

Erwachsen werden: Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Adoleszenz

Paul Plener

Überblick

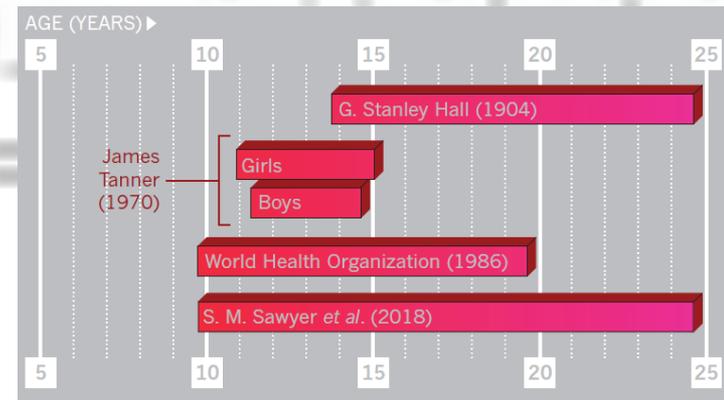
- Einführung
- Suizidalität
- ADHS
- Versorgung

„normales“ und krisenhaftes Verhalten in der Adoleszenz

normal	krisenhaft
Gelegentliche Experimente mit Drogen	Gebrauch/ Missbrauch von Drogen Bedeutung für Identität, Emotionsregulation
Sex. Experimente mit Peers, Schüchternheit/ Unsicherheit	Promiskuitive sex. Beziehungen/ Mangel an Beziehungen
Geringe Fluktuation v. Interessen	Schulverweigerung, keine Interessen mehr
Auseinandersetzungen über Musik, ...; Eltern provozieren durch überzogenes Verhalten	Eltern hassen, basale gesellsch. Werte bekämpfen, ungeordnetes Denken, Suizidgedanken
Unzufriedenheit, Langeweile	Angst, unfähig, Leben zu genießen, depressiv

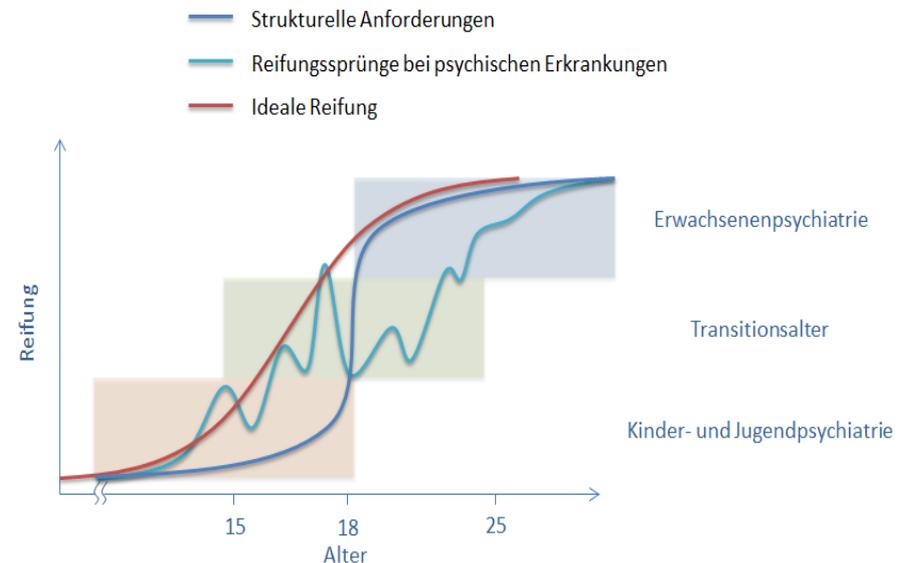
Was ist Adoleszenz?

- Übergang zwischen Kindes- und Erwachsenenalter: 15.-26. Lebensjahr
- körperliche Entwicklung, Veränderungen im sozialen und individuellen Bereich, Schulbildung Ausbildung oder Studium, Wechsel in den Beruf
- Trennung vom Elternhaus, Heirat, ersten Kinder.
- „Emerging Adulthood“: relative Unabhängigkeit von sozialen Rollen und normativen Lebenserwartungen
- Kulturspezifisch: Berufseinstieg: höheres Maß an Ausbildung, höhere Lebenserwartung



Das 18. Lebensjahr

- Gesenkte Schwelle zur Volljährigkeit in dt. sprachigen Ländern
- psychische Krankheiten: Verzögerung in der individuellen oder auch emotionalen Entwicklung
- Rechtliche Voraussetzungen verändert
- Versorgungssysteme:
 - „kulturelle“ Unterschiede: KJP-EP

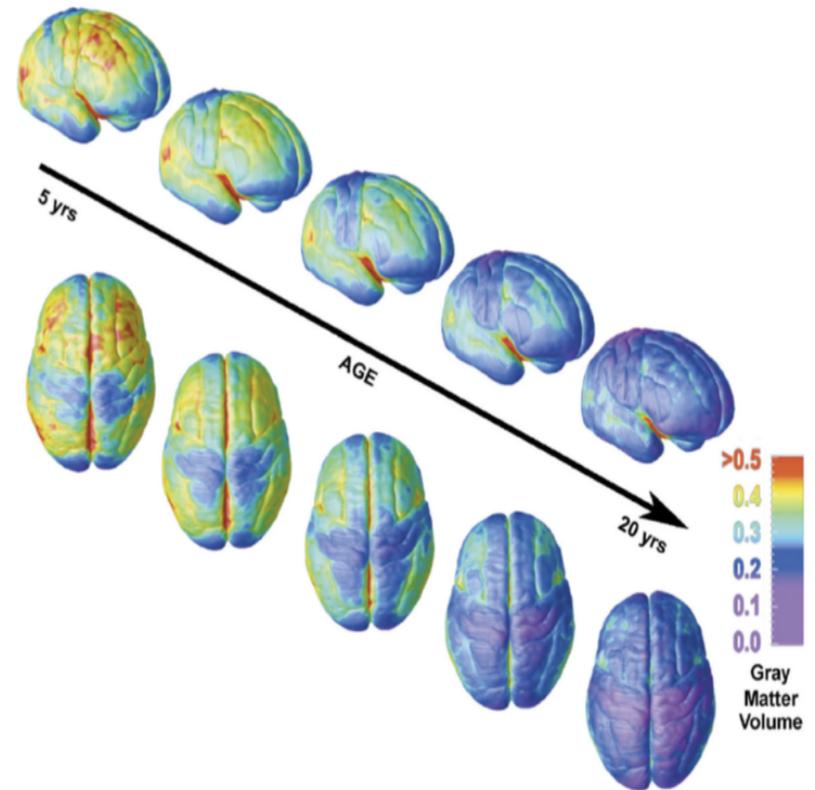


Transition

- Transition: gezielter, geplanter Prozess, weg vom kindzentrierten, hin zu einem am Erwachsenen orientierten Gesundheitssystem
- Transition: „***länger dauernder und nahtloser Prozess mit einem Beginn, einem Mittelteil und einem Ende, der sich durch geteilte Verantwortlichkeiten in multi-dimensionaler und multidisziplinärer Zusammenarbeit auszeichnet um einen Behandlungspfad sicher zu stellen, der es jungen Patienten möglich macht und sie dabei unterstützt, kontinuierlich Hilfe auch als Erwachsene in Anspruch zu nehmen***“

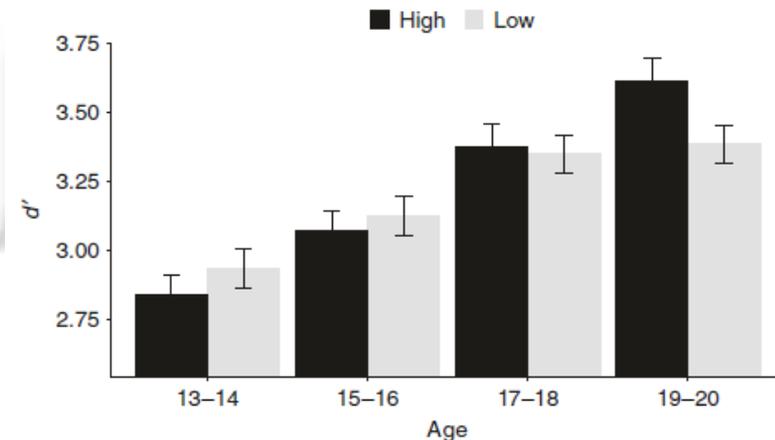
Neuronale Entwicklung

- GehirnVmax.: Frauen ~ 10,5 J., Männer ~ 14,5 J.
- Volumen der weißen Substanz ↑
 - Vmax.weiße Substanz: dritte Lebensdekade
- Volumen der grauen Substanz: umgedrehte U-Kurve,
- „*synaptic pruning*“: während der Kindheit und vor allem in der Adoleszenz



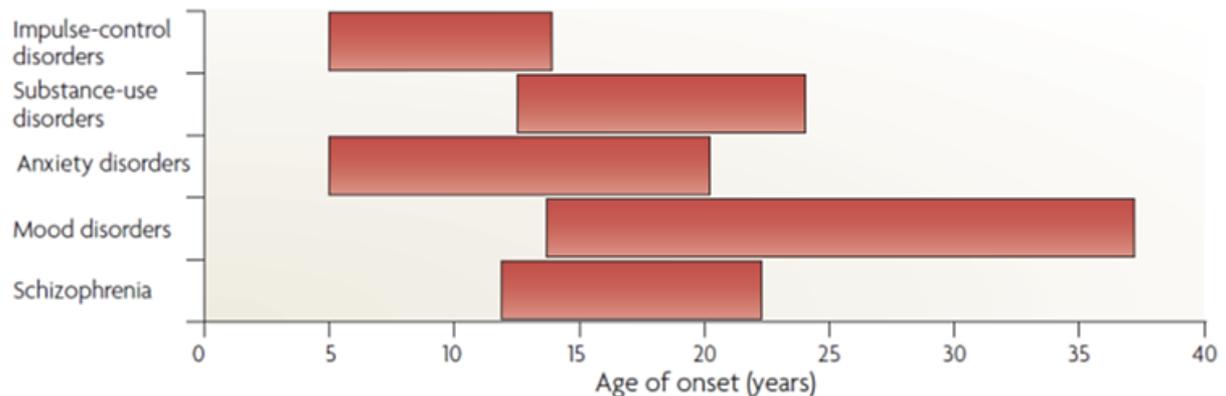
Beeinträchtigte Zielerreichung

- Um wichtige Ziele zu erreichen: kognitive Leistung angepasst
- N= 88 Alter: 13-20
- Kognitiver Task (go/ nogo), unterschiedliche Wichtigkeit
- Erwachsene erhöhen Leistung bei erhöhter Wichtigkeit, Jugendliche bleiben gleich
- Gewichtete Leistungserbringung: Konnektivität wenn Alter steigt:
 - Innerhalb Striatum: ↓
 - vStriatum-vIPFC: ↑



Beginn psych. Erkrankungen

- 50% aller psychischen Erkrankungen: bis zum 14. Lj. erstmalig gezeigt, 75% bis zum 25. Lj.
- Median Erstmanifestation (25. -75. Perz.)
 - Angststörungen: 11 Jahre (6-21)
 - Impulskontrollstörungen: 11 Jahre (7-15)
 - Störungen des Substanzkonsums: 20 Jahre (18-27)
 - affektive Störungen: 30 Jahre (18-43)

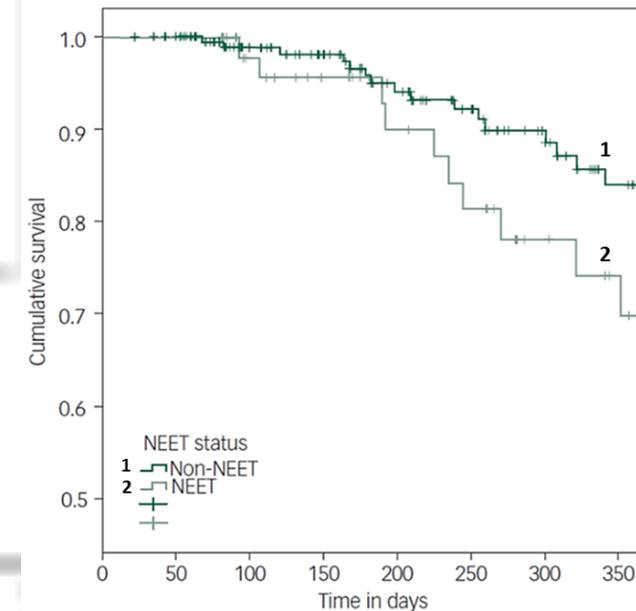


Jones PB. Br J Psychiatry. 2013; 202: s5-s10.

McGorry et al. Curr Opin Psychiatry. 2011; 24: 301-306.

Subsyndromale Zustände

- 12M FU (N = 243, w: 64 %; mAlter: 18 Jahre; 15–25 Jahre, SD: 3): alle 3 M
- subsyndromale Ausprägung: affektive od. psychotische Störung
- erste Symptome: 13 Lj.
- Umschlagen: 17%
- Umschlagen:
 - nicht in Ausbildung oder Schule: OR: 5,19
 - Weiblich: OR: 0,09
 - mehr negative psychische Symptome: OR: 1,75



Suizidalität

Suizidales Verhalten und Suizid

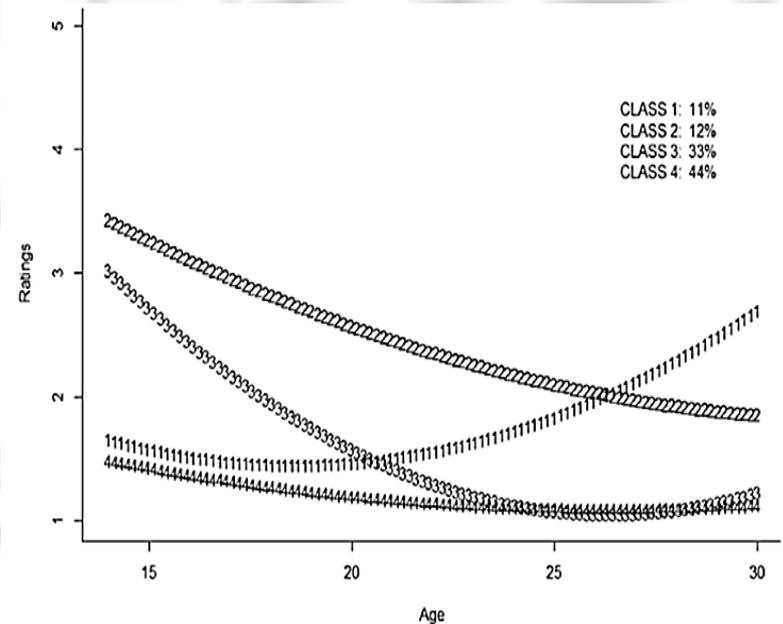
- Meta-Analyse (n=29 longitudinale Arbeiten): 12–26-jährige
- >60 % der Studien: Zusammenhang Suizidgedanken (SG) und spätere Suizidversuche (SV)
- >90 % der Studien: Zusammenhang zwischen früheren und späteren SV
- Risiko: frühere SG und SV: späterer Suizid: gepoolte OR: 22,48 (95 % CI: 18,35–27,54).
- Spätere Suizide: ORs:
 - SG: 32,16 (95 % CI: 6,99–147,92)
 - Suizid-Drohungen: 11,46 (95 % CI: 2,25–58,31)
 - SV: 22,58 (95 % CI: 18,37–27,76)

Verlauf von Suizidalität

- Longitudinale Analyse (n=180 ; 12–18 Jahre; mittlere Nachverfolgungszeit: 13,6 Jahre, SD = 4,5 Jahre) nach KJP Aufenthalt
- latente Klassenanalyse: 4 Klassen:
 - „*increasing class*“: 11%: Risiko für suizidales Verhalten ↑
 - „*highest overall risk class*“: 12%: bereits im Jugendalter: hohes Risiko dann nur langsam abnehmendes Risiko
 - „*decreasing class*“: 33%: Abnahme des Risikos an suizidalem Verhalten
 - „*lowest risk class*“: 44%: geringes Risiko sowohl im Jugend- als auch im jungen Erwachsenenalter

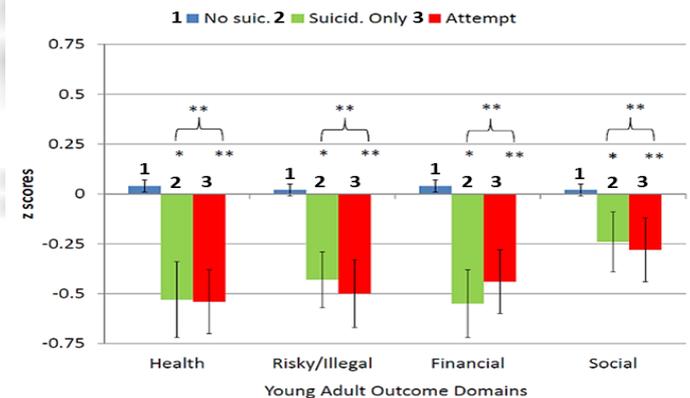
Verlauf von Suizidalität

- SV: vor Aufnahme v.a. in den beiden ersten Risikoklassen
- „highest overall risk class“:
 - Depression
 - generalisierten Angststörung
 - höhere Wahrscheinlichkeit für sex. Missbrauch
 - mehr Hoffnungslosigkeit
 - höhere Impulsivität
 - weniger *Coping*-Fähigkeiten
 - mehr soziale Anpassungsschwierigkeiten
 - Mehr funktionelle Beeinträchtigung berichtet.



Outcome suizidalen Verhaltens

- Longitudinale Studie (USA): (n=1.420): *Great Smokey Mountains Study* (9-16 Jahre) Mehrfachmessungen bis 30.Lj.
- SG und SV in Kindheit u. Jugend: signifikant assoziiert mit SG und SV u. Angsterkrankungen im Erwachsenenalter
- SG im Kindes- und Jugendalter: assoziiert mit Depressionen im Erwachsenenalter
- SV im Kindesalter: erhöhtes Risiko für multiple psychiatrische Störungsbilder im Erwachsenenalter

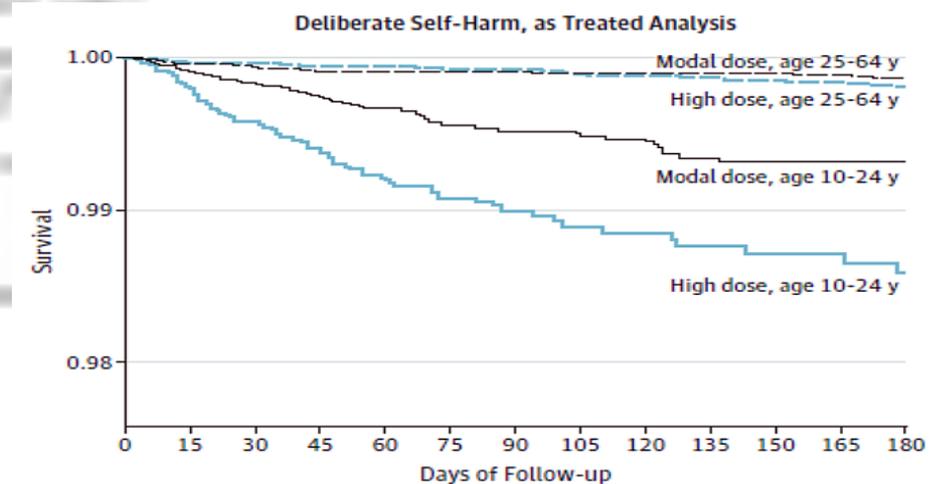


Antidepressiva und Adoleszenz

- Versicherten-Stichprobe (N = 162.625: 10-64 Jahre)
- Einfluss Dosierung in verschiedenen Altersgruppen
- Citalopram (CIT), Sertralin (SER) und Fluoxetin (FLU)
- moderate Dosierungen: 20 mg (CIT), 50 mg (SER) bzw. 20 mg (FLU)
- Nachverfolgungszeitraum: 360 Tage.
- 10–24-Jährige: 142: irgendeine Form selbstschädigendes Verhalten
- 25-64-Jährige: 81: irgendeine Form selbstschädigendes Verhalten

Antidepressiva und Adoleszenz

- 10-24 Jahre:
 - moderate Dosis: 14,7/1.000 Personenjahre
 - hohe Dosis: 31,5 /1.000 PJ. → HR: 2,2
- 25–64-Jahre:
 - moderate Dosis: 2,8 /1.000 PJ
 - hohe Dosis: 3,2/ 1.000 PJ



ADHS im Transitionsalter

Prävalenz

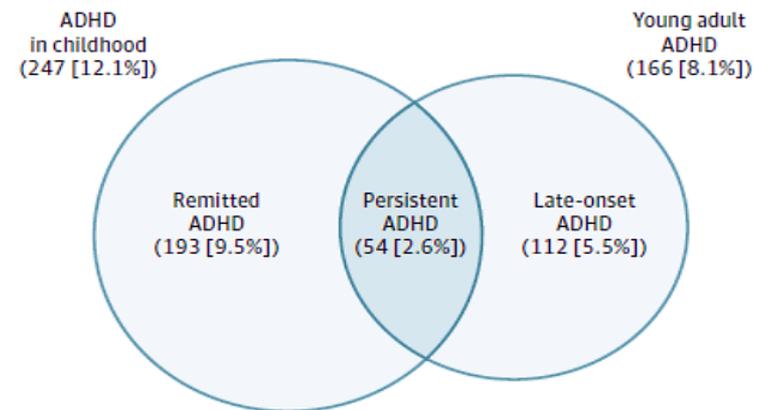
- ADHS: Prävalenz weltweit: ~ 5 % im Kindes- und Jugendalter
- ADHS-Persistenz ins Erwachsenenalter: 40 - 50 %
- Dunedin-Studie: 38 Jahres FU (N = 1.037):
 - 6 % im Kindesalter; 3 % im Erwachsenenalter
 - In 90 % der Fälle keine Überlappung
 - Nur 5 % derjenigen, die eine ADHS im Kindesalter aufgewiesen hatten, zeigten mit 38 Jahren eine ADHS

ADHS: Persistenz

- US-Geburtskohorte (N = 5.249) FU: 19 Jahre
 - mit 11 Jahren: 8,9 % ADHS-Symptomatik
 - mit 18 bzw. 19 Jahren: 6,3 %.
 - 17,2% Persistenz: Kindes- zum Erwachsenenalter
 - 12,6% der Erwachsenen mit ADHS: auch als Kind
- vergleichbare Funktionsbeeinträchtigungen:
 - Zahl an Verkehrsunfällen
 - delinquentes Verhalten u. Gefängnisaufenthalte
 - Suizidversuche
 - Depressionen
 - Substanzkonsum

ADHS: Persistenz

- GB: *E-Risk Longitudinal Twin Study* (N = 2.232):
- ADHS: 12,1 % (5-12 J.) 8,1 % (18 J.)
- 21,9 % Persistenz
 - Persistenz: im Kindesalter ausgeprägtere ADHS-Symptomatik u. geringerer IQ
- 32,5 % der Erwachsenen mit ADHS: auch als Kind
- Persistierende Symptomatik:
 - generalisierte Angststörungen ↑
 - Marihuana-Konsum ↑
 - SSV ↑

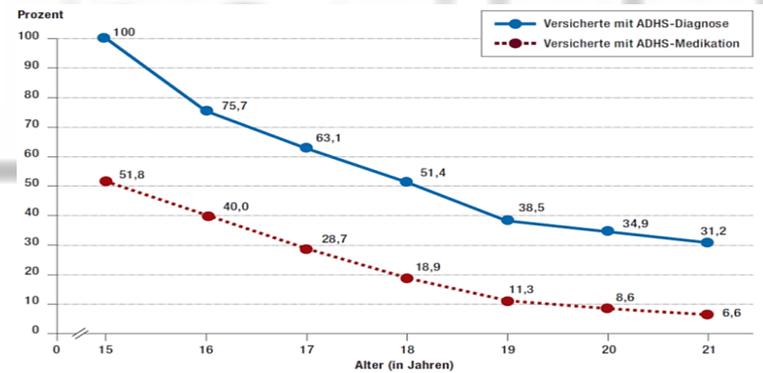


ADHS: andere Erklärungen

- Re-Analyse *Multimodal-Treatment-Study of ADHD*
- N=239 (Baseline-Untersuchung: mittleres Alter von 9,89 Jahren; 8 Mal bis zu einem mittleren Lebensalter von 24,4 Jahren)
- 95 % der im Kindesalter ADHS-Positiven: Kriterien im Erwachsenenalter nicht mehr erreicht.
- ADHS-Symptome im Erwachsenenalter neu: Symptomatik häufig im Kontext eines prononcierten Substanzkonsums oder durch andere psychische Erkrankungen erklärbar: 95 % der Fälle, anderen Ursachen zuordenbar

ADHS und Medikation

- Häufigkeit der medikamentösen Therapie:
Altersgipfel:
 - 13–14 Jahre (2009: 51,7 %, 2014: 43,1 %)
 - 34 Jahren (2009: 19,2 %) bzw. 37 Jahren (2014: 33,4 %).
- Transitionskohorte (N = 5593): im Jahr 2008: 15 J.
 - Mit 21 J.: bei 31,2 % ADHS
 - Medikationsquote: von 51,8 % auf 6,6 %



ADHS Versorgung

- Qualitative Analyse (n=10)
- Beziehung zum Kliniker: wesentlicher Faktor für das Gelingen des Transitionsprozess
- Unterstützung durch die Eltern: tendenziell eher hilfreich: (Termine, Medikation)
- beteiligte Eltern: häufig unrealistische Erwartungen an den erwachsenenpsychiatrischen Bereich (Wunsch, dass dieser sich auch um Belange des Wohnens kümmern sollten)

Adoleszenzspezifische Programme

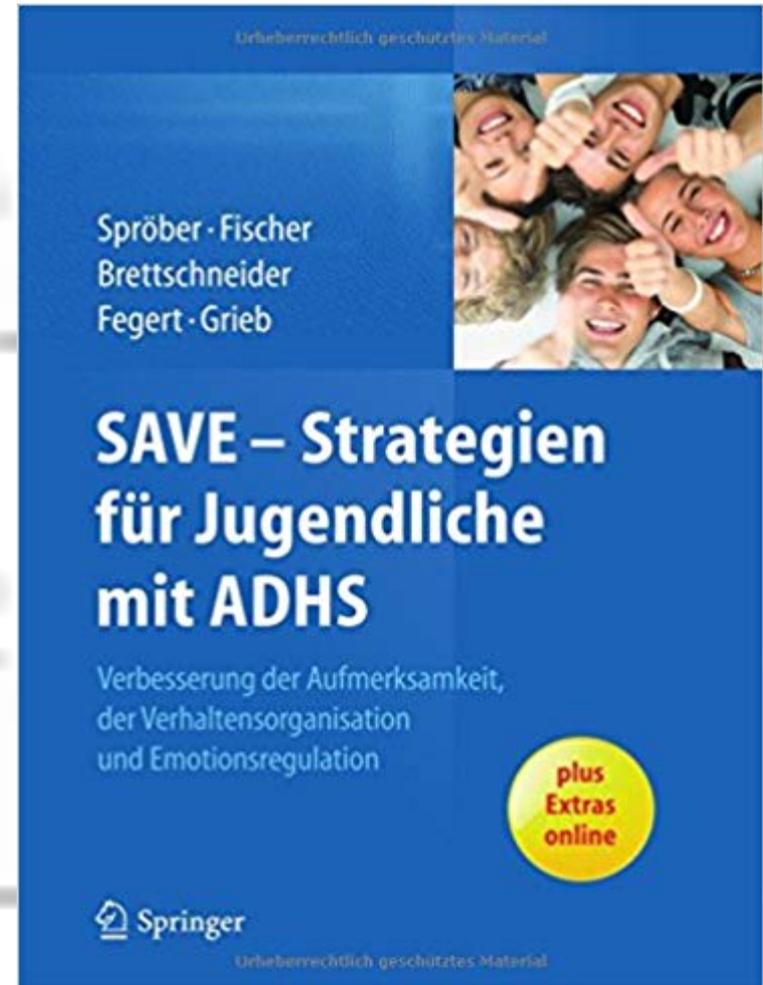
MICHI

- 5 Sitzungen á 75-90 Minuten + 1 Auffrischungssitzung
- 4-6 Teilnehmer pro Gruppe
- 2 Trainerinnen
- Inhalte:
 - kognitive Umstrukturierung
 - Aktivierung
 - Stärkung des Selbstwerts
 - Förderung selbstregulatorischer Kompetenzen
 - Notfallplan zum Umgang mit Krisen



SAVE

- Gruppe/ Einzel
- Gruppengröße 3 – 8 TN
- In der Gruppe 2 TrainerInnen
- Dauer: 2 h (mit Pause)
- 10 wöchentliche Sitzungen



Dialektisch behaviorale Therapie für Adoleszente (DBT-A)

- Entwickelt aus der kognitiv-behavioralen Therapie



- Ergänzt um dialektische Behandlungsstrategien
 - Balance von Akzeptanz und Veränderung



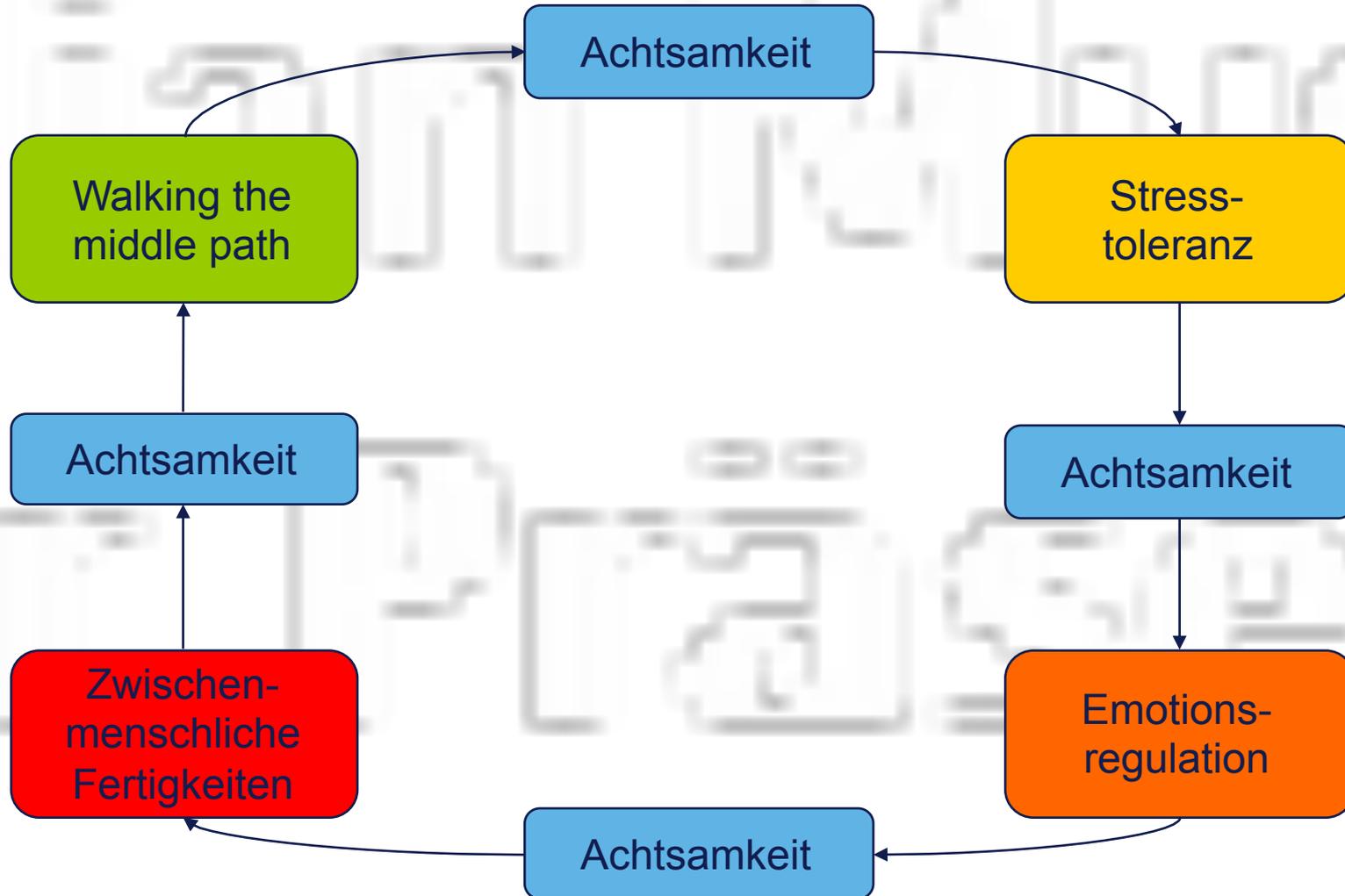
- Ergänzt um Zen-Elemente



- Basiert auf einem bio-sozialem Modell und kombiniert Motivationsförderung und Aufbau/Generalisierung von Verhaltensfertigkeiten



DBT-A Ablauf



Schwierigkeiten

(Zu verringernde Verhaltensmuster)



Fertigkeiten

(Zu erlernende Verhaltensmuster)

Identitätsstörung

(Du weißt nicht, wie Du Dich fühlst)



Achtsamkeit

Impulsivität

(Du handelst,
ohne vorher darüber nachzudenken)



Stresstoleranz

Emotionale Instabilität

(schnelle, intensive Stimmungswechsel
ohne viel Kontrolle)



Emotionsregulation

Zwischenmenschliche Probleme

(Schwierigkeiten, mit anderen klar zu kommen)



Zwischenmenschliche Fertigkeiten

Jugendlichen- & Familien- Dilemmata

(extremes Denken, Fühlen und Handeln;
z.B. „Alles- oder Nichts-Denken“)



Walking the Middle Path

Versorgung in der Transitionsphase

Europäische Realität

- 28 europäische Mitgliedstaaten: Expertenbefragung: Standardized Assessment Tool for Mental Health Transition (SATMEHT). In 89%: KJP/EP
- Schätzungen wie häufig Transition von KJP in EP stattfinden muss: 25 - 49%
- Schätzung wieviel <30a in EP früher in KJP waren: 20–30% (m:33%).
- Verschriftlichte Standards Zusammenarbeit: 14%, Transition: 7%
- 50%: keine Unterstützung für Transition vorhanden.

		Estimated % of CAMHS users with AMHS care needs as they age				
		0-24%	25-49%	50-74%	75-100%	
Estimated % of AMHS users under 30 years of age with previous history of CAMHS service use	10%	Greece, Poland	Portugal			3
	20%	Cyprus, Italy, Slovenia,	Austria, Ireland, Romania	Malta	Netherlands	8
	30%		Bulgaria, Croatia, Germany, Latvia, Luxembourg			5
	40%	Hungary	Sweden			2
	50%	Denmark	Finland	France, Lithuania		4
	60%	Estonia		Spain		2
	70%	Slovakia				1
	Not Available		Czech Republic	Belgium, UK		3
			9	12	6	1

Stationäre Behandlung

- KH Daten (F-Diagnosen) 15–25- Jähriger (2003-2012)
- Insgesamt: deutliche Zunahme
- Keine signifikante Zunahme: F0 und F5
- Abnahme: F2
- Aufteilung Altersgruppen (15- bis unter 20-Jährig und 20- bis unter 25-Jährig):
 - F5, F8 und F9: signifikant häufiger stationär bei 15-<20 J.

Transition: Ö

- Mitarbeiter des Gesundheitssystems in A (N = 86):
- System der Transition „ungünstig“: 98,8 %
- an Arbeitsplatz gut geplantes Prozedere: 16 %
- Wechsel KJP-EP (eher) schlecht toleriert:
 - EP: 61 %, KJP: 85 %:
- KJP: häufiger mit Fragen der Transition konfrontiert (17-24 Mal/ Jahr)
- Komplikation: 63% der EP:
- unzureichende Informationen: entbehrliche Wiederholungen diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen

Ansätze: Protocol/ Reciprocal Agreement

Vereinbarungen zwischen Gesundheitseinrichtungen

Klärt Rollen und Verantwortlichkeiten

Problem: Was passiert, wenn EP nicht übernimmt?



Ansätze: Transition Program Model

Eigene Zentren zur ganzheitlichen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Multidisziplinär, niedrigschwellig

Auch mit Prävention befasst



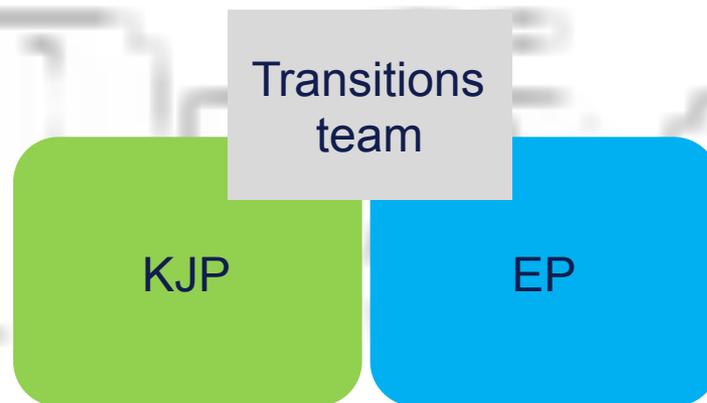
Ansätze: Shared Management Framework

Geteilte Verantwortung

Kollaboration im Transitionsteam

Transitionskoordinator (Bindeglied und für Fortbildung)

Problem: Definition der Zuständigkeiten



Mögliche Hindernisse

- Problematische Übergänge:
 - Menschen mit Intelligenzminderung
 - Externalisierende Störungsbilder
- Anbieter im Gesundheitssystem: 3 behindernde Faktoren:
 - krankheitsassoziierte Faktoren (wie etwa Ambivalenz bzgl. Gesundheit)
 - Auswirkungen der Erkrankung auf Entwicklungsprozess
 - Abnahme der elterlichen Einflussnahme

Gelingende Transition

- Komponenten aus Sicht von Patientinnen und Patienten:
 - zumindest einmaliges Treffen zur Transitionsplanung: KJP und EP
 - Kontinuität: Personal aus der KJP
 - Kommunikation zwischen KJP und EP
 - kurze Wartezeiten bis Behandlungsbeginn in EP
 - Flexibilität des Transitionsalters.

Qualitative Studien: Jugendliche

Prätransition (KJP)	<ul style="list-style-type: none">– Vorbereitungen: früher Hinweis– Einbezug des Jugendlichen
Peritransition (KJP, EP)	<ul style="list-style-type: none">– Individualisierte Behandlungspläne– Steigende Autonomie des Jugendlichen– Flexibler Zeitraum für die Transition– Kontinuität der Hilfe
Posttransition (EP)	<ul style="list-style-type: none">– Unterstützung durch das Personal– Autonomie bei Behandlungsentscheidungen– Freie Wahl: Einbezug d. Eltern– Kontinuität der Information

Erleichterung der Transition

- Transitionstreffen: Fallverantwortliche, Jugendliche u. Eltern
- „Vollversorgungsprozesse“ („*wrap around process*“): medizinische Fragestellungen, schulische bzw. Arbeitsthemen inkludiert
- Fortbildungsangebote
- Transitionsbegleiter: KJP und EP: Forum u. Case-Manager:
 - Funktionsniveau ↑
 - Gefahr für Obdachlosigkeit ↓
 - Chance auf Anstellung ↑

Was beachten?

- **4 Ps:**
- **People:** Jugendliche/junge, Sorgeberechtigte, Betreuer, Ärztinnen und Ärzte
- **Process:** Prozess der Transition an sich sowie Evaluation der Durchführung
- **Paper:** Informationsmaterial und administrative Unterstützung
- **Place:** Ort an dem die Transition erfolgen kann.

Diskussion

Transitionsalter: viele Umbauvorgänge, Entwicklungsschritte, Beginn psychiatr. Erkrankungen

Adoleszenz: hohe Vulnerabilität bzg. suizidalen Verhaltens

ADHS: Persistenz vermutlich geringer als angenommen

Einbezug zweier Systeme und der Patienten wichtig:
Flexibilisierung, Informationsweitergabe

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

paul.plener@meduniwien.ac.at