung eines kleinen bis moderaten körperlichen Schadens
- Keine suizidale Intention!

(American Psychiatric Association 2013)

Quelle: Metaanalyse (119 Studien) Swannell et al. 2014

Einjahresprävalenz der NSSV



Selbstverletzungen

- 15-19jährige Frauen am häufigsten
- Häufig repetitiv
 - 70% haben sich dreimal oder häufiger selbst verletzt
- Peergruppen – Effekte
- Je jünger das Alter bei Beginn, desto grösser der Schweregrad der Selbstverletzungen



NSSV ist keine psychiatrische Diagnose

- Primäres Ziel: Entlastung
- **CAVE**: Studien zeigen, dass allerdings häufig eine falsche Intention mitgeteilt wird! Die Wahrscheinlichkeit einer suizidalen Intention steigt mit dem früheren Gebrauch multipler Methoden der Selbstverletzung
- Suizidintention labil
- Langfristig mutiert NSSV zu SBD
- NSSV hat initial ein tiefes Risiko bezüglich Suizid, dieses wächst im Verlauf

CAVE: langfristig mutiert NSSV zu suizidalem Verhalten!

Selbstverletzungen als Symptom bei...



- Anpassungsstörungen (bei ungenügenden Bewältigungsstrategien)
Probleme in Familie, Schule, Peergruppe...
- Depressionen
- suizidaler Absicht
- Borderline Persönlichkeitsstörung
- Impulskontrollstörung
- Psychosen
- muss psychiatrisch exploriert werden



Borderline Persönlichkeitsstörung in der Adoleszenz

- immer noch sehr kontrovers diskutiert
- früher meist erst nach 18.Lebensjahr diagnostiziert
- überdauerndes abnormes Muster / Instabilität der
 - Affektregulation
 - Impulskontrolle / Wut / Steuerungsfähigkeit
 - (interpersonellen) Beziehungen
 - Angst vor dem Verlassen werden («Ich hasse Dich, verlass mich nicht»)
 - Selbstbild (Identität)

Risikoverhalten und nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)

- Pubertät - erhöhtes Risiko für gesundheitsschädigendes Verhalten
- Risikoverhalten /NSSV sind Bestandteil der Borderlinestörung bei Erwachsenen
- fließender Übergang zur BPD Störung
- Symptome beginnen meist in Kindheit und Adoleszenz (nimmt mit Alter ab)
- BPD hat hohen prädiktiven Wert für NSSV über ein Jahr
- BPD hat hohen prädiktiven Wert für Suizidversuche nach Spitalaustritt
- BPD repräsentieren 9-33% aller vollendeten Suizide!

Oder doch nur alles Pubertät?

- Unterscheidung Depression - “Pubertätskrisen” schwierig
 - ✓ stärkere Reizbarkeit als sonst
 - ✓ stärkere Stimmungslabilität als sonst
 - ✓ verweigerndes Verhalten (Antriebsarmut oder Opposition)
 - ✓ Aggressivität/ Dissozialität
 - ✓ Somatisierung ohne körperliche Ursache (Kopfweg, Bauchweg...)
 - ✓ unübliche starke Sensibilität gegenüber Kritik
 - ✓ Selektiver sozialer Rückzug
- Wechselhaftigkeit der Symptome ist die Regel (z.B. im Ausgang) und NICHT die Ausnahme !

Psychosoziale Konsequenzen einer Borderlinestruktur

- deutliche Beeinträchtigung des sozialen Funktionierens, Lebensqualität
 - Ausbildung, Beruf
 - interpersonell
- Beides stärker ausgeprägt, als bei anderen psychischen Störungen
- im Gegensatz zur Symptomatologie scheint die Beeinträchtigung des sozialen Funktionierens überdauernd zu sein, bis ins Erwachsenenalter (über zwei Dekaden)
- Komorbidität in Adoleszenz sogar höher als bei Erwachsenen (2-3 Dg.)
 - Affektive Strg
 - Essstörung
 - dissoziative Strg. / PTSD
- Je früher diagnostiziert, desto schwerer der Verlauf

Neuropsychologische Veränderungen

- Informationsverarbeitungsstörungen bei Erwachsenen-BPD häufig
- Bei Adoleszenten-BPD sind diese Veränderungen nicht so ausgeprägt
 - stärkere Ausrichtung hin zu negativen Emotionen
 - Schwierigkeit von negativen Emotionen loszulassen
- Defizite in der Übernahme sozialer Perspektiven anderer (theory of mind)
 - Überinterpretation sozialer Kognitionen (hypermentalizing)
- Sofortige Lustbefriedigung, fehlende Vorausschau (exekutive Defizite)
 - mögliche Erklärung für impulsivität

Warum ist es wichtig eine BPD bereits in der Adoleszenz zu diagnostizieren?

- Reduktion der unbehandelten Krankheitsdauer
- In der Regel familiär gehäuft – Spezialdomäne der KJP!
- Identifizierung von BPD ist wichtig für Früherkennung /- Behandlung
- BPD-Temperament – erhöhtes Risiko für unerwünschte Lebensereignisse
- Polymorphismus des Serotonintransportergenes – erhöhtes Risiko für BPD
- Strukturelle Hirnveränderungen im fronto-limbischen Netzwerk
- Adoleszenz: orbitofrontale und anteriorer cinguläre Veränderungen

Erwachsene: hippocampus and Amygdalaveränderungen

Vorteile einer frühen Diagnose

- Reduktion des Risikos einer Chronifizierung
- Reduktion von Folgen des Risikoverhaltens (biopsychosozial)
- Stigma als Barriere für frühe Diagnose
- Stigma v.a. bei Fachpersonen verbreitet (mehr als bei Laien!)
- Verzögerung effektiver Behandlungen
- Erhöhung des Risikos von falschen Diagnosen
- Erhöhung des Risikos falscher Behandlungen (Polypharmacie)
- Zu späte Überweisung an ausgebildete Fachpersonen

Herausforderung der BPD in der Adoleszenz?

- Es gibt keine spezifische Adaptation der BPD Kriterien für Adoleszenz
- Symptomatologie ist akuter (was die Differentialdiagnose schwierig macht)
 - NSSV, Suizidalität
 - gleichzeitige Präsenz von internalisierenden/externalisierenden Merkmalen
 - Impulsivität
 - Risikoverhalten
 - unabgemessene Wut

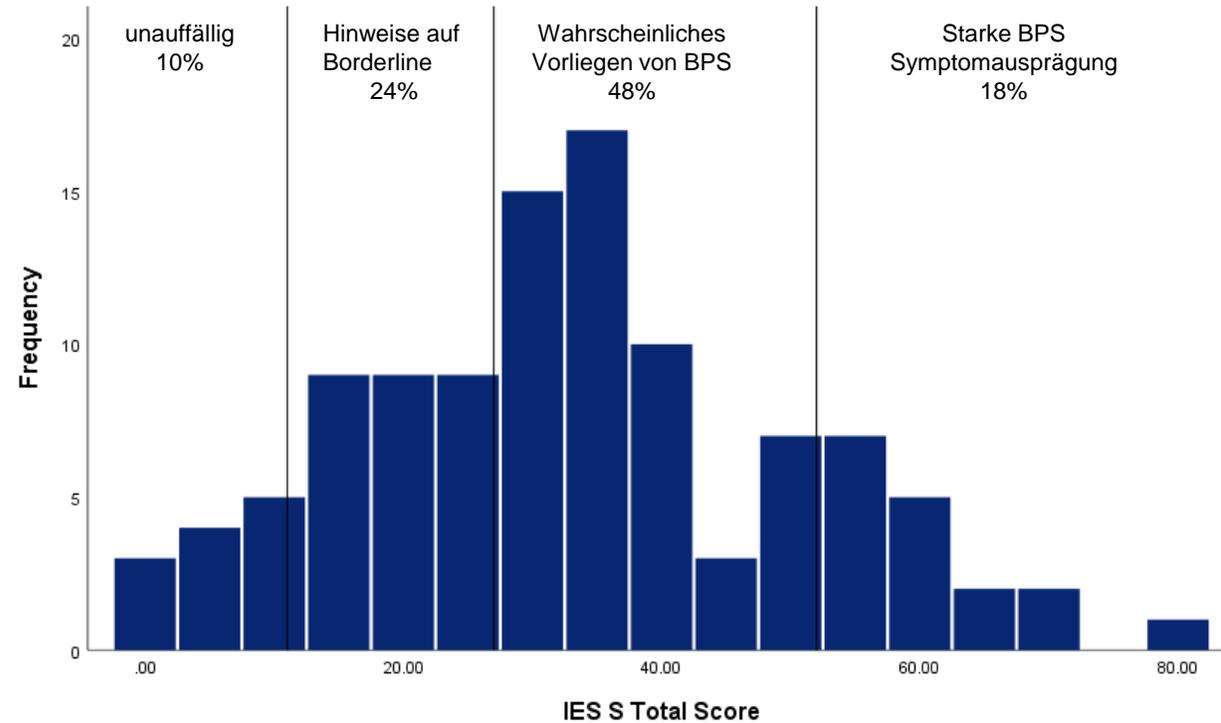
Dimensionaler Ansatz

- subklinische Präsentationen (Sektion 3 DSM5)
- Diagnostische Tools
 - SQP-5 and Persönlichkeits-Inventar für DSM-5
 - Selbstratingsbogen evaluiert für Adoleszente (IES-27)

- «state» versus «trait» Psychopathologie
 - affektive Instabilität versus Depression
 - Komorbidität mit MDD
 - viele negative Emotionen, doch Wechsel ist häufiger, schneller, chaotischer
 - eher reaktive zu interpersonellen Schwierigkeiten
- Bipolar affektive Störung, insbesondere bipolar affektive Störung Typ II
 - Vorschlag, das BPD teil des bipolaren Spektrums ist

Borderlinefeatures (IES-Score) bei pädiatrischen Depressionen

- 108 Jugendliche
- 88% weiblich
- Alter: M=16.0, SD=1.3
- IES: M=33.1, SD=16.9



Verpasste Behandlungschancen

- Verschiedene Zentren weltweit haben Früherkennungszentren für BPD mit störungsspez. Behandlungskonzepten etabliert
- Betroffene Jugendliche sind in der Regel hilfesuchend
- Benennen der BPD führt bei Betroffenen und Familien eher zu Erleichterung, da sie nun endlich einen Namen für ihre Probleme haben
- In der Frühphase (Jugend) ist die Ansprechrate auf Therapien besser
- Universelle präventive Strategien ist bis jetzt noch nicht etabliert und gerechtfertigt
- Selektive preventive Strategien sind schwierig, da die Spezifität der Risikofaktoren sehr gering ist
- Indizierte Prävention (z.B. bei 3-5/ 9 BPD Kriterien, die über ein Jahr persistieren, ist gegenwärtig die einzige präventive Strategie, die evidenz-basiert ist

Prinzipien einer Frühbehandlung

- HYPE – helping young people early (HYPE Züri, ERT, AtR!sk)
- Cognitiv-analytische Therapie (CAT)
 - Zeitlimitierte, integrative, diagnose-übergreifende Psychotherapie
 - Identifikation des
 - problematischen dysfunktionalen Verhaltens
 - dysfunktionaler interpersoneller Beziehungsmuster
 - dysfunktionaler Gedanken, Gefühle und Verhaltensreaktionen
 - Gemeinsame Reformulierung
- Dialektisch-behaviorale Therapie für Adoleszente (aDBT)
- Emotional Predictability and Problem Solving Program (STEPPS) mit ERT Adaptation
 - zeitlimitiertes Gruppentherapieprogramm
- Adolescent Identity treatment (Transference focused treatment)

HYPE Prinzipien

- Strenge Diagnose der BPD Kriterien
- Breiter Einschluss auch bei Komorbidität
- Dimensionale Betrachtungsweise der Borderlinestörung (subsyndromal bis schwere Ausprägung)
- Aktives Casemanagement mit integrativer Psychotherapie
- Aktiver Einbezug der Familie und des Helfernetzes
- Krisenmanagement inkl. enge Zusammenarbeit bei stationären Aufenthalten
- Individuelle und Gruppensupervision, QM
- Zugang zu beruflichen Rehaprogrammen



Wie können wir suizidalen Heranwachsenden helfen?

Umgang mit Suizidabsichten bei Adoleszenten in der Einzeltherapie

Verhaltens-bezogene Warnsignale	Verbale Warnsignale	Schwierige Lebens-situationen
Änderung des Leistungsverhaltens	“Meiner Familie ginge es besser ohne mich”	Früherer Suizidversuch
Energieverlust	“Ich will sterben”	Veränderung in engen Beziehungen
Zurückgezogen oder isoliert	“Ich hab genug”	Verlusterfahrungen (Todesfälle)
Hoffnungslosigkeit	“Ich kann so nicht mehr leben”	Schwere Erkrankung (selbst oder andere)

Beziehung aufbauen

- Vertrauen schaffen / Beziehung etablieren
- Empathisches Verstehen
- Reden hilft, über Suizid sprechen ist nicht «suizidogen»
- Akzeptanz
 - Respektieren, anstatt verurteilen
 - Betroffenheit zeigen, anstatt zu relativieren
 - Offenheit zeigen, anstatt abzuweisen
- Kultur und religiöse Prägung beachten



Umgang mit dem Faktor Zeit



- bei akuter Suizidalität – arbeiten im ‚Hier und Jetzt‘
- Patient in Therapieprozess verwickeln
- Neugier wecken, dass Therapie helfen könnte
- Pro- und Kontraliste erarbeiten (hilft im Beziehungsaufbau)
- individuelle Interventionen ausarbeiten
- Keine rigide, sondern flexible Lösungen

Akute Maßnahmen erarbeiten



- zentrale Motive für Suizid erkennen, bearbeiten
- Bewältigungsstrategien erarbeiten
- ein 5-minütiger Anruf pro Tag kann Wunder wirken
- zusätzliche Sitzungen
- Spannungsfeld «Geheimnis versus Einbezug Helfernetz»
- Hospitalisation in Erwägung ziehen
 - Abwägen: Vor- und Nachteile
 - Limitation bei wiederkehrender Suizidalität
 - Bereit sein für Patient und Familie zu entscheiden
 - Vermeidung von «Machtkämpfen»

Einzeltherapeutische Massnahmen



- Weinen kann therapeutisch wirken (Katharsis)
 - Ausleben negativer Gefühle hat reinigenden Effekt
- günstige Attributionen verstärken („halb volles Glas“)
- Im weiteren Verlauf arbeiten hin zu
 - Selbstbefähigung (empowerment)
 - Partizipation (shared decision making)
 - Selbstwirksamkeit (self efficacy)
 - Kohärenz/ Passung (sense of coherence)
 - Stärkung der Widerstandskraft (resilience)
 - Achtsamkeit

Sanfte Konfrontation

- gelungener Rapport als Voraussetzung
- Konsequenzen des eigenen Todes aufzeigen
- Bedeutung für relevante Bezugspersonen aufzeigen
- affektive Energien freisetzen
- kognitive Dissonanzen aufzeigen
- Zeitprojektion (jetzt, in ein paar Wochen, Monaten, Jahren)

bis zur nächsten Sitzung

- Perspektiven bis zur nächste Sitzung
- Angehen des Grundproblems/ der Motive
- Anregungen für die Zwischenzeit
 - Handlung und Bewegung
 - Arbeit im Freien
 - Schlafzimmer ist zum Schlafen da
- Medikamente: eher mittel- bis längerfristige Massnahmen
 - Einsatz von Antidepressiva
 - SSRI (Bsp. Sertralin, Fluoxetin)
 - Atypische AD (Bsp. Mirtazepin, Trazadon)
 - SNRI (wenig Evidenz im Jugendalter)

- Einbezug von Bezugspersonen
 - können sehr hilfreich sein (sofern positiv besetzt)
 - interpersonelle Konflikte im Vorfeld klären
 - tragfähige Beziehungen werden häufig von Betroffenen nicht als solche erkannt
- Aus dem belastenden Umfeld nehmen (Schule, zu Hause)
- Umfeld informieren (Geheimnis versus Hilfe)
- Familienarbeit
 - Umgang mit Angst, Schuld
 - Selbst-/Fremdwahrnehmung
 - zirkuläres Fragen

Längerfristige Massnahmen



Gefühle/ Widerstand gegen Gefühle wahrnehmen

- Weinen kann therapeutisch wirken (Katharsis)
- reinigende Effekt beim Ausleben negativer Gefühle
- günstige Attributionen verstärken (halb volles Glas)
- Schwierig, aber manchmal heilsam
 - affektive Energien freisetzen
 - kognitive Dissonanzen aufzeigen
 - Imaginative Techniken (wenn entsprechende Kompetenz)
- Im weiteren Verlauf, arbeiten hin zu
 - Selbstbefähigung (empowerment)
 - Partizipation (shared decision making)
 - Selbstwirksamkeit (self efficacy)
 - Kohärenz/ Passung (sense of coherence)
 - Stärkung der Widerstandskraft (resilience)

Sinn (und Unsinn) von Nonsuizid-Verträgen

Sicherheit des Patienten oder Sicherheit des Therapeuten?

- Unkontrollierbarkeit von Suizidimpulsen
- negative Assoziationen mit Begriff „Vertrag“

Wenn ein Vertrag, dann

- realistischer Zeitrahmen
- Therapeut muss nicht unbedingt Vertragspartner sein

Denken auf Lösungen hin orientieren

- Aufwertung, Selbstwirksamkeit, Vertrauensbeweis
- Vorstellungsübung
- laut vorlesen lassen, subjektive Wirkung erfragen

Krisenplan versus Non-Suizidvertrag

Bryan et al, J affective Disorder 2017

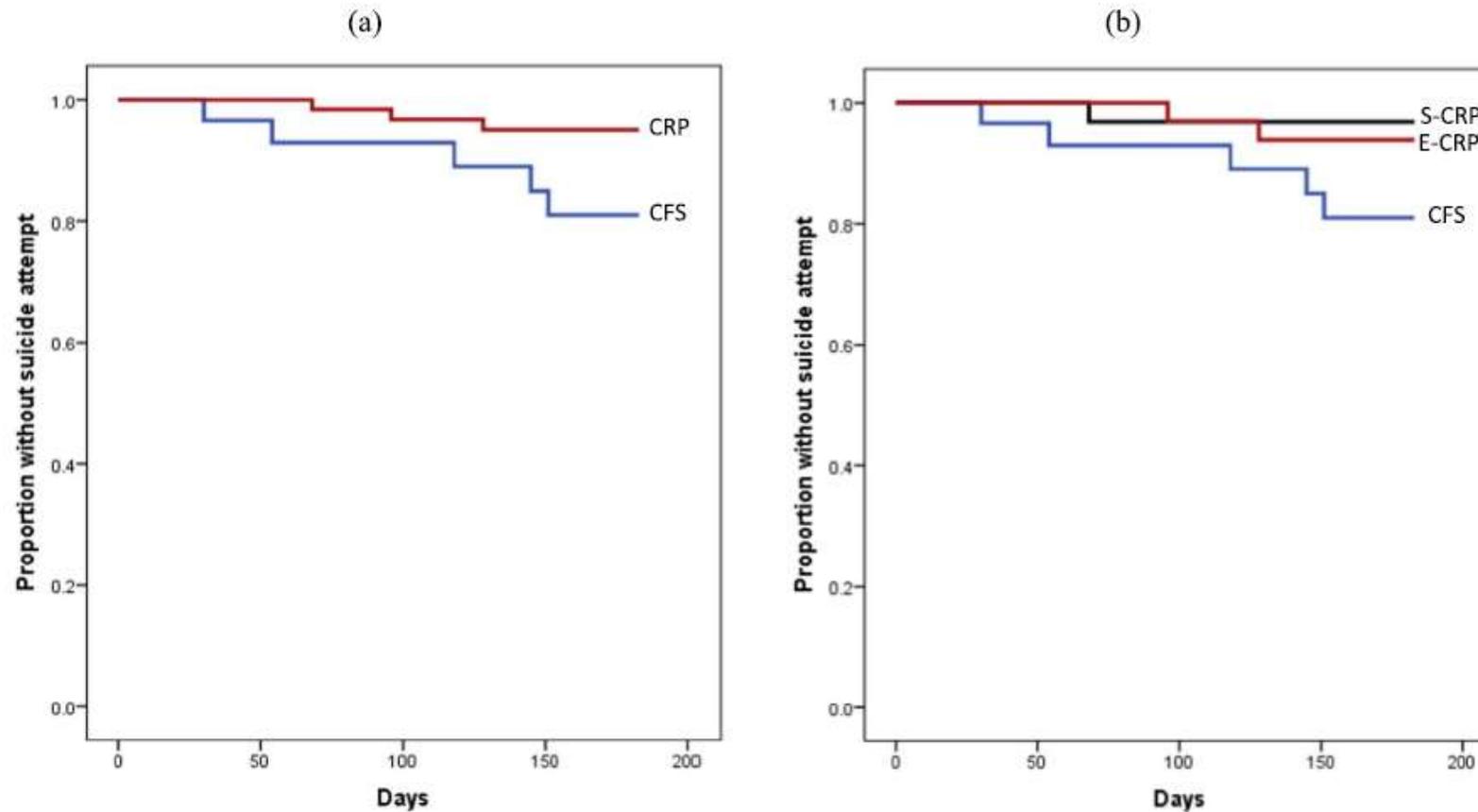


Fig. 2. Survival curves for time to first suicide attempt or end of study among suicidal active duty Soldiers receiving (a) the contract for safety (CFS) or a crisis response plan (CRP); and (b) the contract for safety (CFS), standard crisis response plan (s-CRP), or enhanced crisis response plan (E-CRP).

Notfallkrisenplan

- individualisierter Notfallplan
- Informationen an relevante Bezugspersonen
- Liste von Maßnahmen, sich von Selbsttötung abzuhalten, wenn sich Patient gefährdet fühlt
- Telefonnummern speichern
- Antizipieren von Krisen
- Umgang mit Ängsten
- Ausstiegsstrategien bei Aktivierung des suizidalen Modus
- kurz vor längerem Urlaub keine neuen Klienten mit ernst zu nehmender Suizidalität annehmen

Die Realität nach Suizidversuchen sieht anders aus:

- nur etwa die Hälfte sucht professionelle Hilfe
- Patienten wollen das Problem selber lösen
- Angst vor Stigmatisierung
- Sehen keinen Sinn in Behandlung (niemand kann ihnen helfen)
- Behandlung ist nicht effektiv
- Angst vor (unfreiwilliger) Hospitalisation

(Hom et al., 2015)

RESEARCH ARTICLE

A Novel Brief Therapy for Patients Who Attempt Suicide: A 24-months Follow-Up Randomized Controlled Study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP)

Anja Gysin-Maillart¹, Simon Schwab², Leila Soravia², Millie Megert³, Konrad Michel^{1*}

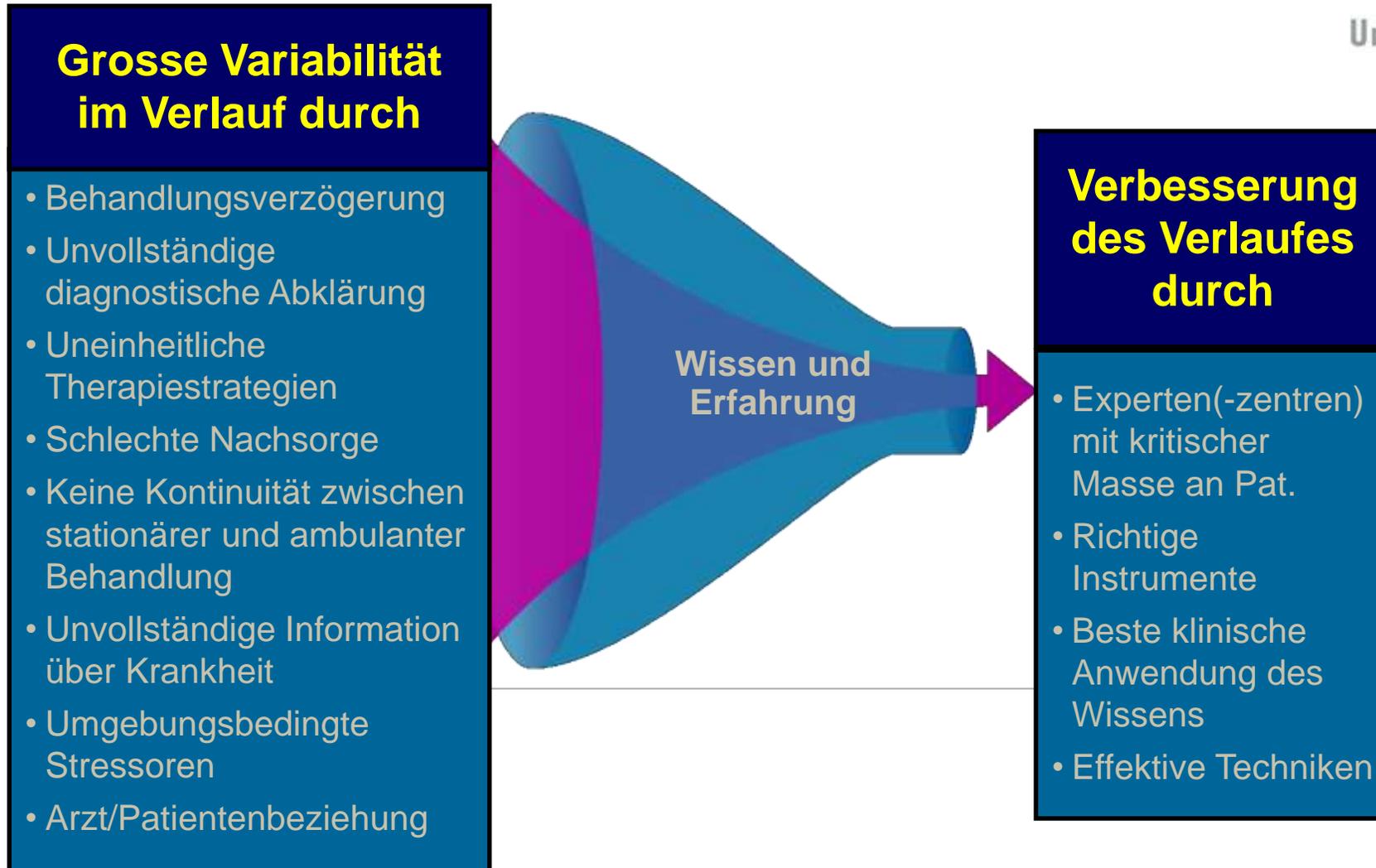
¹ Outpatient Department, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland,

² Translational Research Center, University Hospital of Psychiatry, University of Bern, Bern, Switzerland,

³ Psychiatric Department, General Hospital, Thun, Switzerland



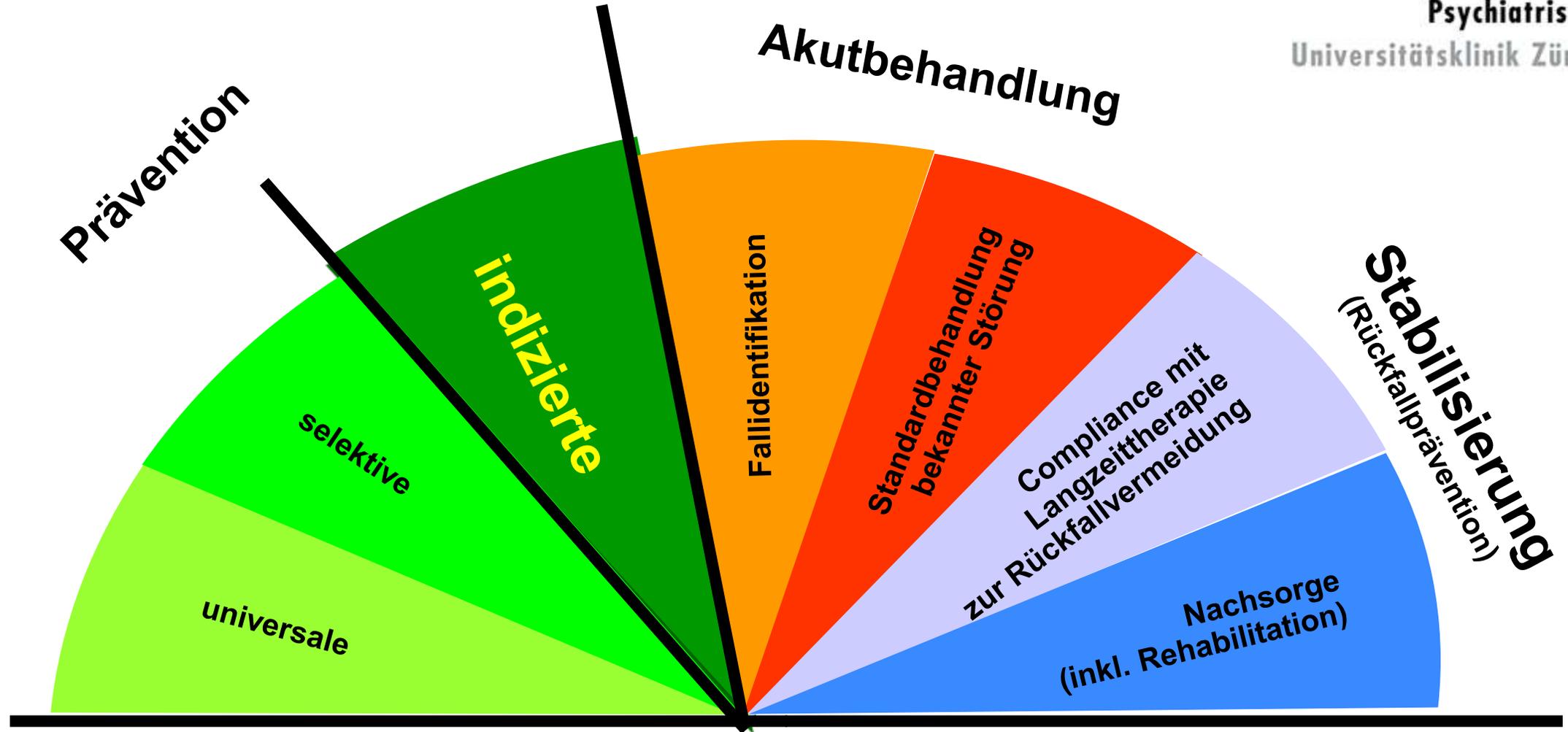
Besser als der Standard ?



Indizierte Prävention – die verpasste Chance !



Psychiatrische
Universitätsklinik Zürich



Mrazek und Hagarty, 1994



Universität
Zürich ^{UZH}

1. Generelle Prävention
 - Förderung psychischer Gesundheit, Resilienz, Coping (z.B. Bewegung, Schlaf, Medienkompetenz)
2. Selektive Prävention
 - Sorgfältiger Umgang mit Thema Suizid (Medienrichtlinien, Verhinderung Werthereffekt)
 - Zugang zu Methoden minimieren (Medikamente, Waffen, Brücken)
3. Indizierte Prävention
 - Identifizierung Risikopopulationen
 - Psychische Störungen (Depression, Psychosen, Substanzmittelabhängigkeit, ADHS)
 - Persönlichkeitsentwicklungsstörungen
 - Familiäre Risiken
 - Migration
 - Identifikation Ultrahochrisikogruppe
 - NSSV
 - nach Entlassung aus stationärem Aufenthalt
4. Sekundärprävention
 - Überlebte/r Suizidversuch/en (AdoASSIP)

Was können sie wir **präventiv** machen?

(Matthew Morrissette, 2021, Berger et al, 2021)

Achtsam und im Kontakt sein

- Risikogruppen identifizieren und unterstützen
- präventive Programme implementieren

Ressourcen zum gesunden Heranwachsen schaffen

- Resilienzförderung (Bewegungs- & Sportangebote; Meditation, Yoga)
- Hilfe bei Erreichen von Entwicklungsaufgaben
- Peergruppenkontakte ermöglichen
- Berufliche Perspektive entwickeln
- Förderung der Identitäts- & Selbstwertentwicklung
- Klare und transparente Regeln im Umgang mit Sucht (inkl. Mediensucht)
- Mobbing in Schule und Ausbildung nicht tolerieren

Was können oder sollen wir bei **manifesten** psychiatrischer Störung bei Adoleszenten machen?



- Im Kontakt bleiben, Dialog suchen, zuhören und nicht verurteilen
- Zuversicht geben, dass der Betrieb da ist
- Strukturen aufrechterhalten, z.B. Teilzeitarbeit (Tag-Nachtrhythmus)
 - Proaktiv Kontakt aufnehmen und alternative Arbeit anbieten
 - Falls Konflikte/ belastende Arbeitsplatzsituation: ansprechen, bearbeiten
 - Psychiatrische Vollzeitkrankschreibungen frühzeitig hinterfragen
- Zugang zu Behandlungsangeboten ermöglichen
- Zusammenarbeit mit Adoleszenten, Familien & Behandlern
- Freizeitaktivitäten und körperliche Bewegung fördern (Outdoor)



AdoASSIP

(Attempted Suicide Short Intervention Program)

Ein Projekt zur Suizidprävention für
Adoleszenz nach Suizidversuchen





Die drei Säulen von AdoASSIP

Identifikation

Sensibilisierung
Verbreitung
Überweisung

Vernetzung

Intervention

Briefing-Session
Vorgespräch
& Behandlungsvereinbarung

Session 1
Narrativ (Video)

Home work

Session 2
Suizidmodus
Negative Emotionen/ Gedanken/ Dissoziation

Session 3
Brief Fallverständnis/ Grundbedürfnisse
Sicherheitsplan
Planung Familiensitzung

Session 4
Famillinesitzung

Nachbehandlung

Nachbehandlung
(besonders nach
Entlassung)

Outreach



Alle in einem Boot - das Mantra zum Erfolg



Psychiatrische
sklinik Zürich



Universität
Zürich^{UZH}



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit

Zentraler Notfalldienst KANT, Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie &
Psychotherapie, Zürich, Tel. 043 499 26 26

[E-Mail: gregor.berger@pukzh.ch](mailto:gregor.berger@pukzh.ch)

