

Akute Notfälle im Rahmen aufsuchender Hilfen

Im Falle akuter Aggressionsdurchbrüche mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung muss das primäre Ziel sein, diese Situation unmittelbar zu unterbrechen. Wenn beispielsweise eine Jugendhilfeeinrichtung sich telefonisch meldet und berichtet, dass ein jugendliches Gruppenmitglied einer Wohngruppe einen Tobsuchtsanfall zeigt, einschließlich Zerstörung des Mobiliars und Androhung von Suizid, muss diese Situation so schnell wie möglich beendet werden. Leider ist dies meist nur mit Mitteln der direkten körperlichen Eingrenzung möglich. Die hierfür am besten ausgebildete Instanz ist die Polizei. Mitarbeiter von Jugendhilfeeinrichtungen sind erstens nicht für solche Situationen ausgebildet und zweitens würde die Qualität der Beziehung im Alltag großen Schaden nehmen. Jede MitarbeiterIn der stationären Jugendhilfe sollte in einem solch akuten Fall von Gefährdung sich nicht scheuen, als erste Telefonnummer die 110 zu nutzen um zunächst die Situation vor weiterer Eskalation zu schützen. Unmittelbar nach der Klärung der Situation mit der gegebenenfalls notwendigen körperlichen Eingrenzung des Verursachers muss die Frage geklärt werden, ob es sich um einen simplen delinquenten Gewaltakt oder ein Symptom einer tieferliegenden psychischen Störung handelt. Dies kann im Zweifel nur eine psychiatrisch ausgebildete FachärztIn. Zeitgleich muss das Ordnungsamt eingeschaltet werden, da hier eventuell eine zwangsweise Einweisung in die nächste zuständige Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie oder bei Volljährigen in die psychiatrische regionale Versorgungsklinik ansteht. Sollte die hinzugezogene ÄrztIn zu der Entscheidung kommen, dass es sich um ein psychiatrisches Symptom handelt, ist die unfreiwillige Verbringung in die Klinik der einzige sinnvolle Weg, eine erneute Gefährdungssituation zu vermeiden. Da es sich um einen zeitweisen Entzug der Selbstbestimmung handelt, muss die Klinik innerhalb der folgenden 24 Stunden eine richterliche Anhörung des Betroffenen ermöglichen. Dies dient dazu, Machtmissbrauch und Willkür zu verhindern. Wohlgemeinte Versuche, die Betroffenen zu überreden, sich freiwillig in klinische Behandlung zu begeben, sind paradoxer-

weise für die Betroffenen eher eine Belastung als eine Hilfe und sind erfahrungsgemäß wenig hilfreich. Im Einzelfall kann es jedoch sinnvoll sein, die Ursprungsfamilie einzuschalten. Da Gewaltexzesse in Jugendhilfeeinrichtungen bisweilen aus der Angst heraus entstehen, von der Familie ausgestoßen zu werden haben sie manchmal die Funktion, die unmittelbaren Bezugspersonen der Ursprungsfamilie auch gegen deren Willen wieder im Leben präsent zu sehen. Leider gelingt es nur selten, durch eine zeitweise Beurlaubung in die Ursprungsfamilie, die Gefahr einer erneuten Eskalation zu verhindern. Es kann jedoch hilfreich sein, die Familie zur Klärung des Jugendhilfeauftrages zu bewegen. Gewaltexzesse, die sich innerhalb der Ursprungsfamilie zeigen, sollten im Regelfall mit der Klinikeinweisung enden, da ansonsten die unmittelbare erneute Eskalation droht. Auf jeden Fall sollte vor der Entlassung aus der Klinik geprüft werden, welche Rahmenbedingungen sich geändert haben und ob sie eine gute Möglichkeit darstellen, einen erneuten Gewaltexzess respektive eine suizidale Krise unwahrscheinlicher zu machen.

Zur Erkennung eines als krankheitswertig einzuschätzenden Spannungszustand mit Aggressionsdurchbrüchen und Realitäts- oder zumindest Kontrollverlust sind folgende Kriterien hilfreich:

➤ Psychopathologischer Befund

Hier wird zunächst die Orientierung nach Person, Zeit, Raum und Situation geprüft. Die KlientIn sollte darauf vorbereitet werden, dass sie einige „blöde“ Fragen beantworten soll um die Frage zu klären, ob sie den Bezug zur Realität behalten oder verloren hat. Diese Einleitung ist wichtig, um keine unnötigen Irritationen bei der/dem Betroffenen zu erzeugen. Als hilfreich hat sich erwiesen im Notfallkoffer eine Packung Zigaretten mitzuführen um bei RaucherInnen durch Anbieten einer Zigarette die Situation zu entspannen. Auch eine Tasse Kaffee oder Tee bzw. ein Getränk oder Kekse tragen erheblich zur Deeskalation bei.

Der Befund sollte in folgender Reihenfolge abgefragt werden:

- Wie heißt Du und wann bist Du geboren?
- Wo sind wir hier?
- In welche und was für eine Schule gehst Du?
- Welchen Wochentag haben wir heute?
- Kannst Du mir ungefähr das heutige Datum nennen?
- Wer ist unsere Bundeskanzlerin (oder ähnliches)?
- Weißt Du warum ich hier bin und was meine Aufgabe in dieser Situation ist?
- Hast Du in letzter Zeit das Gefühl, die anderen haben sich gegen Dich verschworen oder hast Du das Gefühl beobachtet, verfolgt, bedroht oder gar fremd gesteuert zu werden? Hast Du das Gefühl einen besonderen „Sendungsauftrag zu haben? Wenn ja wer bzw. welche Macht oder Gruppe von Leuten könnten dahinter stehen?
- Haben sich in letzter Zeit Sinneseindrücke (Geräusche, Farben, Gerüche, Geschmack) verändert oder haben sie eine neue Bedeutung bekommen?
- Hast Du manchmal das Gefühl, andere könnten Deine Gedanken hören?
- Hörst oder siehst Du manchmal oder im Moment Dinge, die andere nicht hören oder sehen?
- Hast Du manchmal das Gefühl, das Leben ist sinnlos?
- Möchtest Du manchmal tot sein oder selbst Dein Leben beenden?
- Wie hoch schätzt Du selber Dein Selbstmordrisiko ein? (100% bedeutet ich will unbedingt sterben, 0%, ich will unbedingt leben, 50% ich weiß nicht mehr ob ich leben oder sterben will. Alle Werte zwischen 0% und 100% sind möglich.)
- Was könnte schlimmstenfalls passieren, dass Dein Selbstmordrisiko auf 100% steigt?
- Was könnte bestenfalls eintreten, dass Dein Selbstmordrisiko auf 0% fällt?
- Warum lebst Du in einer Jugendhilfeeinrichtung? (freiwillig, auf Wunsch der Eltern oder auf Drängen des Jugendamtes mit oder ohne Entzug der elterlichen Sorge?)

- Welches Ziel ist mit Hilfe der Jugendhilfemaßnahme gesteckt worden?
- Was muss noch geschehen, um dieses Ziel zu erreichen?
- Was ist schon erreicht worden?
- Was muss Deiner Meinung nach noch passieren, damit Du Euer gemeinsames Ziel erreichen kannst?
- Wie ist Deiner Meinung nach dieser akute Notfall entstanden?
- Wie könnten wir die jetzige Notsituation Deiner Meinung nach entspannen, wenn wir von einer Noteinweisung in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik absehen?
- Wer aus Deiner Familie ist in der Lage uns allen dabei zu helfen, die Zwangseinweisung abzuwenden?

Die Reihenfolge der genannten Fragen ist sinnvoll, da im Befund die Kriterien in der gleichen Abfolge dokumentiert werden müssen.

Zunächst wird die Wachheit erfasst, um Beeinträchtigungen durch Drogen, Alkohol oder Schlaflosigkeit zu dokumentieren oder auszuschließen. Anschließend explorieren wir die persönliche, räumliche, zeitliche und situative Orientierung. Die Frage der Beschulung ist deshalb notwendig, um die Intelligenzlage grob einzuschätzen. Eine GymnasiastIn wird sich differenzierter äußern als eine SchülerIn einer Schule für geistig behinderte. In der Dokumentation des psychopathologischen Befundes erfolgt eine Einschätzung zur emotionalen Mitschwingungsfähigkeit der PatientIn. Im Rahmen vieler psychischer Störungen können Einschränkungen der emotionalen Modulation passager auftreten. Autisten sind grundsätzlich kaum in der Lage sich situativ emotional adäquat zu zeigen, Depressive könne ihre sonst gut Mitschwingungsfähigkeit zeitweise verlieren und wirken emotional versteinert. PsychotikerInnen zeigen oft völlig inadäquate Gefühlsäußerungen. Als Fachausdruck benutzt man die Formulierung „emotionaler Rapport“. Dieser kann vollständig erhalten, eingeschränkt oder nicht herstellbar sein.

In Folge werden die paranoiden oder halluzinatorischen Phänomene erfasst.

Paranoide Denkinhalte können verschiedene Ursachen haben. Hysterische Persönlichkeiten können ein sehr buntes Bild von paranoiden Denkinhalten und Wahrnehmungen zeigen. Angefangen mit Äußerungen wie: „Ich habe das Gefühl von Männern/Frauen beobachtet oder verfolgt zu werden.“ Über Schilderungen mit folgenden möglichen Inhalten: „Wenn ich in mein Zimmer komme, spüre ich, dass jemand meine Sachen durchwühlt hat, irgendwie ist meine Unterwäsche durchsucht worden und ich meine, es fehle etwas.“ Sicherheitshalber sollte bei solchen Äußerungen bei den MitarbeiterInnen der Wohngruppe nachgefragt werden, ob hier Stalking vorliegen kann oder ob die GruppenmitarbeiterInnen eventuell nach Drogen oder Diebesgut gesucht haben. Manchmal haben paranoide Erlebnisse sehr reale Hintergründe! Extreme Schilderungen, die an den Film „Die Truman Show“ erinnern wie: „Ich bin sicher, die HauptdarstellerIn eines Films, der heimlich über mich gedreht wird, zu sein.“ können ein Hinweis für eine psychotische Erkrankung sein. Es handelt sich aber nicht um ein beweisendes Kriterium. Kernkriterium der hysterischen Störung ist, dass es letztlich immer um Fragen der Sexualität und Geschlechtlichkeit geht!

Autisten, die eher unauffällig im Umgang sind, also leicht ausgeprägte Aspergerautisten oder atypische Autisten schildern eher paranoid anmutende Eindrücke wie: „Wenn ich durch die Straßen gehe, nicken mir die Luftschuttsirenen zu.“ Hier ist Kernkriterium, dass Gegenstände menschliche Züge annehmen.

Psychosen mit paranoiden Erlebnisinhalten wirken hingegen oft deutlich befremdlicher und sind nicht mehr nachvollziehbar. Wenn uns in einer akuten Notfallsituation geschildert wird, wir sitzen vor der Reinkarnation von Hannibal oder Jesus und wir sollen sofort die Tür öffnen und dazu beitragen die Welt zu retten stellt sich vielleicht noch die akademisch anmutende Differentialdiagnose Manie oder Hebephrenie aber wir sollten hier die Befragung schnell zu Ende bringen und den bewachten Transport in die nächstgelegene Fachklinik einleiten.

Die Fragen nach veränderten Sinneseindrücken sollen klären, ob hier eine beginnende schizophrene Erkrankung vorliegt.

Sollten Antworten wie: „Das Brummen des Kühlschranks klingt in letzter Zeit bedrohlich.“ oder „Die Farbe Rot hat in letzter Zeit an Intensität zugenommen oder wirkt blasser als sonst.“, ist oft ein Zeichen eines Tremas, der Vorstufe einer Schizophrenie. Mir hat ein Patient einmal geschildert, er habe in letzter Zeit „Ohrwürmer“ und meinte damit Melodiefetzen, die sich kontinuierlich wiederholten und sein Denken stark beeinträchtigten. Einige Wochen später manifestierte sich eine schizophrene Psychose.

Bei der Frage nach Gedankenlautwerden kommen wir in den Bereich der Kernsymptome einer schizophrenen Erkrankung. An diesem Symptom können wir die beginnende Auflösung der Ich-Grenzen feststellen.

Danach kommen wir in den Bereich der akustischen und optischen Halluzinationen. Hier gilt eine Grundregel, die nicht immer aber meistens zutrifft: Je konkreter eine Halluzination, desto unwahrscheinlicher ist eine Schizophrenie! Dies bedeutet, dass klar verständliche Stimmen, die Entwertungen, Beleidigungen, verschiedene Meinungen über den Betroffenen oder Befehle beinhalten eher an eine depressive oder manische Erkrankung als an eine Schizophrenie denken lassen sollen. Eine typisch schizophrene akustische Halluzination wird eher als „bedrohliches Gemurmel im Hinterkopf“ mit starkem Gefühl von Bedrohung erlebt. ManikerInnen können Phänomene schildern, die hinter der Halluzination den Wunsch nach Größe, Allmacht oder Göttlichkeit spüren lassen, Depressive erleben oft ihre eigenen Gefühle von Minderwertigkeit und Versagen als unbewusste Projektion, die sich als Halluzination äußert. Autisten würden wiederum dazu neigen, Geräusche von Geräten als versuchte Kontaktaufnahme zu interpretieren.

Bei optischen Halluzinationen sind sogar noch überlebenswichtige Differentialdiagnosen zu bedenken. Ich habe selbst den Fall einer 16-jährigen Patientin mit einer Borderline-Persönlichkeit erlebt, die ich bereits einige Zeit im Rahmen einer Wohngruppe behandelte. Sie wirkte in den letzten Wochen vor der Notfallsituation relativ stabil. Eines Morgens wurde ich von einer Wohngruppenmitarbeiterin in heller Aufregung darüber informiert, die Patientin schildere optische Halluzinationen. Da die

Patientin bereit war, sich sofort zu mir bringen zu lassen konnte ich sie unmittelbar nach dem Anruf explorieren. Sie schilderte, auf ihren Unterarmen liefen tausende kleiner grüner Spinnen umher. Sie konnte genau sagen wie diese aussahen und wohin sie sich bewegten. Am Tage vorher sei dies noch nicht zu sehen gewesen. Die Einnahme von Drogen oder Tabletten wurde geleugnet. Sie war im Kontakt wach, nicht mnestisch eingeschränkt oder bewusstseinsgetrübt und in allen Qualitäten orientiert. Es zeigten sich keine Hinweise auf Störungen der Ich-Grenzen oder Suizidalität. Trotzdem veranlasste ich die sofortige Vorstellung in einer Ambulanz einer Klinik für Pädiatrie zum Ausschluss einer Arzneimittelintoxikation. Als die pädiatrische Kollegin in der zuständigen Ambulanz eine Untersuchung ablehnte, da ihrer Meinung nach die Patientin eher eine Psychose als eine Intoxikation zeigte, schickte ich die Gruppenmitarbeiterin mit der Patientin in die nächste Poliklinik. Dort wurde der Magen ausgepumpt und erhebliche Mengen von Tablettenresten eines starken Schmerzmittels wurden zu Tage befördert. Sie wurde mit Aktivkohle behandelt und, da keine akuten kardialen, renalen oder hepatischen Symptome festzustellen waren, in die zuständige Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie verlegt. Dort erfolgte die Aufnahme auf die Intensiv-Station (im Volksmund „geschlossene Station“ genannt). In Folge stellte sich heraus, dass sie aus Liebeskummer eine Handvoll Tabletten geschluckt hatte, die ihr ihre Mutter für wiederkehrende Menstruationsbeschwerden ohne Kenntnis der Wohngruppe mitgegeben hatte.

Am Anfang meiner Assistenzarztzeit wurde uns in der Ärztekonzferenz der psychiatrischen Uni-Klinik eine Patientin vorgestellt, die seit einigen Wochen eine weiße Ratte halluzinierte. Diese wirkte auf die Patientin nicht bedrohlich und erzeugte auch keinen Ekel oder ähnliche Gefühle. Die Halluzination war ein völlig isoliertes psychopathologisches Symptom ohne irgendwelche weiteren Anhaltspunkte einer psychischen Störung. Im Routine-EEG zeigte sich ein Herdbefund hoch okzipital. Im cranialen CT konnte ein mandarinengroßes Meningeom diagnostiziert werden. Es wurde neurochirurgisch entfernt und die Halluzination verschwand.

Als Stationsarzt einer Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf der offenen Jugendlichenstation behandelte ich mit wenigen Wochen Abstand zwei Patientinnen, die plötzlich auf dem Schulhof männliche, bedrohliche Gestalten halluzinierten, die auf sie zukamen und versuchten, Kontakt mit ihnen aufzunehmen. Kurz vor dem unmittelbaren Kontakt verschwanden sie plötzlich. Beide Patientinnen wurden unter der Verdachtsdiagnose „paranoid-halluzinatorische psychotische Störung“ eingewiesen. Beide waren bereits in der Pubertätsentwicklung deutlich fortgeschritten und 15 bzw. 16 Jahre alt. Außer der ungewöhnlichen Ähnlichkeit der Symptome hatten die Patientinnen gemeinsam, dass sie aus dem Mittelmeerraum stammten und ihre Familien sehr konservative Lebensstile und Moralvorstellungen pflegten. Da sich keine Hinweise auf Suizidalität zeigten und die Familien sowie die Patientinnen stationäre Behandlung wünschten, konnten sie auf der offenen Station aufgenommen werden. Sie erlebten den stationären Rahmen als schützend und das Symptom trat im Rahmen der Klinik nicht auf. Natürlich wurden auch EEG's sowie craniale CT und Laboruntersuchungen veranlasst. Diese waren ohne Befund. Weder im stationären Gruppenrahmen noch bei der psychopathologischen Befundung konnten Psychosen vermutet werden. Beide waren gute Schülerinnen. In der Einzeltherapie der ersten Patientin zeigte sich, dass sie im Rahmen ihrer Pubertätsentwicklung begann, eigene sexuelle Phantasien zu erleben und erotische Träume wurden häufiger. Einerseits erlebte sie starkes Interesse, andererseits musste sie diese Phantasien und Gefühle vor ihrer Familie verstecken um nicht als unmoralisch zu gelten. Diese Ambivalenz löste sie durch die oben geschilderte projektive Halluzination. So konnte sie Sexualität als etwas Bedrohliches, von außen Kommendes erleben, ohne eigene Beteiligung vor sich selbst zugeben zu müssen. Nachdem sie in der Lage war, die sexuellen Anteile in ihr persönliches Gefühlserleben zu integrieren ohne Angst vor Selbstentwertung haben zu müssen, konnten wir eine Probeentlassung durchführen. Das Phantom auf dem Schulhof tauchte nicht wieder auf. Bei der zweiten Patientin habe ich frühzeitig die vorher erarbeitete Hypothese erörtert und wieder zeigte sich eine schnelle

Entaktualisierung der Symptomatik. Angesichts der Duplizität der Ereignisse versuchte ich eine Erklärung zu finden. Beispielsweise ein Kinofilm oder eine Fernsehsendung, die solche Erlebnisse hätten auslösen können. Leider wurde ich nicht fündig.

Vor einigen Jahren wurde mir ein zwölfjähriger Junge vorgestellt, der von seinen Eltern gegen den Rat der ÄrztInnen aus der Behandlung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Tagesklinik genommen worden war. Dort war er über acht Monate unter der Diagnose „kindliche Schizophrenie“ mit verschiedensten hochpotenten und atypischen Neuroleptika behandelt worden. Grund für diese Behandlung und die Diagnose waren häufige optische Halluzinationen. Er schilderte zwei verschiedene, immer wiederkehrende Phänomene:

Zum einen sah er oft in ihm gewohnten Räumen Personen, die er genau beschreiben konnte, ihm aber unbekannt waren. Diese kehrten immer wieder und er meinte, die meisten mittlerweile schon mehrfach halluziniert zu haben. Gemeinsam sei allen, dass sie ungewöhnlich gekleidet waren. Ihre Kleidung schien aus vergangenen Jahrzehnten oder dem Anfang des letzten Jahrhunderts zu stammen. Andererseits sah er regelmäßig auf Stühlen, Tischen und anderen Möbeln einen hellbraunen Belag, den er erst wie eine Staubschicht wegwischen musste, bevor er sich setzen oder das Möbel berühren konnte. Die Eltern hatten ihn schon während der tagesklinischen Behandlung einem „Alternativheiler“ vorgestellt, der die „Staubschicht“ als Angst vor Krankheit durch Bakterien o.ä. deutete. Außerdem bat er die Eltern, alte Familienfotos mitzubringen und tatsächlich behauptete der Junge, die Personen auf den Fotos seien zum Teil mit den Personen, die er immer wieder halluziniere identisch. Dies führte zu der Deutung, dass die verstorbenen Vorfahren versuchten, mit ihm Kontakt aufzunehmen. Ein möglicher Sinn dieser vermuteten Kontaktaufnahme konnte nicht erdeutet werden. Die Eltern und auch der Bericht der Klinik machten deutlich, dass zu keiner Zeit der tagesklinischen Behandlung, auch unter hochdosierter Neuroleptikagabe ein Rückgang der Symptome zu beobachten gewesen war. Die halluzinatorische Symptomatik war isoliert vom emotionalen Erleben abgesehen von Verun-

sicherung über diese Wahrnehmungen und ohne weitere psychotische Symptomatik. Im Kontakt wirkte der Junge offen aber emotionsarm und nicht schwingungsfähig. Er war gut in der Lage, soziale Situationen zu analysieren, aber zeigte sich unfähig, die Gefühle anderer zu spüren. Wir wendeten einige Fragebogenverfahren zur Autismusdiagnostik an und kamen zu der Hypothese eines atypischen Autismus. Da der Junge sich durchaus bewusst war, dass die Halluzinationen nur für ihn sichtbar waren und er die Realitätsbezüge immer halten konnte, vereinbarten wir einen Beschulungsversuch in seiner alten Regelschule. Zu seinem auffälligen Verhalten bezüglich des Abwischens der Möbel sollten die Eltern den Lehrern sagen, er habe eine Zwangsstörung und er müsse eben alles abwischen, bevor er es berühren könne. Er wollte das gleiche auch seinen MitschülerInnen sagen. In den folgenden Monaten kam es zu keinen Komplikationen bezüglich seines Verhaltens und er bekam immer mehr Sicherheit im Sozialkontakt. Eine Medikation wurde nicht vereinbart. Nach einem Jahr kamen der Junge und seine Eltern mit mir überein, die Behandlung zu beenden. Die Symptomatik war stabil persistierend, er war so weit es ihm möglich ist, sozial integriert und die Eltern akzeptierten seine Auffälligkeiten. Die Diagnose eines atypischen Autismus wurde aufrechterhalten. Seitdem erfolgte keine weitere Kontaktaufnahme seitens der Familie.

Diese vier Anekdoten sollen verdeutlichen, dass klar schilderbare optische Halluzinationen eher zu anderen diagnostischen Erklärungen als zur Diagnose einer Schizophrenie oder schizoaffectiven Psychose führen. Manchmal kann eine klare psychopathologische Exploration Leben retten indem eine Psychose ausgeschlossen wird. Auch Alkoholiker zeigen im Entzug oft optische Halluzinationen, die als sehr realistisch geschildert werden (beispielsweise die berühmten weißen Mäuse oder kleine grüne Männchen). Es stellt sich die Frage, wie eine optische Halluzination im Rahmen einer schizophrenen Psychose geschildert wird. Meist werden eher nicht klar beschreibbare bedrohliche Schatten aus den Augenwinkeln oder anderen peripheren Gesichtsfeldern beschrieben, die aber fast immer mit massiven Gefühlen von Angst oder Bedrohung einhergehen.

Nur selten schildern die PatientInnen genau beschreibbare Phänomene. Bei der Gruppe der drogeninduzierten Psychosen, die auch über Wochen nach der Drogeneinnahme persistieren, kommt es oft zu Schilderungen, dass die Gesichter von anderen Personen plötzlich unnatürliche Formen annehmen. Beispielsweise wird aus dem Gesicht der Lehrerin plötzlich ein Drachenkopf o.ä.. In dem Film „Yellow Submarine“ wird genau diese Permutation dargestellt. Natürlich ist es kein Geheimnis, dass dieser Film von den Beatles in einer Zeit entstand, als diese selbst mit psychotropen Drogen experimentierten.

Diese exemplarischen Schilderungen von verschiedenen Typen paranoider und halluzinatorischer Symptome dürfen nicht den Eindruck erwecken, dass die Form der Wahninhalte immer zur Diagnose führen. Vielmehr sollen sie verdeutlichen, dass es nicht richtig ist, jede Wahnsymptomatik in den Formenkreis der schizophrenen Erkrankungen zu diagnostizieren.

Außerdem ist zu konstatieren, dass jeder Wahn, jede Paranoia und jede Halluzination Anlass zu großer Sorge um die seelische Gesundheit unserer Patienten sein muss. Auch Wahninhalte der histrionischen Persönlichkeitsstörung und der anderen möglichen Diagnosen können Suizidhandlungen nach sich ziehen und sind nicht als ungefährlich abzutun.

Nach den Fragen zu Psychosen folgen die Fragen zur Einschätzung der Suizidalität. Ein gewisses Gefühl der Sinnlosigkeit des eigenen Daseins oder die Frage nach dem Sinn des Lebens ist eine Thematik, die im Rahmen der Pubertät jederzeit auftauchen kann und zunächst nicht als pathologisch zu bewerten ist. Deshalb müssen wir, eine Einschätzung für die Gefahr des Suizids bekommen. Wichtig ist hier die Beachtung der Geschlechtsunterschiede, die nicht immer aber in 80% der Fälle zutreffen. Mädchen und Frauen neigen zum Suizid, der eher selten blutig oder mit Gewalt verbunden ist. Die häufigste Form ist der Tablettensuizid. Jungen und Männer tendieren eher zu Gewalt gegen sich selbst, zu inszenierten Verkehrunfällen und im Rahmen eines erweiterten Suizids auch zum Amoklauf als besondere Form der Selbsttötung. Appellative Formen des Suizidversuchs dürfen nicht heruntergespielt werden! Wenn ein Suizidversuch mit 50 Tabletten Baldrian gemacht wird, mag das

medizinisch unbedenklich sein, aber nur aufgrund des Unwissens der PatientIn ist es nicht zu einer Katastrophe gekommen. Wenn die Reaktion auf solche „Erpressungsversuche“ eher Abwiegeln beinhaltet, zwingt man die PatientIn quasi zur suizidalen Eskalation. Im Rahmen der Exploration kommt es darauf an, herauszubekommen ob die Suizidalität akut oder eher latent besteht und ob es im Rahmen der Gesamtsituation auch gute Chancen gibt, das Leben der PatientIn ohne Freiheitsentzug zu erhalten. Hier kommt die Frage der Ursprungfamilie in den Mittelpunkt der Alternativen. Nach genauen prozentualen Einschätzungen durch die PatientIn zu fragen erscheint auf den ersten Blick abstrus, ist in der täglichen Praxis aber erstaunlich hilfreich um eine handhabbare Einschätzung der Akuität zu ermöglichen. Die Frage nach der größten Befürchtung muss immer zuerst gestellt werden, da die größte Hoffnung danach genannt wird und dadurch im Unbewussten stärker geankert wird. Automutilationen (Selbstverletzungen) sind so genannte parasuizidale Handlungen. Gemeint ist damit, dass das Aufschneiden der Haut oder Stechen mit Nadeln oder Brennen mit Zigaretten etc. nicht unmittelbare Todesfolge haben soll, der Mechanismus aber, vermutlich eine unbewusste Selbstbestrafung für ein subjektiv erlebtes Versagen im Rahmen einer schweren depressiven Krise darstellt. Auch Äußerungen der Selbstüberhöhung durch gewollte Erzeugung von Wunden sind keine Seltenheit. Wer schon einmal eine PatientIn über ihre Empfindungen während der Selbstverletzung exploriert hat, wird mit Erstaunen gehört haben, dass es entweder gar nicht geschmerzt hat oder der Schmerz als Erleichterung empfunden wurde. Als Deutung bietet sich hier an, dass der vorher empfundene seelische Schmerz größer gewesen sein muss als der körperliche Wundschmerz während der Automutilation. Inwieweit im Einzelfall die Selbstverletzung als verzweifelter Versuch gedeutet werden kann, die eigenen Körpergrenzen durch selbst verursachte „Grenzdurchdringung“ als unbewusste Abwehr einer vorher erlebten Grenzüberschreitung durch die Umgebung zu verarbeiten oder abzuwehren, bleibe hier dahingestellt. Jedenfalls ist eine Automutilation ein sehr schwerwiegendes psychopathologisches Kriterium.

Nachdem die psychopathologische Befunderhebung mit der PatientIn und möglicherweise ergänzende Angaben der WohngruppenmitarbeiterInnen dokumentiert sind, muss eine Einschätzung der Gefahr für die PatientIn und ihrer Umgebung erfolgen um die Frage des vorübergehenden Freiheitsentzuges durch eine ordnungsamtlich bestätigte Zwangseinweisung zu klären. Hierbei muss natürlich berücksichtigt werden, ob eine fachärztliche ambulante Weiterbehandlung möglich ist oder nicht. Im Einzelfall kann es die richtige Lösung sein eine medikamentöse Krisenintervention auch mit Benzodiazepinen unter engmaschiger fachärztlicher Begleitung einer Zwangseinweisung vorzuziehen. Es sollte aber nicht oberstes Primat sein, eine sofortige Klinikaufnahme zu vermeiden. Genauso wenig darf sich die notfallmäßig herbeigerufene ÄrztIn zum „pädagogischen Druckmittel“ instrumentalisieren lassen. Auch wenn es im Vorfeld zu einem aggressiven Durchbruch einer PatientIn gegen andere gekommen ist, entscheidet die ärztliche Sicht zum Zeitpunkt der Befunderhebung auch unter Berücksichtigung anderer Lösungsperspektiven über die Frage der sofortigen Klinikeinweisung gegen den Willen der Betroffenen. Im Zweifel sollte der Einweisung der Vorzug gegeben werden, um Distanz zwischen den Beteiligten zu schaffen und das Risiko einer erneuten lebensbedrohlichen Eskalation möglichst gering zu halten. Die Notwendigkeit einer Weiterbehandlung auf einer psychiatrischen Intensivstation wird in der Klinik später sowieso geprüft und so bald wie möglich in eine freiwillige, offene Behandlung umgewandelt.

Das Kernkriterium der Sinnhaftigkeit einer freiheitsentziehenden Maßnahme ist das intendierte Wohl der PatientIn und als reine lebenserhaltende Maßnahme einzusetzen.

Für den Fall, dass die Entscheidung gegen eine sofortige stationäre Behandlung gefällt wird, sollte dringend überlegt werden, ob eine medikamentöse Stabilisierung umgehend eingeleitet werden sollte. Häufig bestehen schon länger Einschlafstörungen, die die PatientIn einem erhöhten Risiko von Emotionsdurchbrüchen jedweder Art aussetzen. Hier sollte eine rasche Schlafregulation mit Hilfe niederpotenter Neuroleptika einsetzen. Es empfehlen sich Truxal oder Dipiperon als flüssige

Gabe. Die Dosis sollte eher hoch als niedrig angesetzt werden um erneute Krisen zu vermeiden. Bei PatientInnen mit Hang zu Selbstverletzungen oder plötzlichen Suizidimpulsen ist es hilfreich, Tavor expidet als Bedarfsmedikation anzubieten. Die Gruppenmitarbeiter sollten hierzu dringend ermahnt werden, gut gemeinte Selbstkontrollappelle zu unterlassen sondern besser frühzeitig die Medikation zu geben. Gleichzeitig sollte über die Einleitung einer antidepressiven Medikation gesprochen werden. Die Dauer bis zum Wirkeintritt ist länger als bei Neuroleptika und Benzodiazepinen aber sie sind als Dauermedikation zur mittelfristigen Stabilisierung oft sehr hilfreich. Ein guter Kompromiss kann hier die Gabe von Opipramol (Insidon) sein. Schon zu Beginn wirkt es schlafanstoßend und es kann als Langzeitmedikament genommen werden ohne Suchtrisiko. Wenn der Schlaf nicht so problematisch ist, stellt Escitalopram (Cipralex) als angstlösendes, antriebssteigerndes Antidepressivum ebenfalls eine gute Behandlungsoption dar. Hier muss jedoch enge fachärztliche Zusicht mit engmaschiger Prüfung der Suizidalität erfolgen. Bei auch nur verdeckten Hinweisen auf eine ADS/ADHS-Problematik ist dringend eine spezifische Diagnostik und die Möglichkeiten einer Psychostimulantienbehandlung zu erörtern. Oft sind suizidale Krisen eine Folge von langjähriger Frustration durch Misserfolge im schulischen Bereich! In der akuten Krisensituation durchgeführte Medikation vor Klinikaufnahme birgt das Risiko der Verschleierung der Symptomatik und kann dazu führen, dass die aufnehmende KollegIn in der Klinik eine stationäre Behandlung mangels Indikation ablehnt. Ob der PatientIn damit gedient wird, erscheint eher zweifelhaft. In den meisten Fällen ist eine prästationäre Medikation auch nicht zwingend indiziert.