

SUIZIDALITÄT IM KINDES- UND JUGENDALTER

Dr. Thomas Kröpfl

Facharzt für körperliche und seelische Erkrankungen von Kindern-und Jugendlichen

Systemische Familien-und Einzeltherapie, Elterncoaching

www.kinderpsychiatrie-graz.at

Suizidalität

Selbstverletzendes Verhalten

Erregungszustände

Rauschzustände

Sind psychiatrische Notfälle !

Definition

Suizidalität

- Summe aller Denk- und Verhaltensweisen eines Menschen den eigenen Tod anzustreben oder in Kauf zu nehmen

Suizid

- Bezeichnet die Selbsttötung eines Menschen

Suizidideen

- Gedanken an Tod und Sterben mit der Vorstellung über Möglichkeiten der Selbsttötung

Parasuizid

- Selbstschädigung mit potenzieller, aber nicht intendierter Lebensbedrohung. Impliziert die Selbstschädigung aber nicht unbedingt die Selbsttötung
- Appellativen Charakter

Suizidversuch

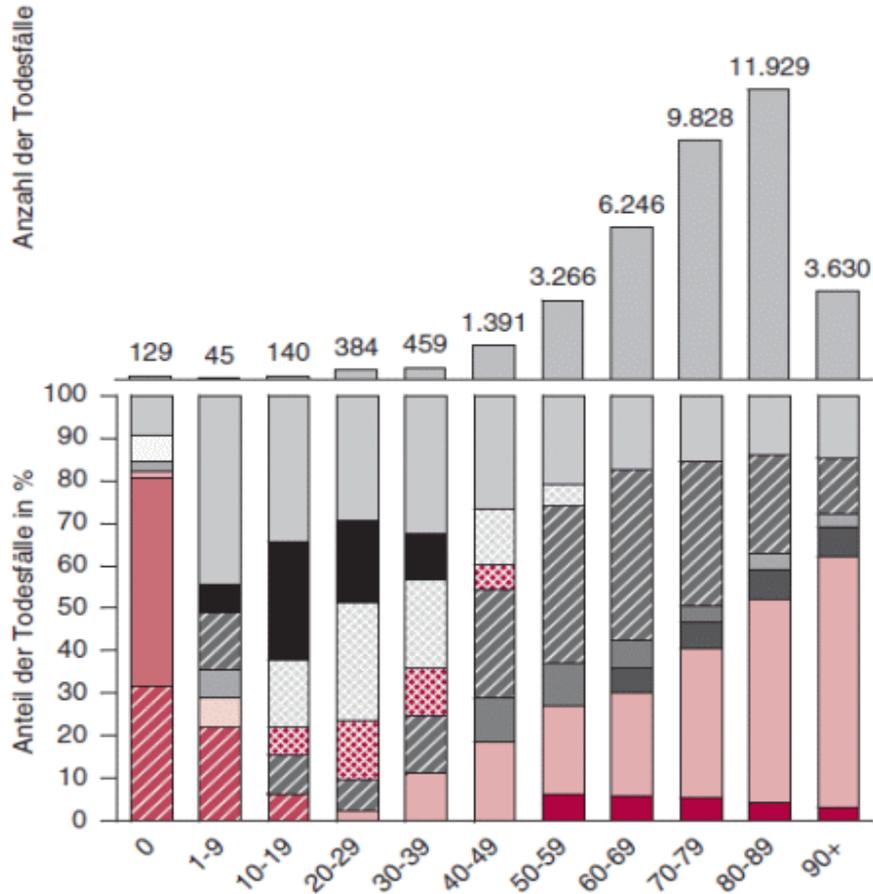
- Alle vorbereiteten und durchgeführten Handlungen, die mit dem Wissen, dem Wunsch und dem Ziel durchgeführt wurden, sich mit der angewandten Methode das Leben zu nehmen
- Abbruch oder Überleben!

Häufigkeit und Risiko

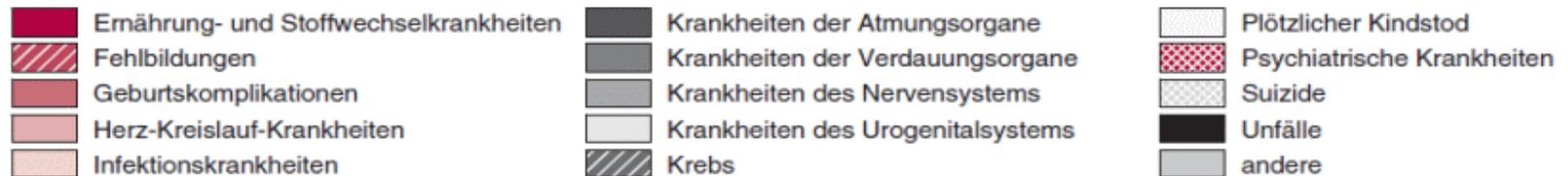
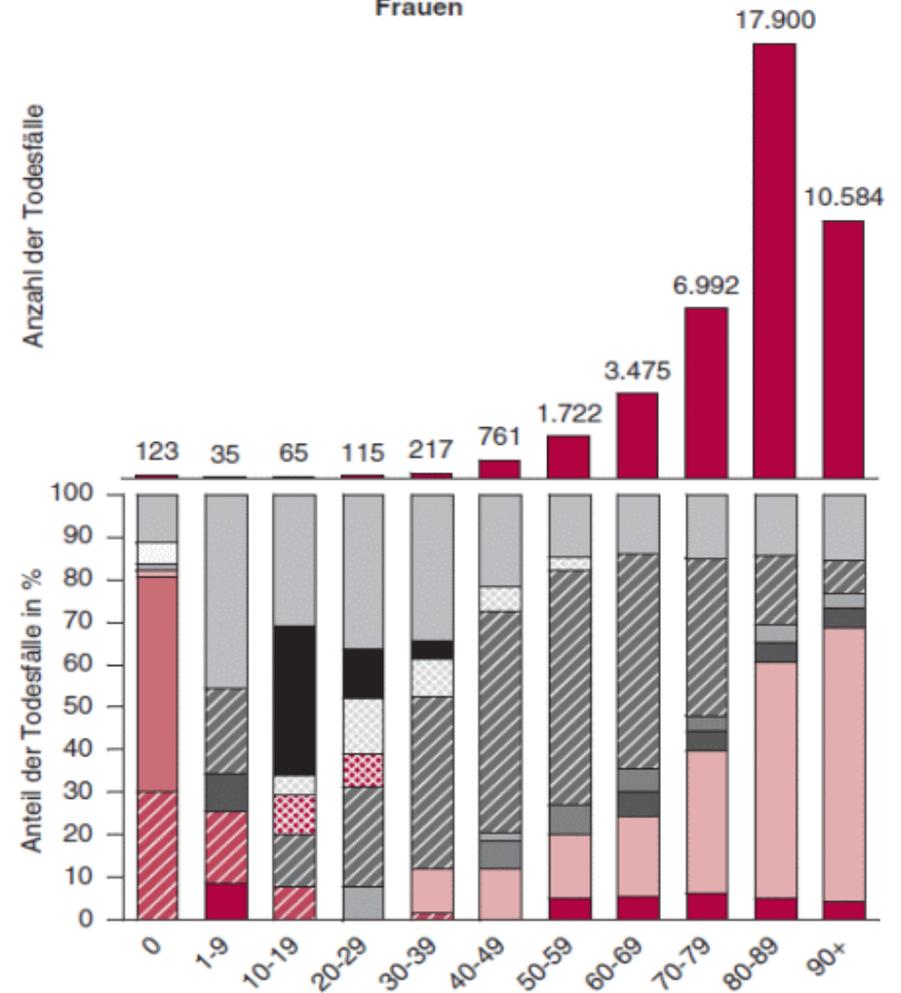
- 8-9% der Jugendlichen verüben einen Suizidversuch
- 2-3% müssen ärztlich versorgt
- 1 von 1500 Jugendlichen stirbt

Die häufigsten Todesursachen in Österreich nach Alter im Jahr 2012

Männer



Frauen



Wer sieht suizidale Jugendliche?

- Hausarzt 50%
- Psychiater 13%
- Spital 25%
- Sozialarbeiter, Schulpsychologen 13%

Handlungen

- Harte Methoden

- Erhängen, Erschießen, Erstechen, Sprung aus großer Höhe, Ertrinken, Strom, vor den Zug werfen)

- Weiche Methoden

- Substanzen, Schnittverletzungen, Gas

- Verbale Ankündigung

- Hilferuf, Appell, Drohung

- Parasuizidales Syndrom

- Affektive Einengung, Aggressionsstau, Wendung der Aggression gegen die eigene Person, bei Kindern oft Impulsivität, Panik

Einschätzung des Risikos einer wiederkehrenden Handlung

- Harte Methode
- Andauernde Belastungen im psychosozialen Umfeld
- Keine nachhaltige Problemlösung
- Wenig reflektierte Angehörige
- Verstehbar!
- Hohe Intentionalität und Ernsthaftigkeit
- Geringe Distanzierungsfähigkeit
- Anhaltende Insuffizienzgefühle, Hoffnungslosigkeit
- Neigung zu impulsiven Handlungen

Risikofaktoren für Jugendliche

- Männlich>Weiblich
- Bei männlichen Jugendlichen
 - Frühere Suizidversuche
 - 16 Jahre und älter
 - Assoziiert mit emotionaler Störung
 - Assoziiert mit Substanzabusus
 - Impulsdurchbrüche
- Bei weiblichen jugendlichen
 - Emotionale Störung
 - Frühere Suizidversuche

Risikofaktoren

- Über 90% der Jugendlichen, die Suizid begehen, litten zum Zeitpunkt des Suizides an einer psychiatrischen Störung (depressives Zustandsbild, Schlafstörungen!!, Angststörungen, Panikattacken (eher Mädchen))
- Substanzabusus
- Allein oder isoliert lebend-Weglaufen
- Versuch mit unüblichen Methoden
- Schritte zur Vermeidung entdeckt zu werden
- Opfer von Gewalt, inklusive sexueller Missbrauch und Mobbing

Cave Stressfaktoren

- Homosexualität
- Disziplinierungsstress (Schule, Arbeit,..)
- Leistungsstress (wenig Ergebnisse bei mehr Erwartung)

Protektive Faktoren

- Familiäre Kohäsion
 - Empathie der Familienmitglieder
 - Verstehen-wollendes Klima
 - keine Ablehnung oder Verurteilung
- Religion spielt eine große Rolle

(Selbstmord- Attentat ist kein Suizid im medizinischen Sinne)

Entwicklungspsychologische Aspekte

- **Bei Kindern weniger Suizid, weil**
 - Wesensmerkmale von Leben und Tod werden noch nicht eindeutig erkannt
 - Unsicherheit in der Durchführung
 - Weniger Ich-Reflexion und Selbstentwertung
 - Weniger affektive Störungen
- **Bei Jugendlichen mehr, weil**
 - hoffnungsloser
 - planungsfähiger
 - Mehr Depression
 - Zugang zu Alkohol, Drogen und Waffen

Cave Parasuizidale Gedanken

- Werden oft in passagerer Form bei ca.8% der Kinder und mindestens 20% aller Jugendlichen beschrieben.
- Bei psychiatrisch behandelten Kindern und Jugendlichen sind die Raten höher.
- Parasuizidale Handlungen im Jugendalter werden **größtenteils impulsiv** ausgeführt

Umgang mit psychiatrischen Notfällen

Wir sind keine „HEROS“

„Wir haben aber Verantwortung“

Zweitmeinung!!!!!!- Holt jemanden dazu!!!!!

Grundregeln für den Umgang mit psychiatrischen Notfällen

- Ursache des Zustandsbildes weitmöglich abklären (Fremdanamnese)
- Selbstgefährdungs- oder Fremdgefährdungsrisiko abschätzen
- Entscheidung über Krankenhauseinweisung, wenn

Akute Suizidalität oder Fremdgefährdung

Der Zustand nicht kurzfristig abklingt

PatientIn nicht kooperativ und paktfähig

Unterbringungsgesetz (UBG)

§ 3

In einer psychiatrischen Abteilung darf nur untergebracht werden, wer

1.

an einer **psychischen Krankheit** leidet und im Zusammenhang damit **sein Leben** oder seine Gesundheit oder **das Leben** oder die Gesundheit **anderer** ernstlich und erheblich gefährdet und

2.

nicht in anderer Weise, insbesondere außerhalb einer psychiatrischen Abteilung, ausreichend ärztlich behandelt oder betreut werden kann

Fragen zur Exploration

- Hast du schon mal daran gedacht, dir etwas anzutun?
- Hast du schon mal daran gedacht, dich zu töten?
- Wann hast du das erste mal daran gedacht dich zu töten?
- Musst du sehr viel daran denken?
- Hast du geplant, wie du dich töten willst?
- Hast du etwas dafür vorbereitet?
- Hast du konkret vor dich zu töten?
- Hast du jemandem Bescheid gesagt/ einen Abschiedsbrief geschrieben?
- Hast du schon einmal versucht dich zu töten?

Grundregeln für den Umgang mit psychiatrischen Notfällen

Was tun?

- Lückenlose Überwachung bis zur Krankenhausaufnahme bzw. bis zum Abklingen der Symptomatik
- Kontaktieren des diensthabenden Arztes vor Ort oder im Krankenhaus
- Medikamente nur bei geklärter Diagnose
- Keine medikamentöse Polypragmasie (erschwert die Diagnose!)
- Genaue Angabe über Art und Dosis der verabfolgten Medikation (weiterbehandelnder Arzt!)
- Verdacht auf Intoxikation (ev. Urin)

Erregungszustände

In der akuten Situation wesentlich: Beruhigende und überlegte Einwirkung ("Talk down"):

Dies kann beispielsweise durch detailliertes Nachfragen, auch scheinbarer Nebensächlichkeiten erfolgen und ist auch am Telefon möglich (z.B. bei Suizidankündigung).

Cave:

- Zu forsches Auftreten kann die Aggressivität steigern (sicheres und ruhiges Auftreten besser)
- Keine Selbstüberschätzung, stattdessen rechtzeitig Helfer (Pflegepersonal, Polizei) heranziehen
- Erregungszustände können kurzfristig abklingen („Ruhe vor dem Sturm“) und so ein falsches Bild von der tatsächlichen Gefährdung geben

Agitiert-depressiver Erregungszustand

Agitierte endogene Depression, die sich durch eine unruhige, ängstliche Betriebsamkeit und eine gehetzte Unruhe auszeichnet. Häufig in Verbindung mit depressiven Wahnvorstellungen.

Manischer Erregungszustand

Vor dem Hintergrund einer gereizten oder einer grundlos-heiteren Stimmung, einem Antriebsüberschuss mit einem Übermaß an Initiative und Unternehmungslust, einer Steigerung der Selbstwertgefühle und einer manischen Enthemmung.

Schizophrener Erregungszustand

Häufig im Zusammenhang mit Wahnvorstellungen, akustischen Halluzinationen, Icherlebensstörungen und anderen schizophrenen Symptomen. Der sich bedroht führende schizophrene Patient verhält sich affektiv sehr gespannt, ängstlich und unruhig.

Psychogener Erregungszustand

Medikamentöse Therapie

In der WG Gabe von Zyprexa 5-10mg oder

Temesta 1mg Velotab

Tranquilizer, bei hochgradiger Erregung 10 mg

Diazepam i.m. oder i.v. (cave Atemdepression)

Allgemeine Maßnahmen

Psychotherapeutische Bearbeitung des aktuellen Konflikts.

Fehler und Gefahren

- Mangelnde konkrete Absicherung des nicht distanzierten Klienten
- Entlassung aus dem Krankenhaus ohne konkrete Nachsorge (psychiatrisch-psychotherapeutisch)
- Bei insuffizienten Suizidmethoden schließen auf eine geringere Tötungsabsicht und damit niedrigere Gefährdung
- Sich selbst nicht einbeziehen lassen „geheimer Suizidpakt“

Cave:

Haben Jugendliche für sich den Entschluss zum Suizid gefasst, wirken sie oft ausgeglichener und ruhiger!

Was ich persönlich als Ärztin/Erstkontakt lassen soll...

Zu sehr mit den Klienten mit zu schwingen

Wut, Ablehnung, Unverständnis, Zurückweisung, all das sind

Reaktionen und Handlungen, welche meist nicht zum

gewünschten Erfolg führen

Hyperaktives Verhalten als Abwehr von Betroffenheit

Empathie hilft, Annahmen der Situation !

- Ich kann es mir nicht aussuchen, ob ein Klient mit gebrochenem Bein oder selbstzugeführten Schnitten in die Ambulanz kommt!

Ursachen für Suizid-90%

- Depression
- Sexueller oder körperlicher Missbrauch
- Verlust von Freunden oder Partnern
- Versagen im Rahmen der Ausbildung
- Soziale Isolation
- Substanzmissbrauch

Vorausgehende Begleitumstände

- Häufiger und unlösbarer Streit mit den Eltern oder dem Freund/Freundin
- Versagen in der Schule
- Verlust des Arbeitsplatzes („Scheitern“)
- Zurückweisung oder Bestrafung durch Menschen, die dem Jugendlichen nahe stehen
- Ungewollte Schwangerschaft
- Alkohol und Drogen, die die Hemmschwelle senken
- Selbsttötungs- Nachahmung von Idolen, Internetforen

- Grundsätzliches Thema durch alle Altersstufen: fehlende Zuneigung, Geborgenheit, Nähe,..
- Tod eines Elternteiles, Bruders oder Schwester, Missbrauch oder Vernachlässigung, dissonante Elternbeziehung, psychisch kranker oder chronisch kranker Elternteil
- Genetische Komponente
- Depressive Eltern können oft nicht die Bedürfnisse ihrer Kinder erfüllen
- Kinder lernen depressives Verhalten als Strategie der Belastungsreaktion

Depression Jüngere Schulkinder:

- Niedergeschlagenheit, traurige Verstimmtheit, ängstlich, Schuldgefühle, übermäßige Selbstkritik, mangelndes Zutrauen, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, wenig motiviert, spielen wenig mit anderen, manchmal eher unruhig und zappelig, „Clown“ oder aggressiv gestimmt, Essstörung, Gedanken und Phantasien über den eigenen Tod,...

Depression Jugendalter:

- zunehmend deutlich emotionale Symptomatik, verschlossen, gereizt, grüblerisch, mit der Welt im Kampf, Schwierigkeiten mit der Schule, Freunden, Kopfschmerzen, Essstörung, Schlafstörung,..
- Oft schwierig Depression von pubertärem Verhalten zu unterscheiden

Nachahmung

- Vorbelastete Jugendliche sind besonders gefährdet für Nachahmungen
- Cave Werther Effekt oder Cybersuizid
- Pressekodex nach Suizid



Alarmsignale

1. Abschiedsbrief
2. Äußern konkreter Pläne, wie man sich am effektivsten tötet
3. Suche nach Einsamkeit
4. Plötzlicher Umschwung in ein freudiges Verhalten
5. Beschäftigen mit Themen, die von Tot und Selbsttötung handeln, oder Personen, die sich selbst getötet haben
6. Bei schon einmal versuchter Selbsttötung, ist die Wiederholungsgefahr hoch

Checkliste in der Anamnese mit Eltern

1. In letzter Zeit habe sie oft das Gefühl, von ihrem Kind abgelehnt zu werden
2. Sie selbst haben weniger Lust und Interesse an ihrem Kind und gehen auf Distanz
3. Sie sind enttäuscht, weil die Bemühungen, ihrem Kind etwas gutes zu tun, wertlos zu sein scheinen
4. Sie fühlen sich überfordert von den Problemen und Konflikten ihres Kindes mit ihnen, der Familie, der Schule oder Freunden

6. Sie machen sich viel mehr Sorgen um Ihr Kind als normal , sind ängstlich und angespannt
7. Möglicherweise haben sie wegen der ständigen Auseinandersetzungen mit ihrem Kind zu stark reagiert, sind zu laut geworden und haben deswegen Schuldgefühle
8. Sie trinken häufiger Alkohol und brauchen öfter eine Zigarette, fühlen sich schlapp
9. Sie zeigen selbst plötzlich depressive Symptome

Tipps für Eltern und Betroffene

1. Versuchen sie die Symptome als Teil einer Krankheit zu verstehen, die behandelt werden muss!
2. Informieren sie sich, machen sie sich kundig über die Erkrankung und die Möglichkeiten einer Behandlung
3. Hören sie ihrem Kind zu, signalisieren sie Gesprächsbereitschaft und ein offenes Ohr für die Sorgen des Kindes
4. Stellen sie Fragen, aber drängen sie ihr Kind nicht. Führen sie kein Verhör mit ihrem Kind durch
5. Vermeiden sie gut gemeinte Ratschläge (sind auch Schläge!) und Floskeln
6. Bagatellisieren sie die Krankheit nicht, nehmen sie die Gefühle ihres Kindes ernst
7. Denken sie daran, dass ihr Kind sie jetzt besonders braucht

Fact: Depression früh erkennen!

Depressive Kinder leiden!-----Und ihre Familien!

Deutliche weitere Entwicklungsbeeinträchtigung, Reifungsverzögerung,
Regression,....

Angst und Verlust von Selbstvertrauen

Häufig Grundstein auch für Depression im Erwachsenenalter

Suizid ist nach Unfall die häufigste Todesursache bei Jugendlichen

Therapieoptionen

Pharmakologische Therapie

Psychologische Therapien

Eher operante (Verstärker-Verlust)

Eher kognitive (CBT)

Systemische Therapie

Psychodynamische Verfahren

Selbsthilfe Maßnahmen

Diagnostik

- Das klinische Interview:
 - EPSKI (Explorationsschema für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen)
 - Kinder DIPS (Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter)
 - CASCAP-D (Clinical Assessment-Scale for Child and Adolescent Psychopathology)
 - Depressionstest für Kinder und Jugendliche Uni Zürich
 - CBCL
 - TRF (Teacher's Report Form der Child Behavior Checklist)
 - YSR
 - SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire)

Psychotherapeutische Basisbehandlung

- Entlastung im familiären Umfeld und in der Schule/Arbeitsplatz
- **Entgegenwirken bei raschen Wünschen nach Veränderung der Lebenssituation**
- Erläuterung der somato-psychischen Zusammenhänge und Eingehen auf somatische Beschwerden
- Exakte Aufklärung über Therapie und Nebenwirkungen
- Engmaschige Termine (z.B. Telefontermine)

Abbildung 1

Chronische Stressoren
(Migration, Armut,
Über-, Unterforderung)

Akute Stressoren
(Life Events, Traumata)

Ängstliche, gehemmte,
unsichere Wesensart

Depressive Vorbilder

Körperliche
Erkrankungen

Adoleszenz,
weibliches Geschlecht

Depression

Familiäre Belastungen
(psychische Erkrankung, Konflikte,
dysfunktionale Beziehung)

Psychologische Modelle:
erlernte Hilflosigkeit,
dysfunktionale Gedanken,
Verstärker-Verlust,
Defizitäre Problembewältigung

Relativer
Noradrenalin-,
Serotonin-Mangel

Endokrine
Veränderungen
(z.B. TRH, Cortisol)

Morphe prä-
frontaler Kortex,
Hippocampus,
Amygdala

Schlafarchitektur
(verkürzte REM-
Latenz, reduzierte
Schlaffeffizienz)

Genetische Prädisposition

Psychoziale Faktoren

Biologische Faktoren

Abschluss

Transfer in den Alltag
Realitätskontrollen
Kenntnis der Rezidivzeichen

Therapeutische Phase

Psychoedukation
Abbau belastender Faktoren
Aufbau positiver Aktivitäten
Ressourcenstärkung
Training sozialer Kompetenzen
Training Problemlösestrategien
Bearbeitung dysfunktionaler Gedanken
Bearbeitung interpersonaler Konflikte
Steigerung der Selbstsicherheit

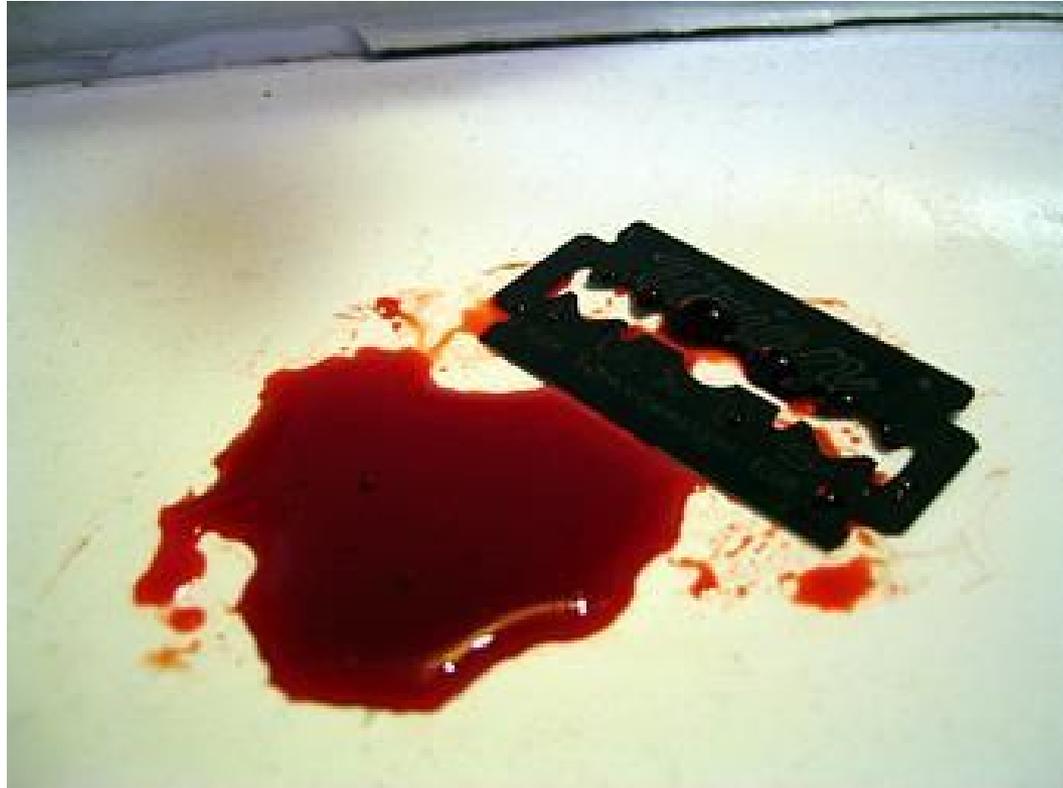
Akute Phase

Situative Entlastung
Reizabschirmung
Ordnen des Tag-Nacht-Rhythmus
(Schlafsicherung ggf. medikamentös)
Tagesstrukturierung



VIEL ERFOLG IM UMGANG MIT KINDERN- UND JUGENDLICHEN

Take Care!



Selbstverletzendes Verhalten

- Nicht suizidales, selbstverletzendes Verhalten dient häufig dazu, in Zuständen erheblicher affektiver Anspannung durch den selbst zugefügten, fokalen Schmerzreiz eine Minderung der generalisierten Spannungen zu erzielen und akut emotionale Entlastung zu erfahren.

- Beim SV Verhalten handelt es sich um keine Diagnose, sondern um selbstschädigende Verhaltensweisen, welche teilweise mit komplexen psychiatrischen Störungsbildern assoziiert sind. Hieraus erklärt sich unter anderem, dass das Suizidrisiko bei Menschen mit selbstverletzendem Verhalten im Vergleich zur Norm um ein vielfaches erhöht ist.

- Unter 14 jährigen in Deutschland 11% mit einmaligem oder gelegentlichem und 4% mit repetitivem Verhalten
- Mädchen doppelt so häufig betroffen
- Im stationären Bereich der KJP ca 60%
- Oft in Begleitung einer Persönlichkeitsentwicklungsstörung vom Borderline typ (5% von 13-21 Jahre), 2 % der Erwachsenen
- SSV ist nicht mit BPS gleichzusetzen, sondern kann auch ohne psychiatrische Grunderkrankung auftreten
- Das erhöhte Risiko für einen Suizid ist trotzdem höher

Bevorzugte Körperteile bei SSV

Arme, vor allem Unterarme und Handgelenke

Beine, vor allem Oberschenkel

Bauch

Kopf / Gesicht

Brust

Genitalbereich

- Schneiden
- Ritzen
- Kratzen
- Zwicken
- Klemmen
- Beißen
- Offenhalten bzw. Aufkratzen von Wunden / Wundschorf Aufkratzen der Haut
- Stechen
- Ausreißen von Haaren, auch Wimpern oder Augenbrauen
- Verbrennungen
- Verätzungen mit Säuren oder Laugen
- Verbrühungen
- Quetschungen von Körperteilen
- Heftiges Schlagen von Kopf oder anderen Körperteilen an Wände etc.
- Abschnürungen, um Durchblutungsstörungen hervorzurufen
- Schlucken von giftigen Substanzen

- Selbstverletzung ist eine **Kommunikationsform** und hat sehr viel mit Beziehungen zu tun.
- So gesehen könnte man sagen, dass – selbst wenn SVV unter größter Geheimhaltung stattfindet – immer auch andere Personen miteinbezogen sind.
- Beim systemischen Ansatz geht man davon aus, dass jede Handlung in einen Sinn macht oder sich für ein Anliegen einsetzt. Dieses kann dem Erhalt des Systems dienen oder der eigenen Bewältigung, bzw. Befriedigung von Sehnsüchten.

Zu sehr mit den Klientinnen mit zu schwingen

Wut, Ablehnung, Unverständnis, Zurückweisung aber auch verstärkte Kontrolle, der Versuch, die Selbstverletzung durch das Vernichten der dazu notwendigen Instrumente zu verhindern, das Stellen von Ultimaten all das sind Reaktionen und Handlungen, welche meist nicht zum gewünschten Erfolg führen.

Was man lassen soll...

Führen von Gefühlsprotokollen...

- in den Gefühlsprotokollen auch Situationen festhalten, in denen die SVV nicht zum Einsatz kam.

- Was waren die alternativen Handlungen?

- Erstellen einer Liste von unterschiedlichen Gefühlen.

- Was hat geholfen, sich nicht zu verletzen

Die **eigenen Gefühle** zu **betrachten** und zu **akzeptieren**.

Es steht jedem zu, auch schwierige Gefühle zu haben

Was man tun soll..

Aggressionsabbau

Sport : spazieren, joggen, rennen, schwimmen, Fahrradfahren oder Inlineskaten

Treppen hoch und runter laufen

gegen einen Punchingball, eine Matratze oder ein Kissen boxen

ihren Versuch unternimmt, ein Telefonbuch zu zerreißen

intensives Weinen zulässt

Mal richtig laut schreit (an einem für euch geeigneten Ort)

Was kann man tun?

Hausarbeiten verrichten: aufräumen, kochen, putzen, sortieren...

etwas Neues erlernen: Musikinstrument, Handarbeiten etc.

Versorgung und Beschäftigung von und mit Tieren.

lautes Musik hören und dabei genau auf den Songtext achten

ein Zufallsobjekt aussuchen und möglichst viele Verwendungszwecke dafür aufschreiben

sich auf einzelne Körpervorgänge (Atmen, Schlucken, Hören, Riechen) oder Handlungsabläufe (Trinken, Essen, Gehen, Bewegen) in seinen Einzelschritten konzentrieren

Assoziationsmöglichkeiten

Malen in den verschiedensten Formen, Größen, Farben mit verschiedenen Malutensilien (Buntstiften, Ölfarbe, Wasserfarbe, Wachsstiften)

Plastisches Arbeiten (mit Ton, Gips, Knete, Salzteig)

„Basteln“: Arbeiten mit verschiedenen Materialien (z.B. Collagen aus verschiedenen Utensilien bauen)

Gedichte, Lieder, (Kurz)geschichten schreiben

Tagebuch schreiben

Selbstfürsorge, baden, liebkosen...

Gefühlsliste mit spezifischem Erleben und Geschichten füllen

Gefühle ausdrücken..

ein Gummiband ums Handgelenk legen und schnalzen lassen
Eiswürfel auf die Haut drücken bis die Kälte schmerzt
kalt duschen (nicht heiß)
in eine Chili-schote beißen oder etwas Tabascoße in den
Mund nehmen
mit Lebensmittelfarbe oder mit Henna oder einem
wasserlöslichen Filzschreiber Verletzungen auf die Haut malen

Ersatzhandlungen

Notfallkoffer

1. Einen schönen Karton (gestaltet diesen individuell) oder sogar einen kleinen Koffer suchen.
2. In diesen lauter schöne Sachen reinpacken: positive Erinnerungen mittels Fotos, kleiner Andenken, Urlaubsmitbringsel; vielleicht eine Kuschedecke oder ein Kissen; einen angenehmen Geruch; eure Lieblingsmusik; einen schönen Brief; euer Lieblingsbuch; einen Gutschein für (Schwimmbad, Sauna, Kino...) – vielleicht für zwei, dann könnt ihr noch jemanden einladen und mitnehmen; eine Dokumentation eurer SVV-Vermeidungsstrategien: wann, wodurch, mit wem
3. Aber auch Tempotaschentücher und funktionierende „Ersatzhandlung“ (Gummiband, Tabasco...)
4. Dieser Koffer soll immer „Aktualisiert“ werden!

Vermeidet bewusst Gedankengänge und Situationen, die euch runterziehen. (Gedanken-Stop, Tressorübung...)

Umfokussieren der Aufmerksamkeit !

Meidet Orte, die mit SVV zu tun haben

Spielt das „15-Minuten-Spiel“: Versucht, SVV zu verschieben (weil man es später immer noch tun kann)

SVV bewusst vermeiden

Psychopharmakologische Behandlung

Atypische Antipsychotika: Risperdal, Seroquel, Zyprexa, Abilify

Stimmungsstabilisatoren: Lithium

Psychostimulanzien: Methylphenidat, v.a. bei Komorbidem Vorliegen von ADHS