



DPTV Deutsche
Psychotherapeuten
Vereinigung

Psychotherapie **Aktuell**

9. Jahrgang | Heft 1.2017



-  Update zur Reform der Psychotherapie-Richtlinie
-  Behandlung von Amokläufern – Haftungsfragen
-  Sozialversicherungspflicht in Berufsausübungsgemeinschaften



Sabine Maur

Transition

Besonderheiten der Psychotherapie in der Altersgruppe 16 bis 25 Jahre

Bestimmte Patienten brauchen besondere Unterstützung und ein spezielles Herangehen in der Psychotherapie, damit der Übergang vom jugend- hin zum erwachsenenorientierten Gesundheitssystem gelingt.

Bei chronischen körperlichen Erkrankungen wie Diabetes oder Rheuma gelingt bei etwa einem Drittel der PatientInnen der Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin nicht (Müther et al., 2014). Es kommt zu Abbrüchen in der Behandlung und damit in der Regel zu einer Verschlechterung der Erkrankung mit entsprechenden kurz- und langfristigen Folgeproblemen. Die Medizin hat sich in den letzten Jahren diesem Phänomen intensiv zugewandt und Überlegungen und Programme entwickelt, die sogenannte *Transition* vom Jugend- ins Erwachsenenalter zu verbessern (beispielsweise das „Berliner Transitionsprogramm“ bei Diabetes oder „Mein Rheuma wird erwachsen“ der Deutschen Rheuma-Liga).

Im Bereich der *psychischen Erkrankungen* hat die Hinwendung zur Transitionsproblematik gerade erst begonnen. Transition meint vor

allem einen „gezielten, geplanten Prozess weg vom kindzentrierten, hin zu einem erwachsenenorientierten Gesundheitssystem, das die medizinischen, psychosozialen und pädagogischen/beruflichen Bedürfnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit chronischen (...) psychischen Leiden mit einbezieht“ (Mayr et al., 2015, S. 155f.) – mit dem Ziel, die Sicherung der Versorgungskontinuität zu gewährleisten (Fegert et al., 2016). Primäre Zielgruppe sind die PatientInnen im Alter zwischen 16 und 25 Jahren, ein Altersabschnitt, der in den letzten Jahren auch unter dem Namen „Emerging Adulthood“ diskutiert wurde (Seiffge-Krenke, 2015).

Bei nahezu Dreiviertel der PatientInnen, bei denen mit Mitte 20 eine psychische Störung besteht, liegt das Ersterkrankungsalter zwischen 12 und 18 Jahren (Kim-Cohen et al., 2003). Die Adoleszenz und das junge Erwachsenenalter scheinen

eine besonders vulnerable Phase zu sein, was die Manifestierung und Chronifizierung psychischer Erkrankungen angeht. Gleichzeitig wissen wir aus US-amerikanischen Studien, dass zwischen exakt 17 und 18 Jahren über 50 % der ambulanten PatientInnen die Behandlung abbricht (Pottick et al., 2007; es gibt keine deutschen Studien dazu). Auch wenn das deutsche Gesundheitssystem sicher deutlich besser ist als das amerikanische und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen bis 21 Jahre behandeln dürfen, so stimmen solche Abbruchzahlen doch nachdenklich und sind mit hohen persönlichen und gesellschaftlichen Kosten verbunden. Diese im angloamerikanischen Raum als *Care Gap* bezeichnete Problematik meint nicht nur die Gefahr des Abbruchs der Behandlung, sondern auch in der Folge die vermehrte Inanspruchnahme von Kriseninterventionen und langfristig schlechte Verläufe (Singh et al., 2010; Singh & Tuomainen, 2015). Die Autoren beschreiben, dass insbesondere Menschen mit geringen Ressourcen, Flüchtlinge und ethnische Minderheiten, Men-

Im Bereich der psychischen Erkrankungen hat die Hinwendung zur Transitionsproblematik gerade erst begonnen

schen mit *neurodevelopmental disorders* (z.B. Autismus, ADHS), Personen mit beginnenden Persönlichkeitsstörungen, PatientInnen mit geringem Reife- und Einsichtsgrad sowie mit erheblichen familiären Stressoren als Risikokandidaten für eine Transitionsproblematik gelten.

Was sind Gründe für die Schwierigkeiten, die sich im Übergang vom Jugend- ins Erwachsenenalter hinsichtlich der Adhärenz bezüglich psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlungen zeigen? Es lassen sich drei Problembereiche identifizieren:

1. entwicklungspsychologische Besonderheiten,
2. strukturelle Probleme und
3. störungsspezifische Erschwernisse.

Entwicklungspsychologische Besonderheiten im Altersbereich 16 bis 25 Jahre

Peters und Kollegen (2011, S. 2478) beschreiben sehr schön die typischen Entwicklungsaufgaben und Umbrüche der Altersklasse 16 bis 25 Jahre: „During the early phase of emerging adulthood, the person may be transitioning geographically, economically, and emotionally away from the parental home. Competing academic, economic, and social priorities often detract from a focused commitment to chronic disease management.“ Neurobiologisch kommt es durch die massenhafte Neuformung neuer Nervenverbindungen (Synaptogenese) und die Reorganisation insbesondere des präfrontalen Cortex zu einer hohen Formbarkeit in diesem Alter, aber auch zu einer Dysbalance mit einem erhöhten Risiko für emotionale Dysregulation und Risikoverhalten (Casey et al., 2008; Konrad et al., 2013). Diese psychologischen und neurobiologischen Herausforderungen treffen mit der Volljährigkeit „plötzlich“ auf hohe normative Anforderungen der Gesellschaft (Mayr et al., 2015).

Strukturelle Probleme

Im Bereich der Erwachsenenpsychotherapie und -psychiatrie findet sich häufig ein unzureichendes Training im Umgang mit PatientInnen zwischen 16 bis 25 Jahren, insbesondere solchen mit eher geringen Ressourcen (Gießelmann, 2016; Mayr et al., 2015):

- Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen sind es gewohnt, mit fremdmotivierten oder ambivalent motivierten PatientInnen zu arbeiten, die häufig über eine geringe Introspektionsfähigkeit und defizitäre Selbstwahrnehmung verfügen – solche PatientInnen tauchen in der Regel im (ambulantem) Erwachsenenbereich gar nicht erst auf;
- während Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen routinemäßig Familie und sonstige enge Bezugspersonen in die Behandlung mit einbeziehen, ist das im Erwachsenenbereich nach wie vor nicht die Regel;
- die ErwachsenenbehandlerInnen erwarten die Fähigkeit zur Selbstorganisation, sie betonen Autonomie und Selbstverantwortung, während die Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen gewohnt sind, je nach Reifegrad des Patienten pädagogisch zu unterstützen (z.B. was Terminvereinbarung und -einhaltung angeht) und mit den beteiligten Helfersystemen zu kooperieren (z.B. Schule/Arbeitgeber, Jugendhilfe, ÄrztInnen).

Strukturell erschwert eine erhebliche Schnittstellenproblematik eine gelungene Transition bei psychischen Erkrankungen: ein guter Übergang von der Jugendlichenpsychotherapie/-psychiatrie in die Erwachsenenpsychotherapie/-psychiatrie ist zurzeit noch primär vom Engagement und guten Willen einzelner BehandlerInnen abhängig. Der damit verbundene zeitliche Aufwand wird nicht oder nur unzureichend vergütet. Gleiches gilt für die Kooperation mit komplementären Hilfesystemen, insbesondere der Jugendhilfe.

Hier ist ein bedeutsames strukturelles Problem, dass die Jugendhilfemaßnahmen häufig im Alter von 18 Jahren beendet werden, obwohl „Hilfen für junge Volljährige“ bis 21 Jahren, in begründeten Ausnahmefällen sogar bis 27 Jahren laufen könnten (§ 41 SGB VIII). Die Problematik der sogenannten *Care Leaver* ist in den letzten Jahren verstärkt Thema geworden (AGJ, 2014), aber es fehlen noch flächendeckende Maßnahmen, um diesen jungen Menschen einen besseren Übergang zu ermöglichen. Dies wäre um so wichtiger, als wir hier in der Regel eine Hochrisikogruppe haben mit frühen Traumatisierungen und Verhaltensauffälligkeiten, chronischen Belastungen und häufig geringen Ressourcen.

Störungsspezifische Erschwernisse

Am Beispiel der ADHS soll illustriert werden, welche störungsspezifischen Transitions-Erschwernisse es geben kann. Für die Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörung (ICD-10 F90.0) liegen keine erwachsenspezifischen Kriterien im ICD-10 vor, obwohl es das Störungsbild ohne Frage auch im Erwachsenenalter gibt mit einer Prävalenz von etwa 3 % (Merkt & Petermann, 2015). Da lange die irriige Annahme bestand, die Symptomatik „wachse sich aus“, wird die ADHS bis heute in vielen medizinischen und psychologischen Ausbildungsgängen vernachlässigt, obwohl die teils dramatischen Langzeitfolgen als sehr gut belegt gelten (insbesondere was die schulische und berufliche Teilhabe angeht, aber auch bezüglich komorbider Störungen wie Depressionen und stoffgebundene und nicht-stoffgebundene Süchte; Barkley, 2015). Dies hat zur Folge, dass sich nur wenige KollegInnen im Erwachsenenbereich derzeit noch mit ADHS auskennen und es derzeit noch außerordentlich schwierig ist, eine psychotherapeutische und pharmakologische Weiterbehandlung ab 18 bzw. 21 Jahren zu sichern. Erschwerend

Lernen und Verstehen



Udo Boessmann, Arno Remmers
Praktischer Leitfaden der tiefenpsychologisch fundierten Richtlinien-therapie

Wissenschaftliche Grundlagen, Psychodynamische Grundbegriffe, Diagnostik und Therapietechniken
 2016, 432 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-40-6, 30,00 EUR



Miki Kandale, Kai Rugenstein
Das Repetitorium für die Abschlussprüfungen zum Psychologischen Psychotherapeuten und zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

2., überarbeitete und erweiterte Auflage
 2016, 416 Seiten, Broschur, ISBN 978-3-942761-30-7, 44,00 EUR

Zu beziehen über den Buchhandel oder direkt beim Verlag:

Deutscher Psychologen Verlag GmbH
 Am Köllnischen Park 2 · 10179 Berlin
 Tel. 030 - 209 166 410 · Fax 030 - 209 166 413
 verlag@psychologenverlag.de

Bestimmte mit ADHS assoziierte Probleme erschweren die Behandlungssadhärenz signifikant

hinzu kommt, dass für die ADHS bestimmte Probleme symptomatisch sind, die eine Behandlungssadhärenz signifikant erschweren: dazu gehören beispielsweise Vergesslichkeit, mangelnde Selbstorganisation, schlechtes Zeitmanagement, geringe Aufmerksamkeit und Ausdauer, verzerrte Selbstwahrnehmung, verzögerte emotionale und soziale Reife, Impulsivität und mangelnde Berücksichtigung von längerfristigen Konsequenzen (vgl. die sogenannten *Wender-Utah-Kriterien*, z.B. Retz et al., 2014). Die gute Nachricht ist, dass sehr gute Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen: medikamentös hat der Wirkstoff Methylphenidat auch im Erwachsenenbereich eine gut belegte Wirksamkeit mit mittleren bis hohen Effektstärken (Moriyama et al., 2013), und psychotherapeutisch gibt es eine Vielzahl von ausgearbeiteten Interventionen, auch wenn die Studienlage im Erwachsenenalter hier aufgrund zu weniger Studien noch unklar ist (Hoxhaj & Philipsen, 2015). Es ist also nicht der Mangel an wirksamen Interventionen, sondern die Herausforderung besteht darin, genug spezialisierte BehandlerInnen zu finden und die PatientInnen in ihren ADHS-Problemen so aktiv zu unterstützen, dass eine gute Adhärenz möglich ist.

Wichtig ist die frühzeitige Planung der Transition und der intensive Einbezug der PatientInnen und ihrer Bezugspersonen

Es sind in Deutschland bereits erste ADHS-Transitions-Ambulanzen entstanden, so z.B. an der Universität Mainz. Ein anderes Transitionsprojekt mit dem Schwerpunkt schizophrene und affektive Erkrankungen für den Altersbereich 14 bis 28 Jahre ist das Heidelberger Frühbehandlungszentrum (Kaess et al., 2015).

Wie kann die Transition besser gelingen?

Im Juni 2016 haben die Erwachsenen- und Kinder- und Jugendpsychiater (DGKJP und DGPPN) gemeinsam ein lesenswertes Eckpunktepapier zum Thema Transition veröffentlicht. Darin enthalten sind u.a. folgende strukturelle Forderungen:

- die Schaffung fächerübergreifender transitionsspezifischer Angebote (ambulant, stationär, komplementär),
- die Berücksichtigung der Transitionphase in der Aus-, Fort- und Weiterbildung,
- die verstärkte interdisziplinäre Forschung (z.B. *Milestone-Projekt*),
- die Entwicklung koordinierter Übergangs- und Behandlungspfade mit flexiblem Case Management,
- die Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung.

In der stationären Erwachsenenpsychiatrie fehlt es dabei an SozialpädagogInnen/SozialarbeiterInnen und PsychotherapeutInnen, außerdem ist der Betreuungsschlüssel schlechter als in der Jugendpsychiatrie (Mayr et al., 2015).

Aus der psychotherapeutischen Praxis betrachtet, brauchen wir für eine gelungene *Transitionspsychotherapie* darüber hinaus inhaltlich (je nach Reifegrad und Problematik des Patienten)

- die Anpassung des therapeutischen Vorgehens (aktiverer Unterstützung, Visualisierung/Einsatz moderner Medien, konkrete Problembearbeitung, Transferübungen),
- den Einbezug der Bezugspersonen (im Spannungsfeld Autonomie vs. Unterstützung),
- eine aktive Unterstützung hinsichtlich der beruflichen und sozialen Teilhabe mit dem Ziel des Selbstmanagements,
- die intensive Kooperation mit beteiligten Helfersystemen (z.B. Jugendhilfe, ÄrztInnen).

Strukturell sind folgende Verbesserungen dringend erforderlich:

- eine angemessene Vergütung des erhöhten Koordinationsaufwandes (Telefonate, E-Mails, ausführliche Arztbriefe u. ä.),
- die Abrechnungsmöglichkeit gemeinsamer Termine von Vor- und NachbehandlerIn, von PsychotherapeutIn und ÄrztIn und von PsychotherapeutIn und sonstigen beteiligten Bezugspersonen (z.B. Jugendhilfe, Arbeitsagentur) auch über das 21. Lebensjahr hinaus,
- sowie eine Art sozialpsychotherapeutisches Case Management im Rahmen von sozialpsychotherapeutischen Modellen (KJP) oder der Soziotherapie (PP).

Wichtig ist die frühzeitige Planung der Transition, wenn es zu einem Behandlerwechsel kommen muss, und der intensive Einbezug der PatientInnen und ihrer Bezugspersonen – in der qualitativen Forschung zu Transitionsproblemen fand sich konsistent der Befund, dass die jungen PatientInnen sich nicht ausreichend gehört und eingebunden fühlen (Singh & Tuomainen, 2015). Ein Blick über den Tellerrand zeigt, wie es gehen kann: in Australien gibt es seit 2006 das *Headspace-Transitionsprogramm* zur ganzheitlichen Versorgung für junge Menschen mit psychischen Problemen in 30 Zentren landesweit und einem Budget von 37 Millionen € (www.headspace.org.au). 



Sabine Maur

Psychologische Psychotherapeutin mit Zusatzqualifikation Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, niedergelassen mit einem KJP-Sitz in Mainz. Dozentin/Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten. Sprecherin des KJP-Ausschusses der BPTK. Vorstandsbeauftragte der Landespsychotherapeutenkammer RLP.

Literaturhinweise

Das umfangreiche Literaturverzeichnis finden Sie im Internet unter www.dptv.de.