



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
HEIDELBERG

# Transition – Das Schnittstellenproblem

Der Übergang vom Jugendalter ins junge

Erwachsenenalter:

Psychiatrische Akutversorgung im Fokus

Prof. Dr. med. univ. Franz Resch

**Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie**

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

**Januar 2022**

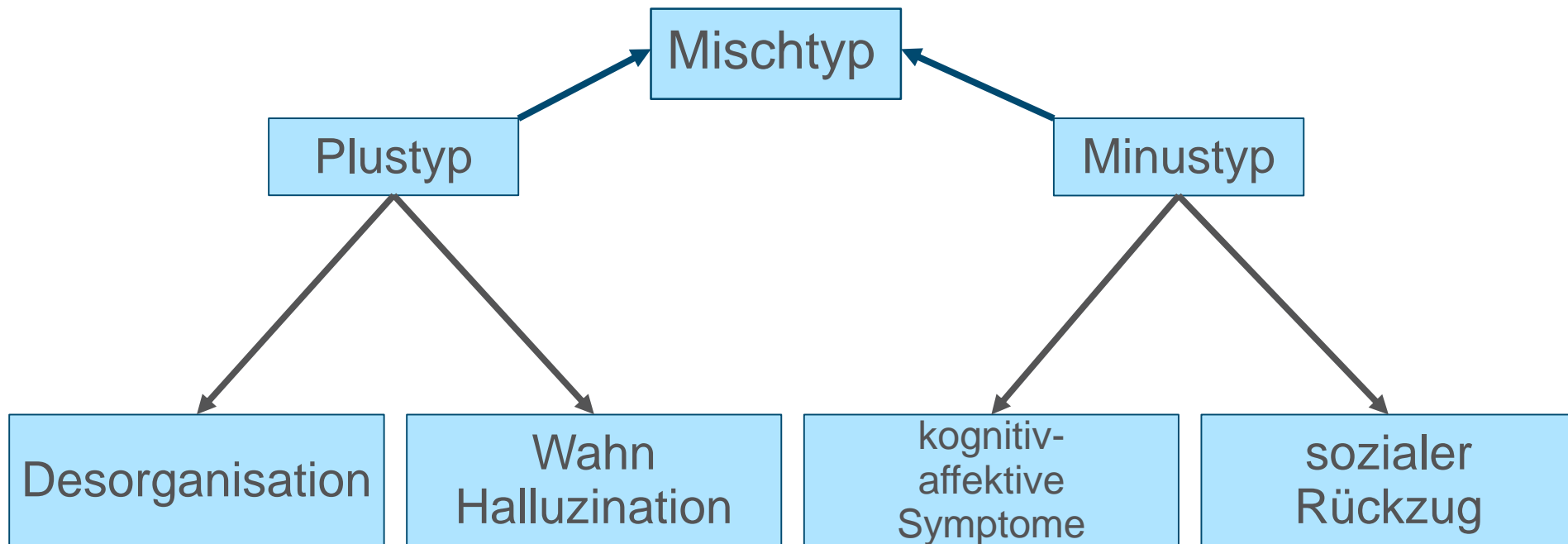
# Transition – Altersgerechte Behandlung und Rehabilitation

- Am Beispiel
- von Psychosen
- und Borderline-störungen
- im Adoleszenzalter beim
- Übergang ins Erwachsenenalter

Früherkennung und Frühbehandlung

# JUGENDLICHE PSYCHOSEN IM FOKUS

# Symptomatik schizophreniformer Psychosen des Jugendalters im Übergang zum Erwachsenenalter



# Alter und Geschlecht

- 15-30% beginnen vor dem 19. Lebensjahr
- Keine Prävalenzunterschiede männlich/weiblich
- Größerer Frauenanteil bei spät beginnenden Psychosen (ab 42 Jahren)!
- Bei Frauen mehr **schizoaffektive** Symptome
- Bei Männern früherer Beginn und vermehrt **Negativsymptome**

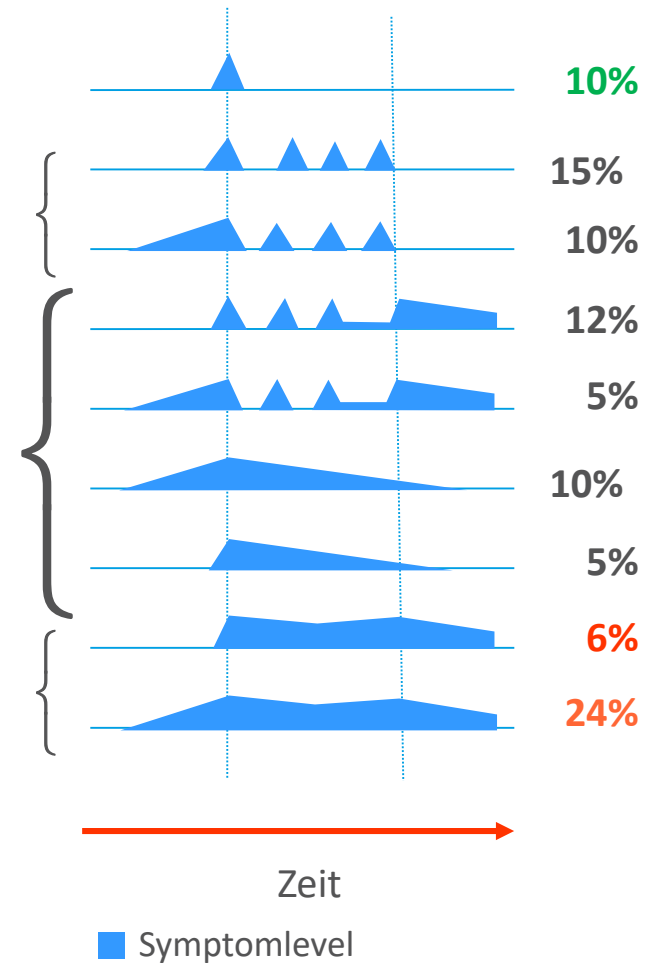
# Schizophrenie: Langzeitverlauf

Komplette Remission: 10% (13)

Schübe mit Remission: 25% (20)

Schübe, inkompl. Rem.: 32% (44)

Chronisch-progredient: 30% (23)



(nach Ciompi et al. 1987, Schimmelmann & Resch 2014, Revier et al 2015)

# 8-jahreskatamnese in EOS-Psychosis

n=63

Aktuelle psychiatrische Versorgung	74%
------------------------------------	-----

Aktuelle Medikation	70%
---------------------	-----

Rehospitalisierung	71%
--------------------	-----

Aktuell in Ausbildung / Job	51%
-----------------------------	-----

Liebesbeziehung / Partnerschaft	36%
---------------------------------	-----

Tod durch Unfall / Suizid	3%
---------------------------	----

(Remberk et al., 2015)

# 8-jahreskatamnese in EOS-Psychosis

Prädiktive Faktoren für schlechten funktionellen Outcome

- Kognitive Probleme
- Gestörte Impulskontrolle
  
- Aber nicht Negativsymptome

(Remberk et al., 2015)



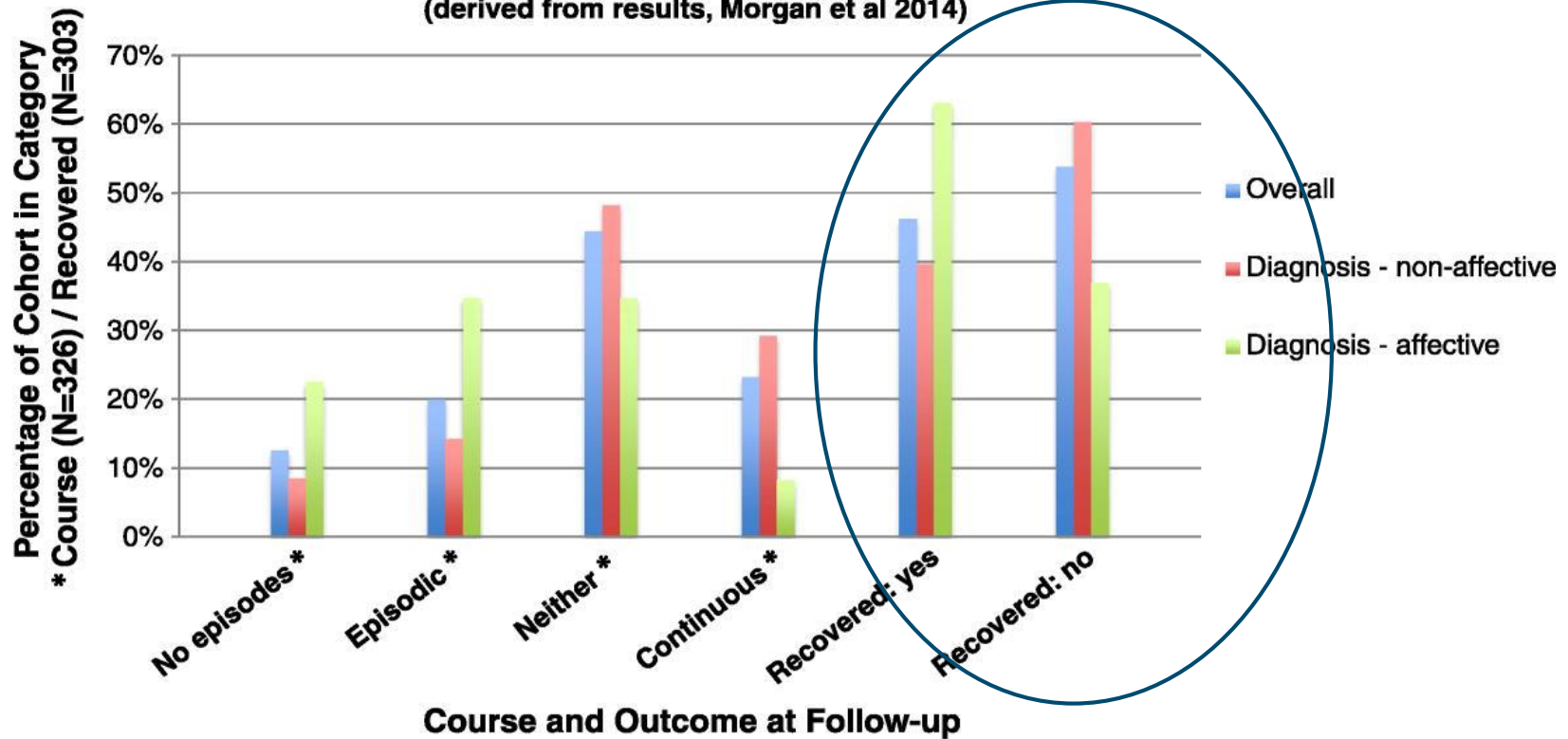
# Verlauf unter optimaler Behandlung

- EOP besser als AOP
  - Krankheitsschwere
  - Psychotische Episoden
  - Ausbildung/Arbeit
  - Funktionsniveau

» Amminger et al 2011

Replikation????

## AESOP-10 Study Clinical Course and Outcome (derived from results, Morgan et al 2014)



### Definition of Course and Outcome Terms:

No episodes - Does not meet criteria for episodic at any point from baseline to follow-up.

Episodic - Clinically significant psychotic symptoms lasting more than six months.

Neither - Does not meet criteria for episodic or continuous from baseline to follow-up.

Continuous - Psychotic symptoms present more or less continuously.

Recovered: yes - Sustained remission for two years or more at follow-up.

Recovered: no - Does not meet criteria for recovery (as defined by this study) at follow-up.

# Prodromalphase

- Bei ca. 87% der Betroffenen vor Erstmanifestation ([Schultze-Lutter et al 2010](#))
  - Erlebnisveränderungen und Verhaltensauffälligkeiten
- Die langfristigen sozialen Behinderungen manifestieren sich in der Prodromalphase ([Jones et al. 1993](#); [Häfner, 1995](#))
- Der in der Adoleszenz eintretende Verlust sozialer Fähigkeiten ist ein guter Verlaufs-Prädiktor ([Haas und Sweeney, 1992](#); [Häfner, 1995](#))

# Prodrom der schizophrenen Psychosen

Psychosefern

Basissymptome

Cognitiv PERzeptive  
Störungen

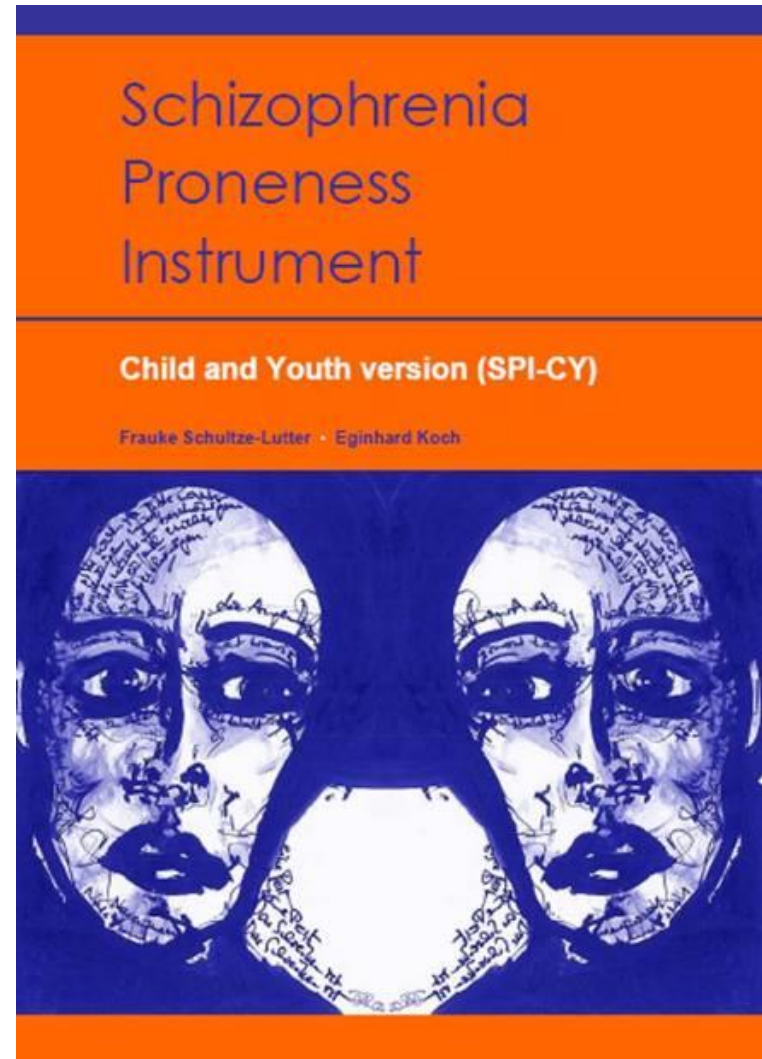
Psychosenahe

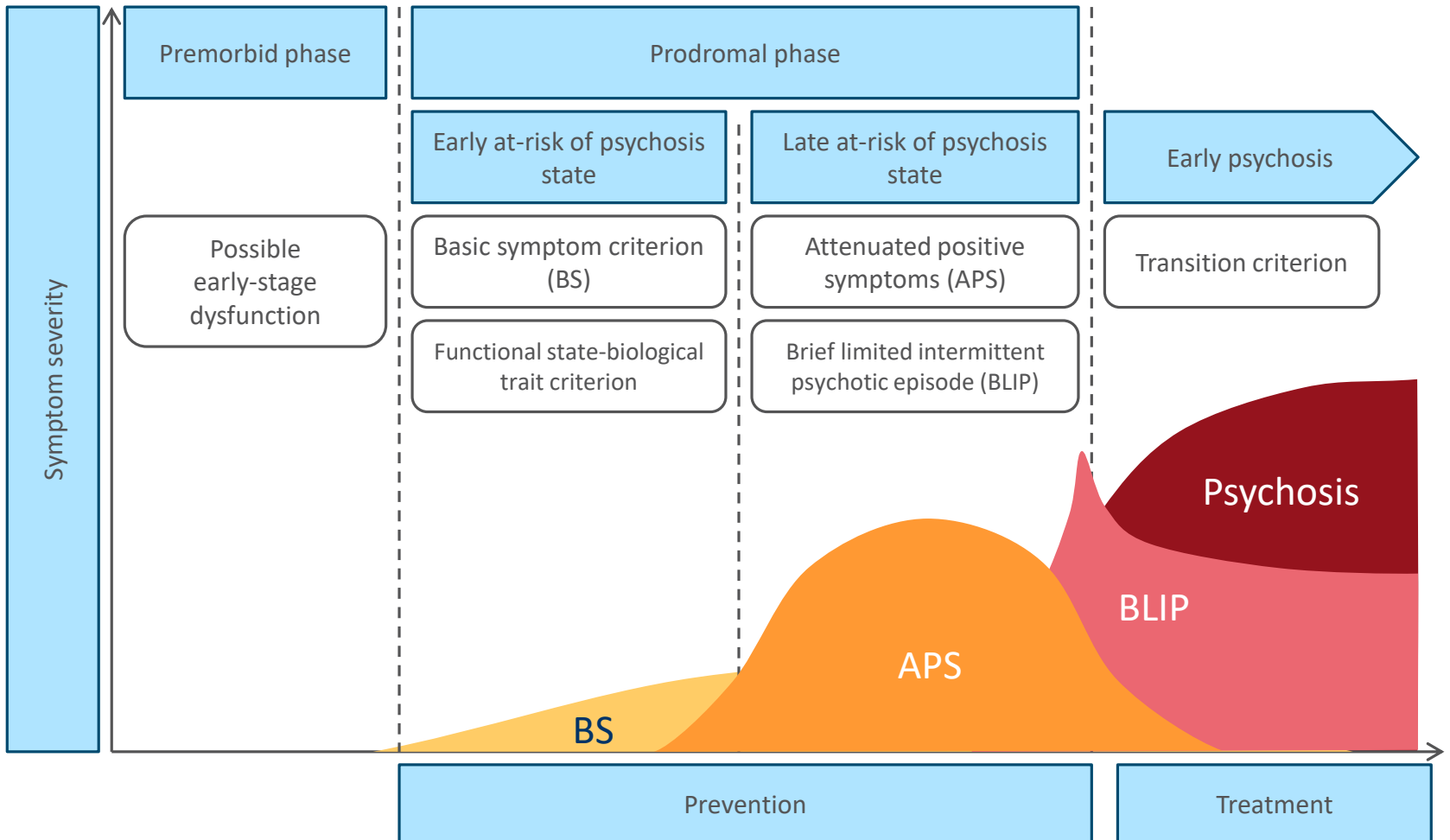
UHR

- attenuierte psychotische Symptome
- kurze, remittierende, psychotische Durchbrüche (BLIPS)
- Leistungsknick bei Risikokindern

# Basissymptome und Prodrom (nach Huber)

- Definition: **Subjektive Beschwerden** auf Grund von kognitiven, affektiven und neurobehavioralen Defiziten, die den pathogenetischen Prozess der Schizophreniegenese widerspiegeln.
- Bonner Skala zur Erfassung von Basissymptomen (BSABS) - Huber/Gross/Klosterkötter.
- Erhebung: Halbstrukturiertes klinisches Interview.
- Retrospektives Verfahren.
- Anwendbarkeit im **Adoleszenzalter** (Resch et. al. 1998).
- Erfassung von Prodromi und Vorpostensymptomen.

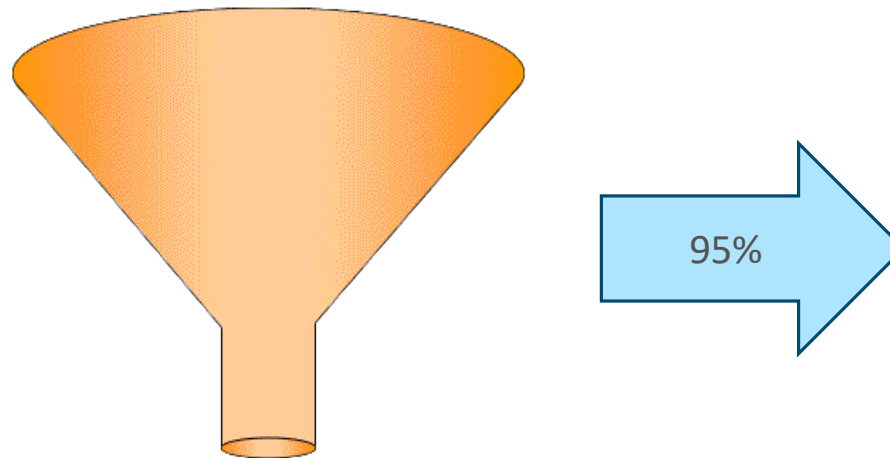




(Fusar-Poli et al., 2013)

# Identifikation von prodromalen Risikosyndromen bei Jugendlichen

- ~8% einer Schulpopulation (UHR Kriterien) (Kelleher et al, 2012)



- 0,35% Lebenszeitprävalenz Schizophrenie unter 18 Jahren (Gillberg, 2001)



# UHR – Langzeitverlauf bis 14 Jahre

## Social and Occupational Functioning (SOFAS)

- Funktionseinschränkungen im Verlauf:
  - Kindliche Traumatisierung („Maltreatment“)
  - Übergang in Psychose
  
- 2 Wege der Einschränkung?
  - Trauma
  - Neurokognitive Störung
  - Interaktion?

N=268, Alter 15-30 Jahre; Yung et al Psychol.Med. 2015

# Fazit Früherkennung

- **Indizierte Prävention**: Früherkennung von (belastenden) Symptomen und psychotischen Erlebnissen
- „Prodrom“ als **Entwicklungsrisiko** symptomatisch behandeln!
- Pathogenetisches **Verständnis** entwickeln
- Progredienz **kognitiver Dysfunktion** beachten

Aufgabe von klinischen Mythen

# BORDERLINESTÖRUNG IM FOKUS

# Borderline-Persönlichkeitsstörung

- anhaltend - umfassende **Instabilität**
  - Zwischenmenschliche Beziehungen
  - Selbstbild
  - Affektregulation
  - Impulsivität

Scientific American, 2009

# Borderline-Persönlichkeitsstörung

(DSM-5-Kriterien)

1. Verzweifelte Versuche, tatsächliches oder vorgestelltes **Verlassenwerden** zu vermeiden
2. Muster von instabilen und intensiven **Beziehungen**
3. Identitätsstörung mit durchgängig instabilen **Selbstbild** oder Selbstwahrnehmung
4. **Impulsives** Verhalten mit potentiell selbstschädigenden Verhaltensweisen

# Borderline-Persönlichkeitsstörung

(DSM-5-Kriterien)

5. Wiederholte suizidale Handlungen, Suizidandrohungen oder selbstverletzendes Verhalten
6. Affektive **Instabilität**
7. Chronisches Gefühl der inneren **Leere**
8. Unangemessene, sehr heftige **Wut** oder Schwierigkeiten Wut zu kontrollieren
9. Vorübergehende, stressabhängige paranoide Vorstellungen oder **dissoziative Symptome**

# BPD bei Jugendlichen: Drei Mythen

- Mangel an **Validität**:
  - Instabilität von Affekt, Selbstbild und Beziehungsmustern altersgemäß? nein: Entwicklungsgefährdung
- Mangel an **Stabilität**:
  - Kategorielle Diagnose/Symptombelastung: 2-jahresstabilität wie bei Erwachsenen
- Keine **Therapie** – nur **Stigma**:
  - Störungsspezifische Psychotherapie



suizidales Verhalten wird von den  
Eltern nur selten erkannt

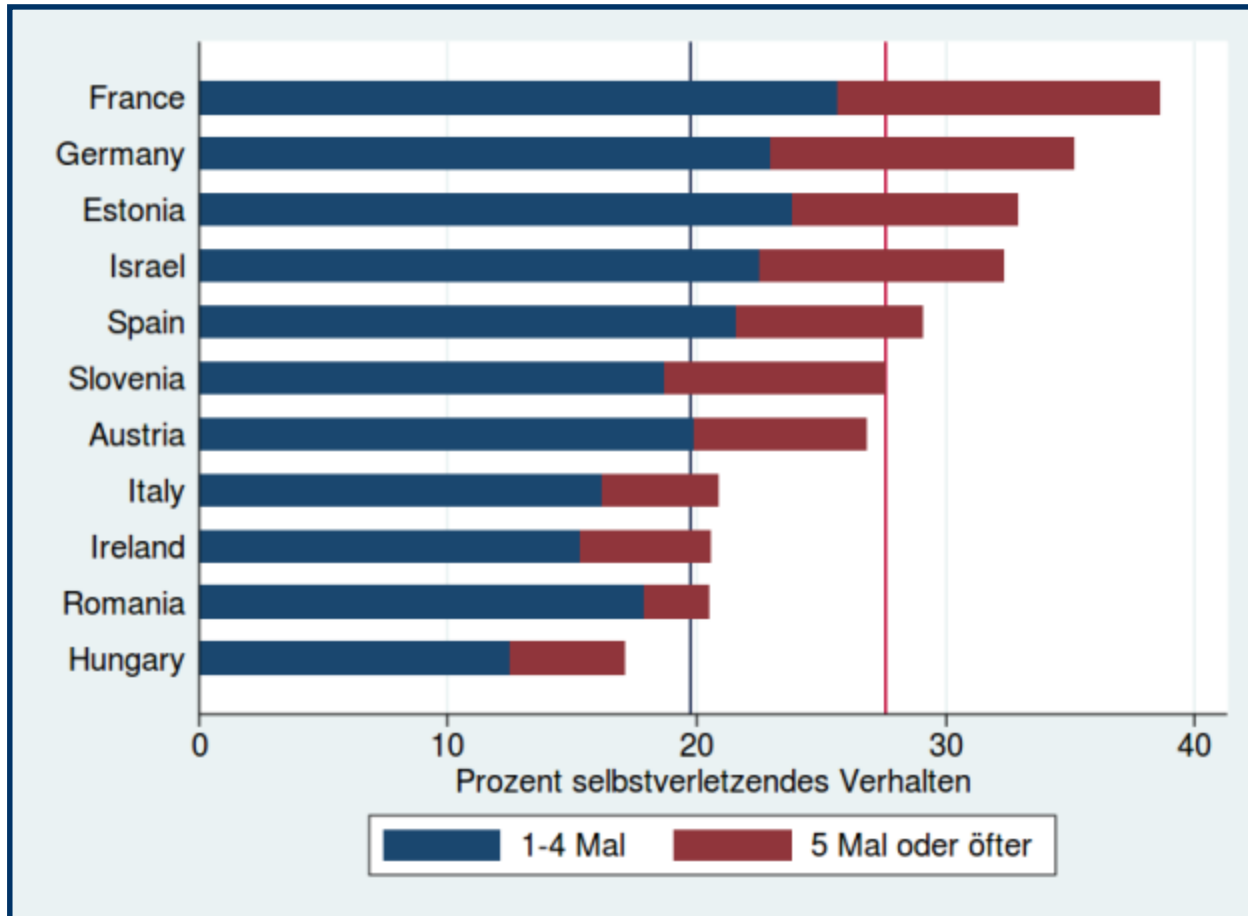


# SEYLE – Saving and Empowering Young Lives in Europe

- EU-weite Studie
- Randomisierter Vergleich von 4 Präventionsmassnahmen
  - Professionelles Screening
  - Gatekeeper (Lehrerschulung)
  - Selbstwahrnehmung (Schülerschulung)
  - Minimale Intervention (Plakataktion, Kontrolle)
- **Prävention ist erfolgreich!** (Wasserman et al Lancet 2015)
  - Suizidversuche und suizidale Gedanken im 12Mo follow-up signifikant reduziert.



# Prävalenz von selbstverletzendem Verhalten im Jugendalter

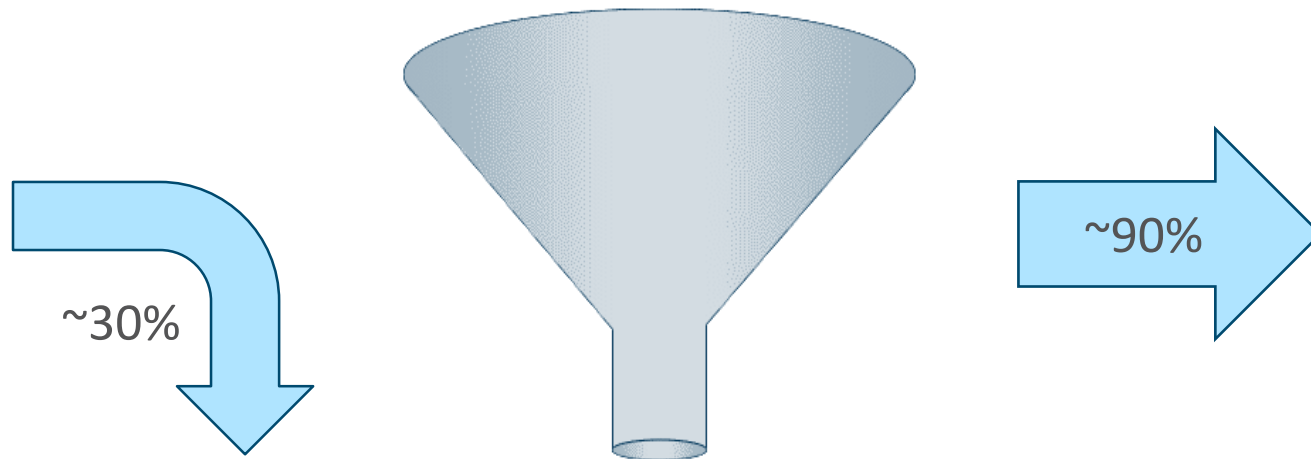


Seyle-Studie: n = 12068

(Brunner\*, Kaess\* et al., 2014)

# Entwicklungswege in die BPD

~20% SVV bei 15 jr. Jugendlichen



0.5% bis 5.9% (median 2.8%) BPD bei 25 jr. Erwachsenen

- Prädisponierende Faktoren?
- Definition spezifischer Vulnerabilität?

# Warnzeichen

- Repetitives **SVV + Suizidalität**
- Häufige emotionale **Ausbrüche**
- Häufige **Streitsituationen**
- **Selbstwert**probleme
- **Identitäts**probleme

# Frühintervention bei schweren Störungen des Jugendalters

- Reduktion der **kumulativen** Traumatisierung
  - Misshandlung, Missbrauch
- Reduktion **komorbider** Störungen
  - Depression, Substanzmissbrauch
- Reduktion von **iatrogenen** Schäden
  - Langzeithospitalisierung, Polypharmakotherapie
- Reduktion negativer **sozialer** Folgen
  - Beruf, Ausbildung, soziales Netz

Kooperative Modelle der Behandlung

# STRUKTURERN DER TRANSITION

# Herausforderungen der Frühintervention: „Adoleszentenpsychiatrie“

- Ausgeprägte **Barrieren für Hilfesuchverhalten** in dieser Altersgruppe:
  - Stigma
  - Geringes Vertrauen in professionelle Hilfe
  - Erschwerte Mobilität bei wenig dezentraler Versorgung
- Die traditionelle binäre Versorgung („bis zur Volljährigkeit“ versus „ab Volljährigkeit“) führt zu **Kontinuitätsabbrüchen in der Behandlung**
- Jugendliche und junge Erwachsene zeigen in der Behandlung die **höchsten Abbruchraten**

# Heidelberger Frühbehandlungszentrum für junge Menschen in Krisen (FBZ)

- Das Heidelberger FBZ besteht **seit 2003**.
- Interdisziplinäre Kooperation der Allgemeinen Psychiatrie und der Kinder & Jugendpsychiatrie
- Setting-übergreifende Behandlung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen durch ein Team
- Flexible, bedürfnisgerechte Auswahl des Settings
- Kontinuität des Teams über Zeit und Settings
- Multiprofessionelles und durchlässiges Team
- Vermeidung von Kontinuitätsabbrüchen



# Früh- Behandlungs- Zentrum

Heidelberg

Allg. Psychiatrie

KJP

Aufnahme Diagnostik Behandlung Entlassung

Erzieher/in Pflege Arzt Psycho. Fach-th. Sozial. Ärztin

Behandlungs-  
module

Einzel-  
therapie

Gruppen-  
therapie

Familien-  
therapie

Musik-  
therapie

Ergo-  
therapie

Kunst-  
therapie

stationär

teilstationär

ambulant

aufsuchend

14-25 J.

Betroffene



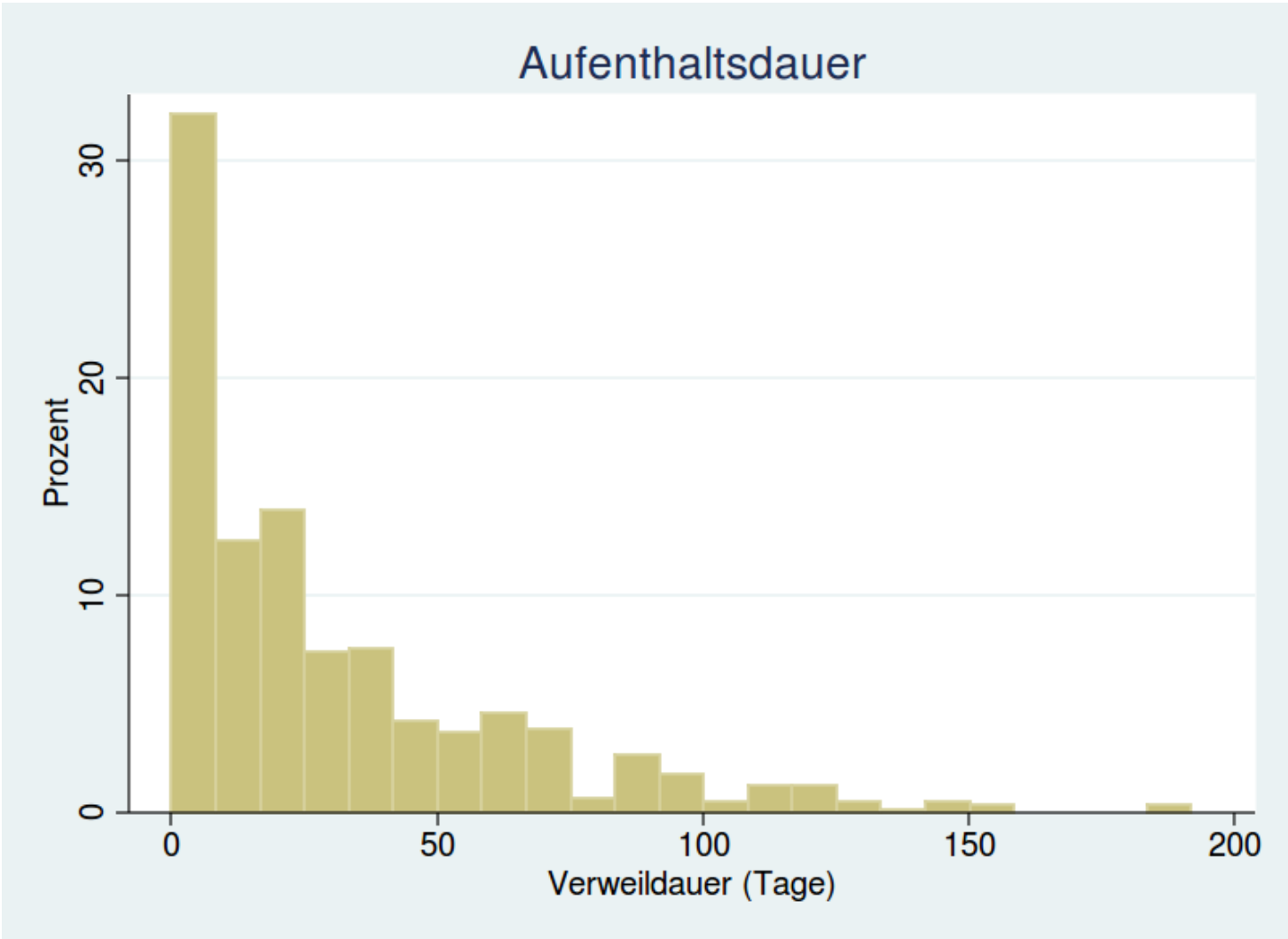
# Fokus auf adoleszenztypische Probleme im FBZ

- Nicht nur Psychopathologie und Leidensdruck
- Entwicklungsaufgaben
  - Identität
  - Selbstwert
  - Autonomie
- Beziehungen (Eltern, Peers)
- Perspektiven für die Zukunft
- körperliche Gesundheit

# Konzept des FBZ

1. Flexibilität des Settings und **Mobiles Bezugspersonensystem**
2. **Interdisziplinarität** in Diagnostik und Behandlung
3. **Funktionsorientierung** in Diagnostik und Behandlung
4. Sozialpsychologisches und sozialpsychiatrisches Management mit **Perspektivklärung**
5. **Weichenstellerfunktion** für andere Therapiebereiche
6. **Kurzzeitbehandlung** transdiagnostischer Probleme

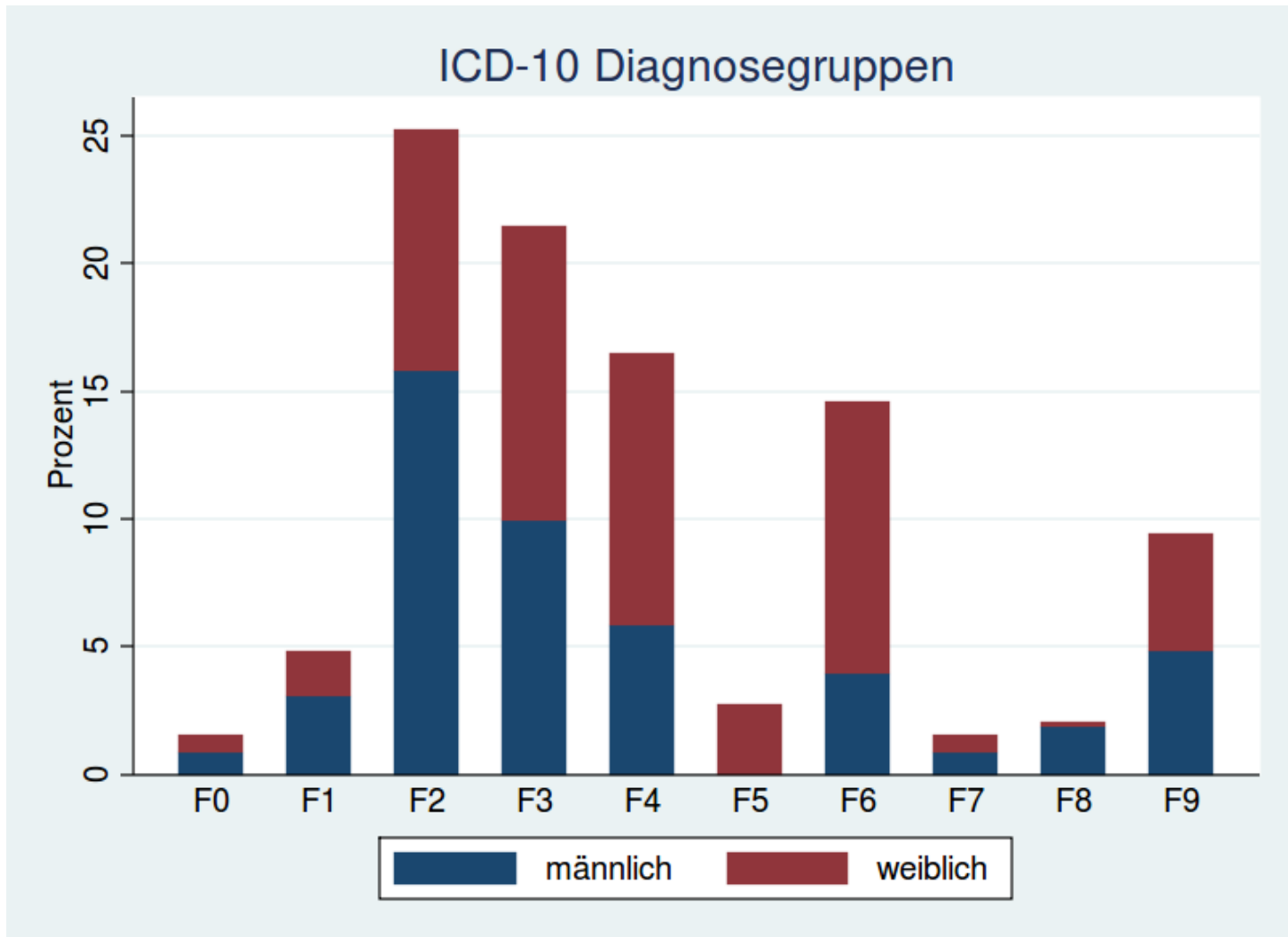
Nach Resch & Herpertz 2015; Kaess et al. 2015



Median = 18 Tage

# Welche Patienten werden behandelt?

- Jugendliche / junge Erwachsene 14-25 Jahre
- Psychotische Erkrankungen
  - Schizophrenie, affektive Psychosen, Drogenpsychosen
- CHR/UHR Symptome
- Borderline-Krisen
- Depressive und Bipolare Störungen
- Rückzugssyndrome (Sozialphobien)
- Dissoziative und Somatoforme Krisen
- Autismus



Anzahl Fälle pro Jahr etwa 240

# Familienorientierung als Konzept

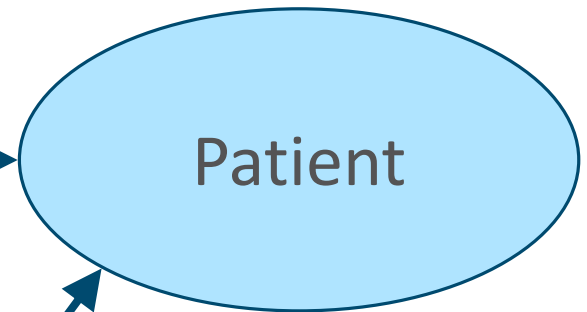
## Familieninterventionen



### Psychoedukation

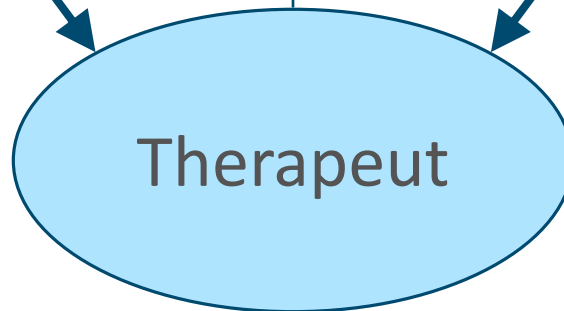
- Störungskonzept
- Stützung
- Kooperation

## Gruppentherapie



### Individuelle Therapie

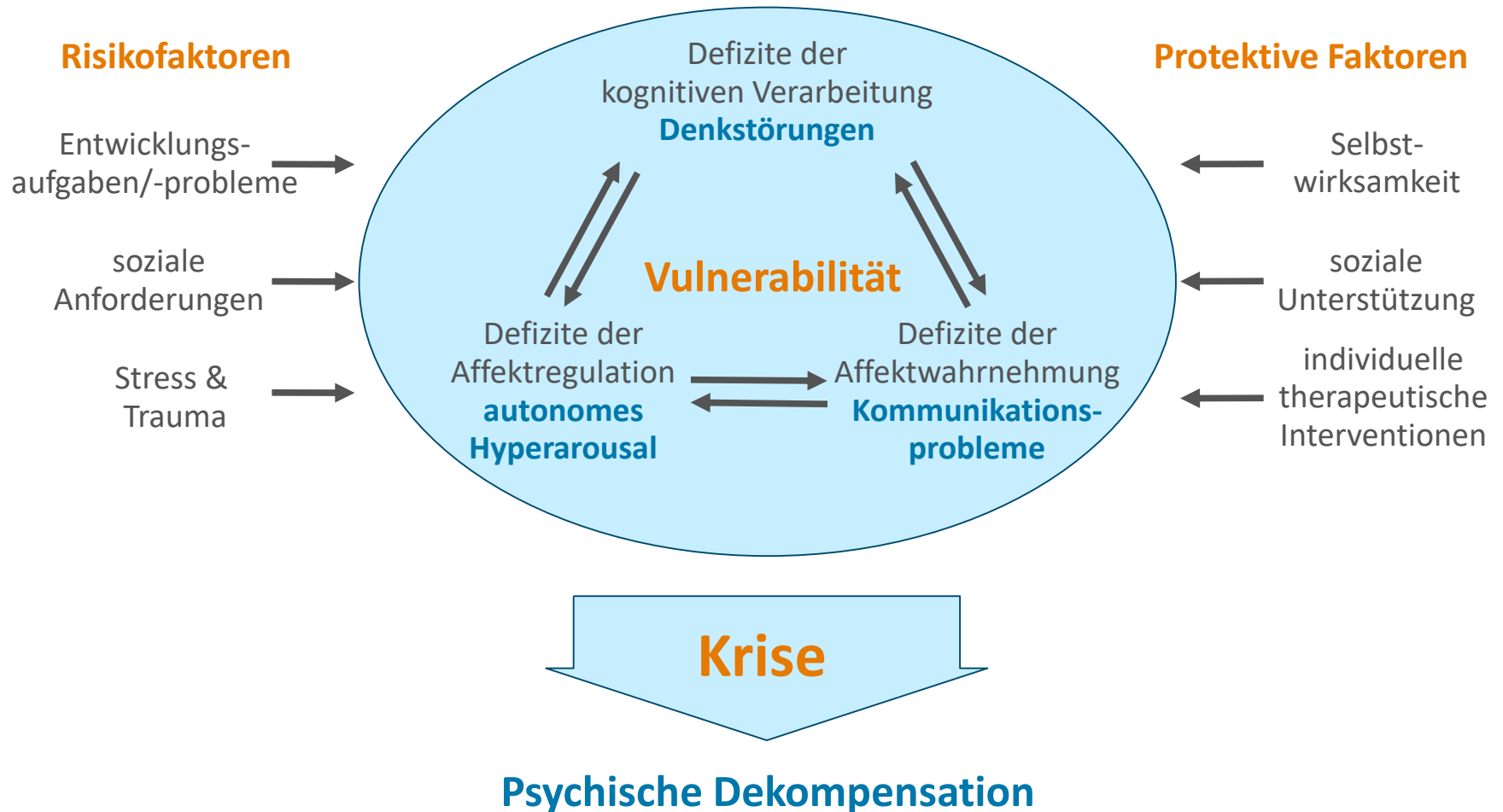
- Medikation
- Psychotherapie
- Soziotherapie



- Verstehen
- Beziehung

Aguilar-Raab et al, Psychotherapeut 2021

# Risikostatus ist ein Prozess





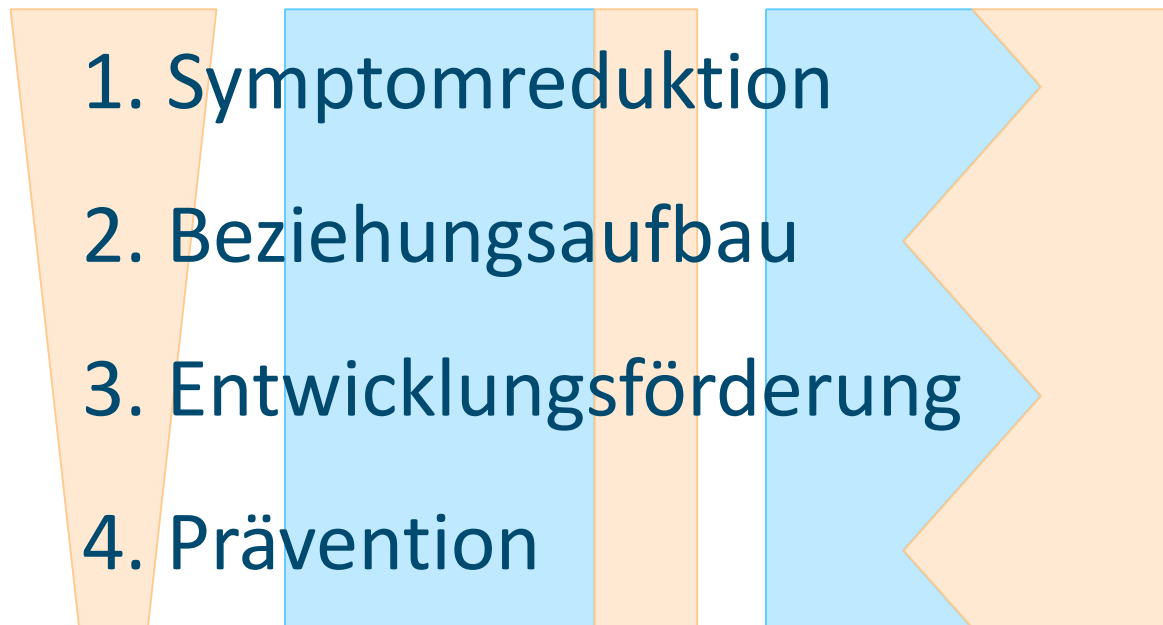
# Protective Measures

Pharmako-  
therapie

Sozio-  
therapie

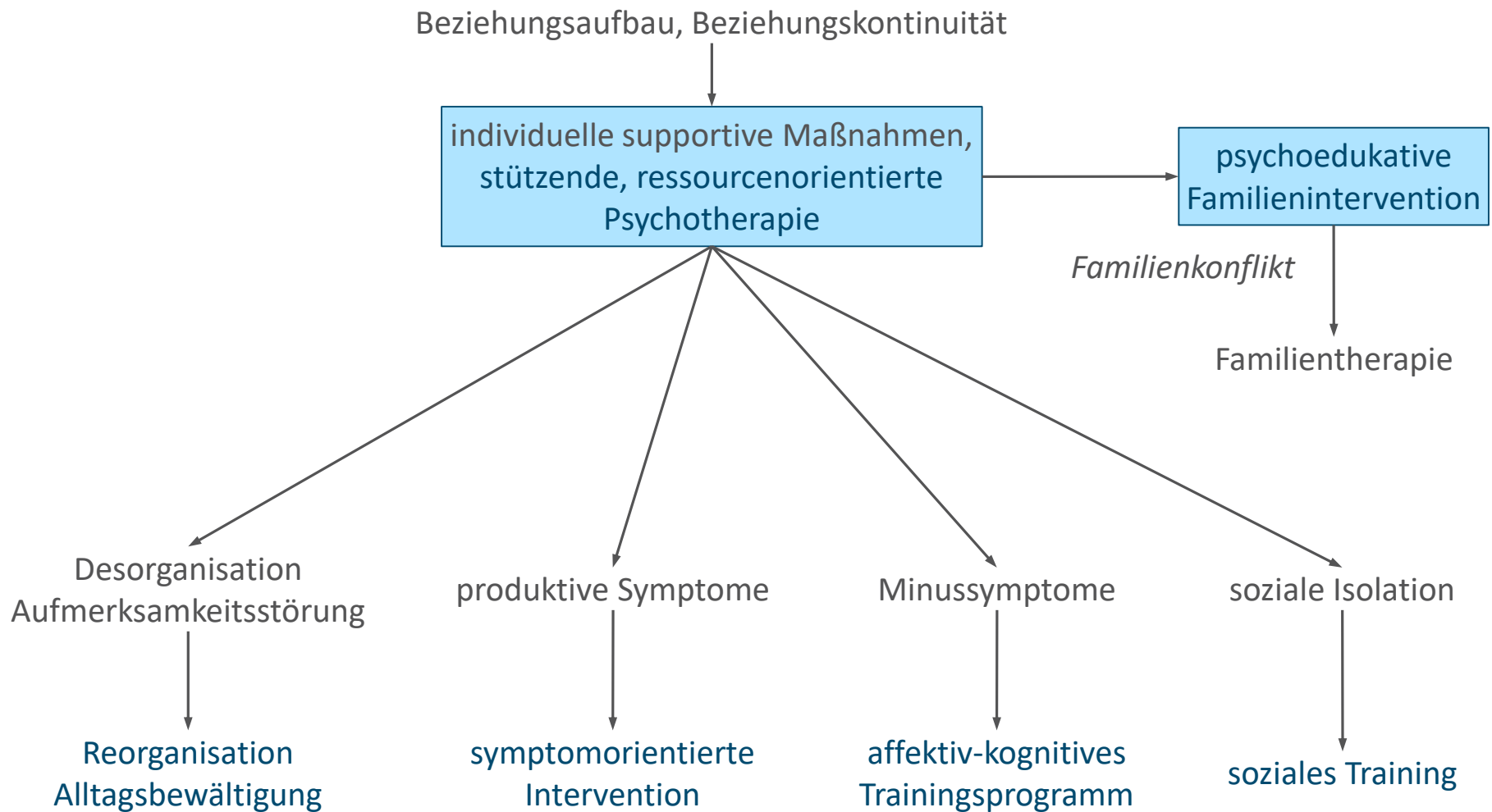
MBS

Psychotherapie  
Familie Individuell



# Progressive Measures

# Psychotherapie der Psychosen



nach Schimmelmann & Resch 2014

# Psychotherapie bei Schizophrenie

## Ergebnisse von Metaanalysen zur Wirksamkeit

### Training sozialer Fertigkeiten

- Minussymptome

### Kognitive VT

- Plus- und Minussymptome
- Rezidivrate

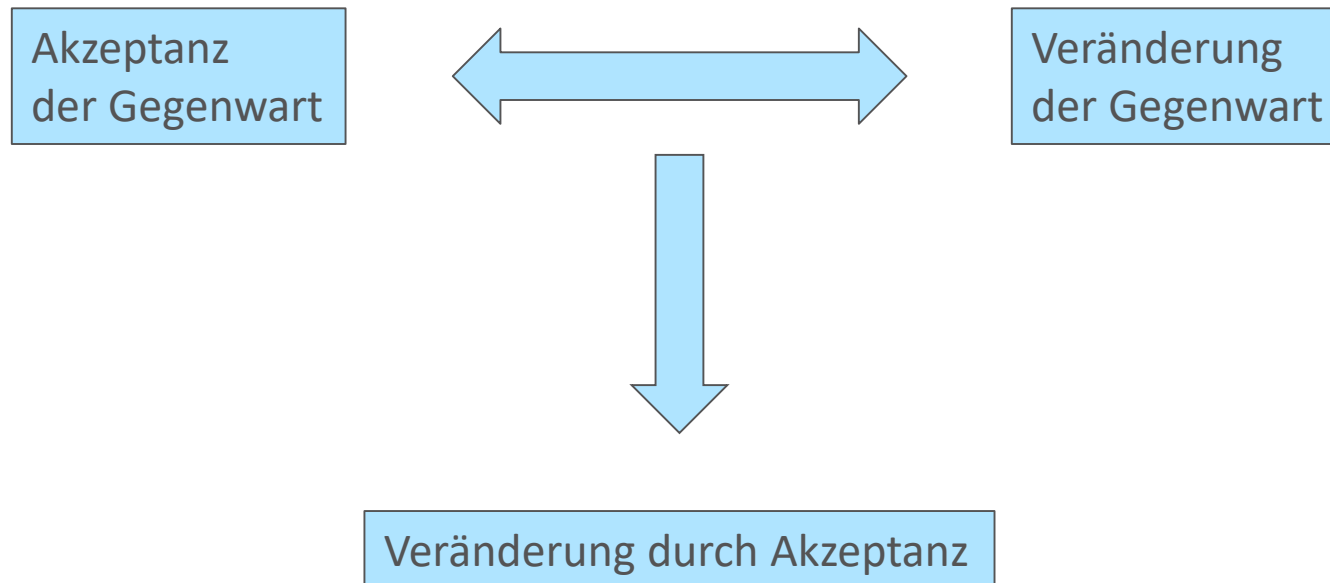
### Familieninterventionen

- Compliance
- Rezidivrate
- Rehospitalisierung

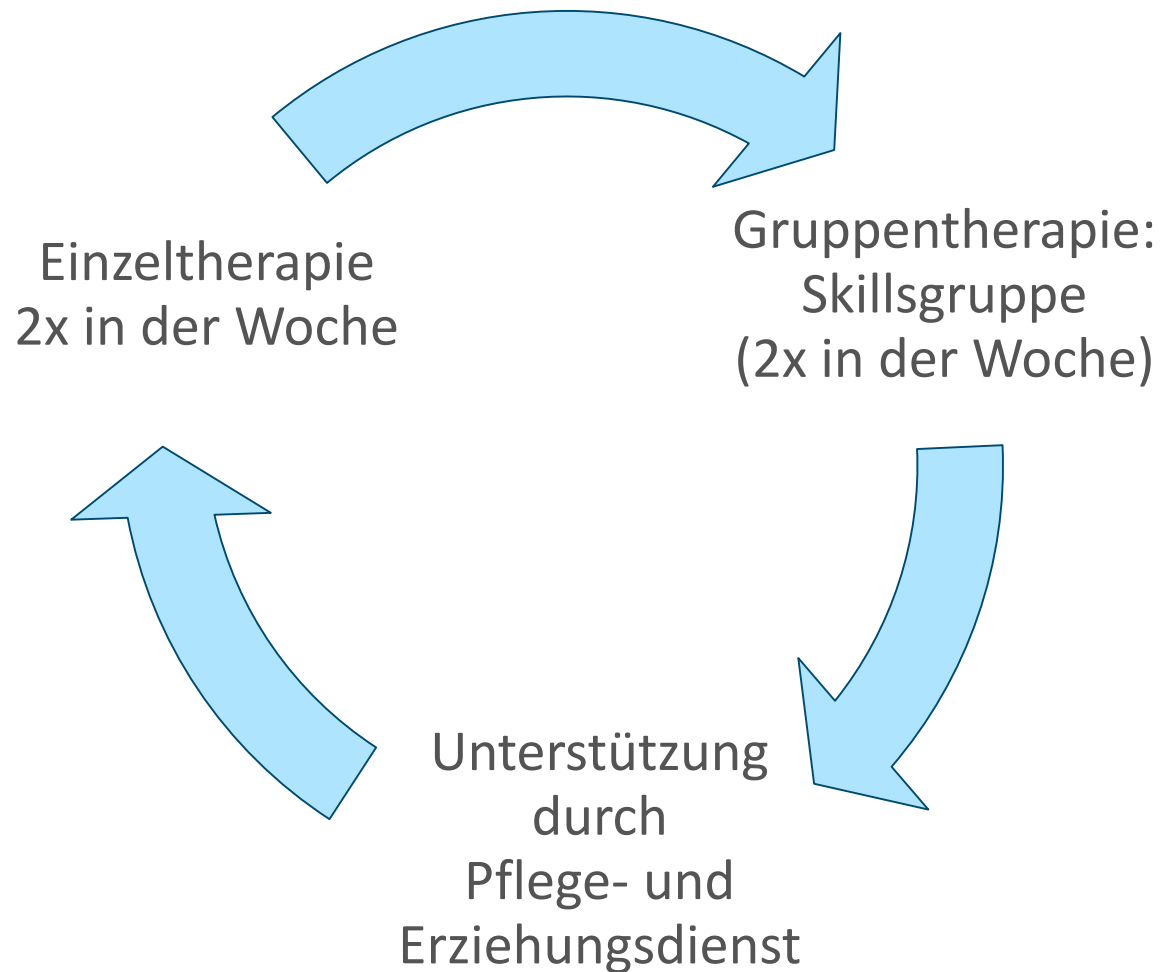
(NICE-guidelines 2009; nach Pharaoa 2010; Klingberg&Wittorf 2012; Turner et al. 2014)

# Psychotherapie bei Borderline-Störungen

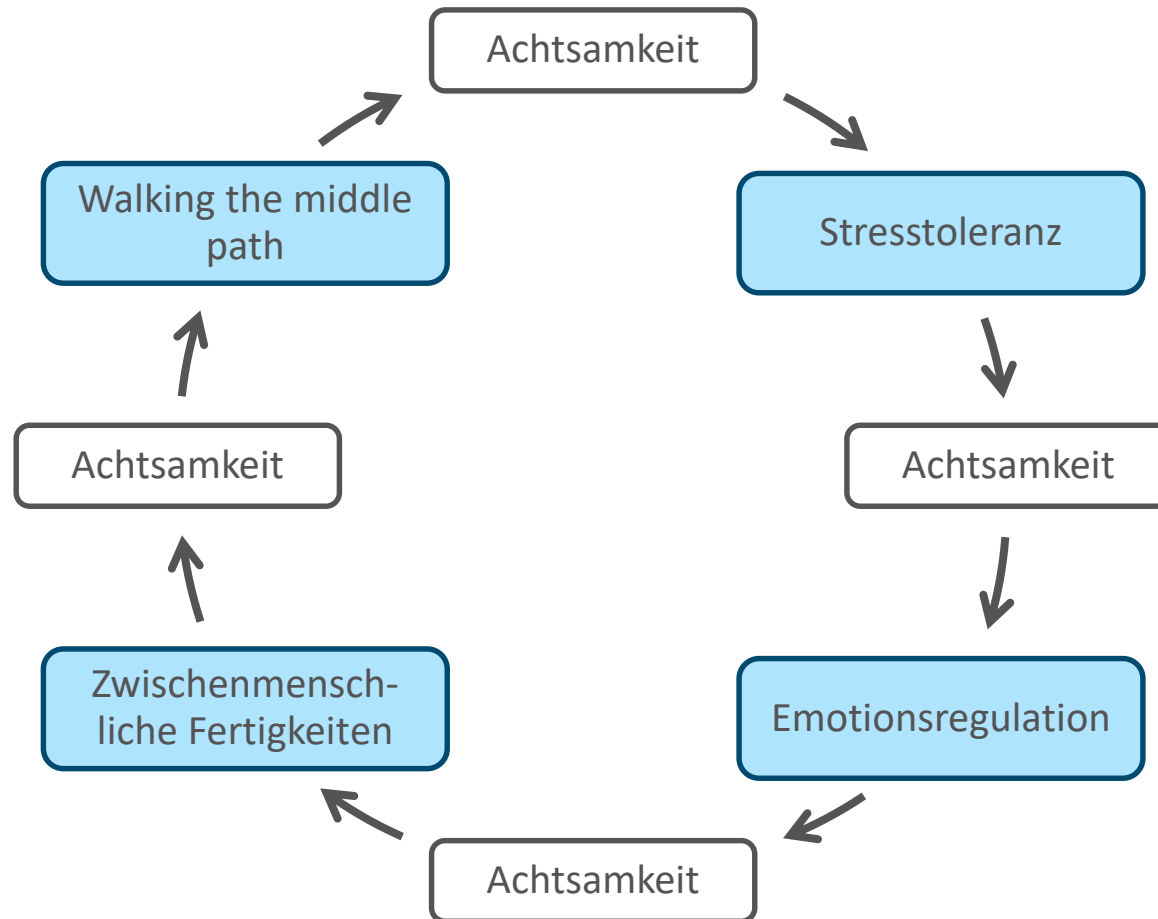
## Dialektisch-Behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)



# DBT-A Konzept



# Skillsgruppe



(Böhme et al. 2001)

# Fazit für die Praxis

- **Psychotherapie** bei **Psychosen & Borderline-störungen** ist evidenzbasiert
- Implementierungsproblem
- Patienten in psychotherapeutischer Versorgung unterrepräsentiert
- Familieninterventionen werden oft unterlassen
- **Borderline**-patienten sollen möglichst ambulant behandelt werden
- **Krisenintervention** im FBZ

Nach Klingberg & Wittorf 2012; Haddock et al 2014

**DANKE**