



ADHS wird erwachsen – Herausforderungen und Chancen der Transitionspsychotherapie

Sabine Maur

Psychologische Psychotherapeutin mit ZQ Kinder- und
Jugendlichenpsychotherapie



Transitionsmedizin: Beispiel Diabetes

Wechsel vom Kinder- zum Erwachsenenenddiabetologen

Allein an Diabetes leiden in Deutschland rund 30.000 Kinder und Jugendliche. "Etwa 30 bis 40 Prozent von ihnen haben Schwierigkeiten mit dem Übertritt in die Erwachsenenmedizin", sagt Silvia Müther. Zusammen mit Kollegen der DRK Kliniken Berlin Westend hat die Kinderdiabetologin deshalb vor ein paar Jahren das Berliner Transitionsprogramm entwickelt. Transition bedeutet "Übergang". Das Programm soll jungen Menschen mit einer chronischen Krankheit dabei helfen, dass der Wechsel – in diesem Fall vom Kinder- zum "Erwachsenen"-Diabetologen – reibungslos über die Bühne geht.

<http://www.diabetes-ratgeber.net/Diabetes-Typ-1/Wenn-Kinder-mit-Diabetes-volljaehrig-werden-353075.html>



Ärzte Zeitung, 06.09.2016

Kommentieren (0)



Rheuma

Jugendliche besser versorgen

Rheumatologen fordern eine bessere Begleitung rheumakranker Jugendlicher in die Erwachsenenmedizin. Dieser bereite oft Schwierigkeiten.

FRANKFURT / MAIN. Vielen rheumakranken Jugendlichen gelingt der selbstständige Übergang von der Jugend- in die Erwachsenenmedizin nicht und sie erhalten - manchmal über Jahre - keine Therapie. Darauf haben Rheumatologen aus Anlass des Rheuma-Kongresses in Frankfurt erneut hingewiesen.

"Oft erleben wir einen verzweifelten Rücklauf von Patienten nach einem versuchten Übergang in die Erwachsenenmedizin", wird Dr. Christoph Rietschel, Leiter der Abteilung für Kinder- und Jugendrheumatologie am Clementine Kinderhospital in Frankfurt / Main in einer Mitteilung zum Kongress zitiert.



21.01.2016

Transitions-Projekt

„Stärkung für den Übergang in eine Erwachsenenversorgung für junge Rheumatiker“ – so der Titel eines dreijährigen vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Projektes. Kooperationspartner ist das Deutsche Rheumaforschungszentrum.

**Mein Rheuma wird
Erwachsen!**



Das Projekt läuft seit Juli 2014 und ist für eine Laufzeit von drei Jahren geplant: Jeder dritte junge Rheumatiker bricht seine Therapie beim Wechsel vom Kinderrheumatologen zum Erwachsenenrheumatologen ab. Hauptziel ist die Abbruchquote zu verringern. Hierzu werden im Rahmen des Projektes Angebote für den Übergang entwickelt und getestet. Im Vordergrund stehen hierbei die

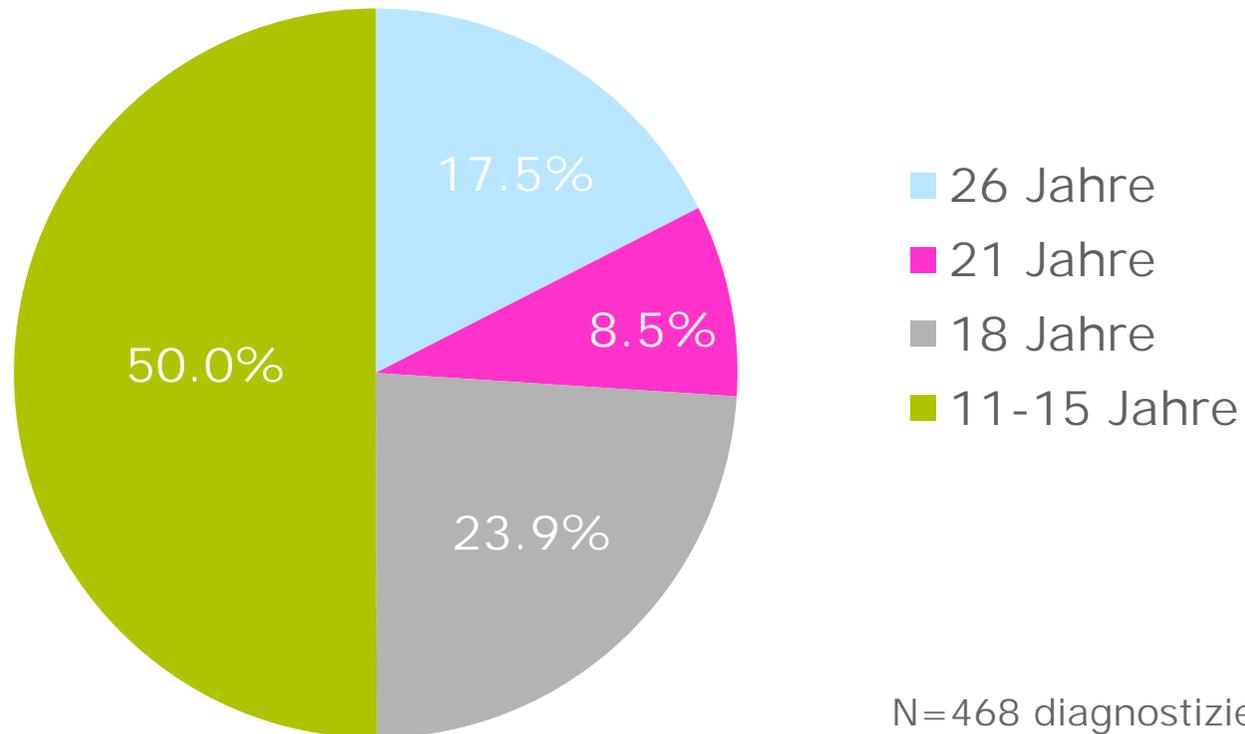
Stärkung der jungen Rheumatiker im Umgang mit ihrer chronischen Erkrankung und die Vorbereitung auf den Wechsel in die Erwachsenenversorgung.

Die zwei Haupt-Säulen sind die

- Stärkung der Selbsthilfe und Aufklärungsoffensive zur Transition
- und die Förderung von Vernetzung und Austausch: intern und extern



Alter bei erster Diagnose



N=468 diagnostizierte Personen
mit 26 Jahren; Dunedin, New
Zealand

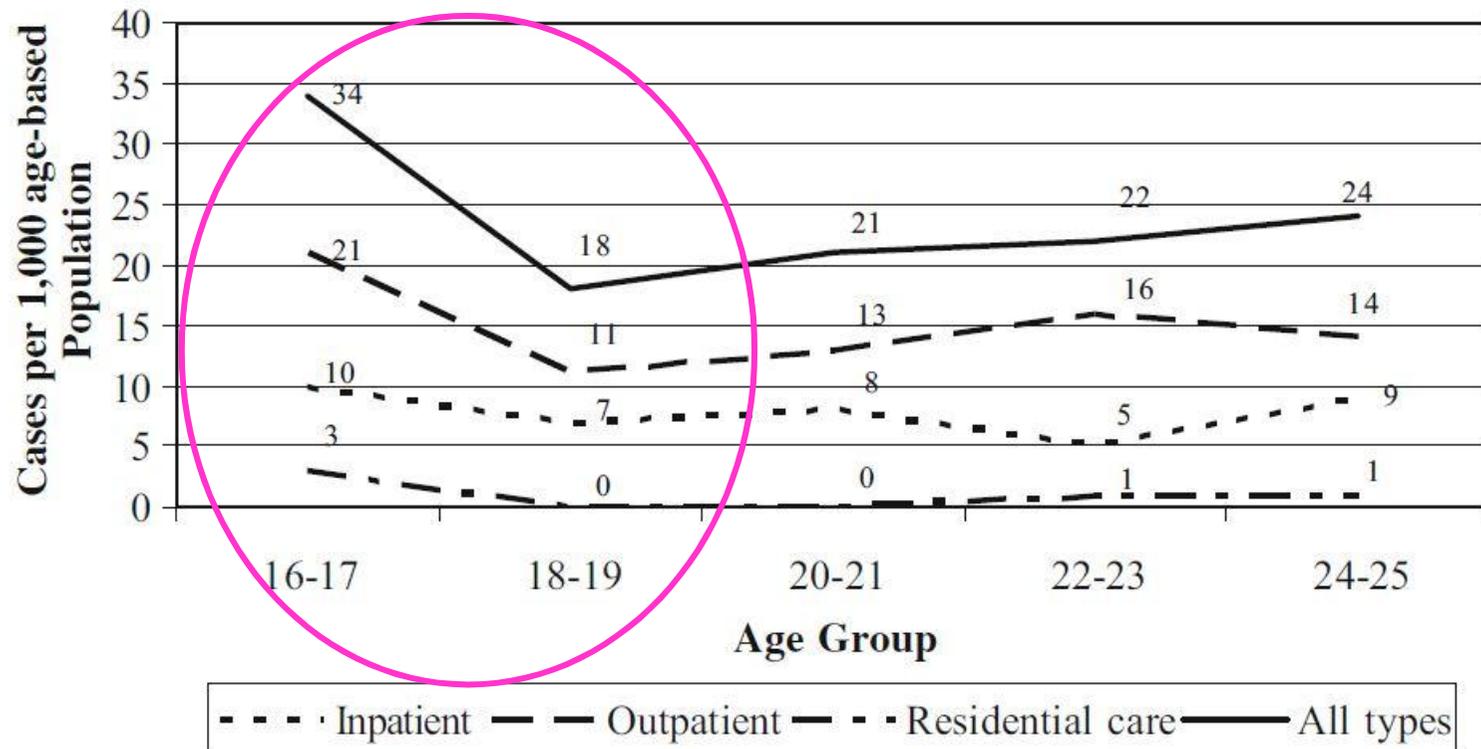


Onset-Alter psychischer Erkrankungen



N=5692, USA; Alter bei versch. Perzentilen

Pottick et al.
(2007)



Transition-age persons admitted to US mental health services: number and percent distribution (1997 national estimates)

	16-17 years old	18-19 years old	20-21 years old	22-23 years old	24-25 years old
Program service setting	# of clients				
Inpatient	76,645	56,049	57,238	33,844	66,142
Outpatient	164,347	84,932	91,433	108,419	100,546
Residential care	19,678	2,310	3,561	7,991	6,377
Total estimated youth	260,670	143,291	152,232	150,254	173,065



Deutsche Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und
Psychotherapie e.V.



Deutsche Gesellschaft
für Psychiatrie und Psychotherapie,
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN

23. Juni 2016

Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie



Was meint „Transition“?

- „Koordination der Anbieter und Sicherung der Versorgungskontinuität auf dem Weg von der jugendlichenzentrierten hin zur erwachsenenorientierten Versorgung.“

(Fegert et al., 2016, S.4)





Probleme der Transition (I)

- Adoleszenz / junges Erwachsenenalter besonders vulnerable Phase für Entwicklung & Chronifizierung psychischer Erkrankungen
- unterschiedliche Reifungsprozesse und Entwicklungsbedingungen



Entwicklungsaufgaben

- Loslösung von Eltern (Autonomie)
- Beziehungen zu Altersgleichen (Peers)
- Entwicklung/Klärung der Identität, Geschlechterrolle, Sexualität
- Emotionsregulation
- eigenes Werte- und Normensystem entwickeln
- schulische und berufliche Qualifikation
- Umgang mit Konsum und Freizeit
- sozial verantwortliches Handeln erlernen, Moralentwicklung





Gehirnentwicklung Pubertät

- Präfrontaler Cortex/Exekutivfunktionen:
 - (1) „Synaptogenese“: massenhafte Formung neuer Nervenverbindungen
 - (2) Reorganisation durch „synaptic pruning“: häufig genutzte Nervenverbindungen werden gestärkt, selten benutzte eliminiert
- Frühere Entwicklung von limbisches System und Belohnungssystem
- ➔ Hohe Formbarkeit
- ➔ Dysbalance mit erhöhtem Risiko für emotionale Dysregulation, Risikoverhalten, Impulsivität

„Andererseits zahlen wir für diese Formbarkeit auch den Preis der Verletzbarkeit. Denn wenn ein Hirn zum Guten verändert werden kann, kann man es folgerichtig auch zum Schlechten wandeln.“

Jay Giedd, National Institute of Mental Health



Probleme der Transition (II)

- Entwicklungsaufgaben / Gehirnentwicklung
- erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen Kinder- /Jugendlichen- und Erwachsenen-Versorgung
- unzureichendes Training der Behandler bzgl. adoleszenter Besonderheiten
- häufig Ende der Jugendhilfe mit 18 Jahren



Prädiktoren Transition (I)

- besonders schwierig für Menschen mit
 - geringen Ressourcen (sozial, intellektuell)
 - für Minderheiten
 - für Flüchtlinge
- deutlich schlechtere Transitionsergebnisse für
 - neurodevelopmental disorders (ADHS, Autismus)
 - emotionale Probleme
 - beginnende Persönlichkeitsstörungen





Prädiktoren Transition (II)

- individuelle Barrieren:
 - Veränderungen der langjährigen Beziehung zum Behandler
 - Reife- und Einsichtsgrad der Jugendlichen
 - familiäre Stressoren
- große Unterschiede im Umgang mit den Patienten



KJP - „gerade noch 17...“	PP – „...heute schon 18“
Häufig: Fremdmotivation, geringe Introspektionsfähigkeit, ambivalente Therapiemotivation	Kommen gar nicht erst in Therapie
Enger Einbezug von Familie und Bezugspersonen	Patientenzentrierte, individuelle Arbeitsweise
Unterstützende pädagogische Arbeit (mit Patient, mit Eltern, mit Umfeld)	Fähigkeit zu Selbstorganisation wird vorausgesetzt
Unterstützende multisystemische Kooperation z.B. mit Ärzten, Jugendhilfe, Arbeitsagentur	Betonung von Autonomie und Selbstverantwortung
Wenig Medikationsmöglichkeiten (häufiger off-label-use)	Viele Medikationsmöglichkeiten





„Care Gap“-Gefahren

- Abbruch der Behandlung
- vermehrte Inanspruchnahme von Kriseninterventionen
- schlechte Outcomes





Probleme der Transition am Beispiel ADHS

- chronische Störung mit erheblicher Unterversorgung im Erwachsenenbereich
- bei Nicht-Behandlung drohen erhebliche persönliche und gesellschaftliche Kosten
- Kooperation zwischen pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlern wichtig
- spezielle ADHS-Symptomatik erschwert gelingende Transition ➔ gute Strukturen besonders wichtig



ADHS: Prävalenzen

- Kindesalter: ca. 5%
- Erwachsene: ca. 2,5 - 3%
- Pat., die erstmals im jungen Erwachsenenalter ADHS-Diagnose erhalten:
 - häufig schwächere Symptomatik
 - gute Kompensationsmechanismen bzw. Ressourcen
 - aber Probleme wegen neuer Entwicklungsaufgaben
 - Geschlechterverhältnis ausgeglichen → referral bias
- je später die Diagnose gestellt wird, desto höher die Belastung durch komorbide Störungen (i.d.R. primärer Vorstellungsgrund)



ADHS Kindheit	Adulte ADHS
(I) Hyperaktivität	diskrete Unruhe innere Unruhe
(II) Aufmerksamkeits- probleme	Aufmerksamkeitsprobleme Desorganisiertheit Zeitmanagement
(III) Impulsivität	Impulsivität Hitziges Temperament Affektlabilität Emotionale Überreagibilität
Dissozialität (F90.1)	Delinquenz Sucht Antisoziale PS





Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Affektlabilität
- Hitziges Temperament
- Emotionale Überreagibilität
- Desorganisiertheit
- Impulsivität
- Assoziierte Probleme

Ruhelosigkeit, unfähig zu entspannen, Nervosität, Probleme still zu sitzen, immer auf dem Sprung





Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- **Aufmerksamkeitsprobleme**
- Affektlabilität
- Hitziges Temperament
- Emotionale Überreagibilität
- Desorganisiertheit
- Impulsivität
- Assoziierte Probleme

Probleme zuzuhören,
Ablenkbarkeit, nicht
dabei bleiben können
(z.B. Lesen),
Vergesslichkeit, Dinge
verlieren oder verlegen





Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsprobleme
- **Affektlabilität**
- Hitziges Temperament
- Emotionale Überreagibilität
- Desorganisiertheit
- Impulsivität
- Assoziierte Probleme

Stimmungswechsel innerhalb eines Tages, spontan oder reaktiv; von depressiv (gelangweilt, „down“, unzufrieden) zu milder Euphorie oder Erregung



Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Affektlabilität
- **Hitziges Temperament**
- Emotionale Überreagibilität
- Desorganisiertheit
- Impulsivität
- Assoziierte Probleme

Geht schnell hoch, explosiv, aber beruhigt sich auch schnell wieder; fühlt sich schnell provoziert oder gereizt; Temperament führt zu interpersonellen Problemen





Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Affektlabilität
- Hitziges Temperament
- **Emotionale Überreagibilität**
- Desorganisiertheit
- Impulsivität
- Assoziierte Probleme

Reagiert auf Stress
übermäßig oder
unangemessen mit
Depression, Verwirrung,
Unsicherheit, Angst oder
Ärger; beschreibt sich
als „schnell gestresst“





Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Affektlabilität
- Hitziges Temperament
- Emotionale Überreagibilität
- **Desorganisiertheit**
- Impulsivität
- Assoziierte Probleme

Organisations- und Performanzprobleme im Job, Haushalt etc.; Sachen werden nicht fertig gemacht, es wird von einer Aufgabe zur nächsten gewechselt; „lack of stick-to-itiveness“



Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Affektlabilität
- Hitziges Temperament
- Emotionale Überreagibilität
- Desorganisiertheit
- **Impulsivität**
- Assoziierte Probleme

Reden ohne Denken, andere unterbrechen, Ungeduld, impulsives Kaufen; abruptes Beginnen und Beenden von Beziehungen; Dinge exzessiv tun, ohne über die Konsequenzen nachzudenken; Probleme, nicht sofort zu handeln/entscheiden



Wender-Utah-Kriterien

- Motorische Hyperaktivität
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Affektlabilität
- Hitziges Temperament
- Emotionale Überreagibilität
- Desorganisiertheit
- Impulsivität
- **Assoziierte Probleme**

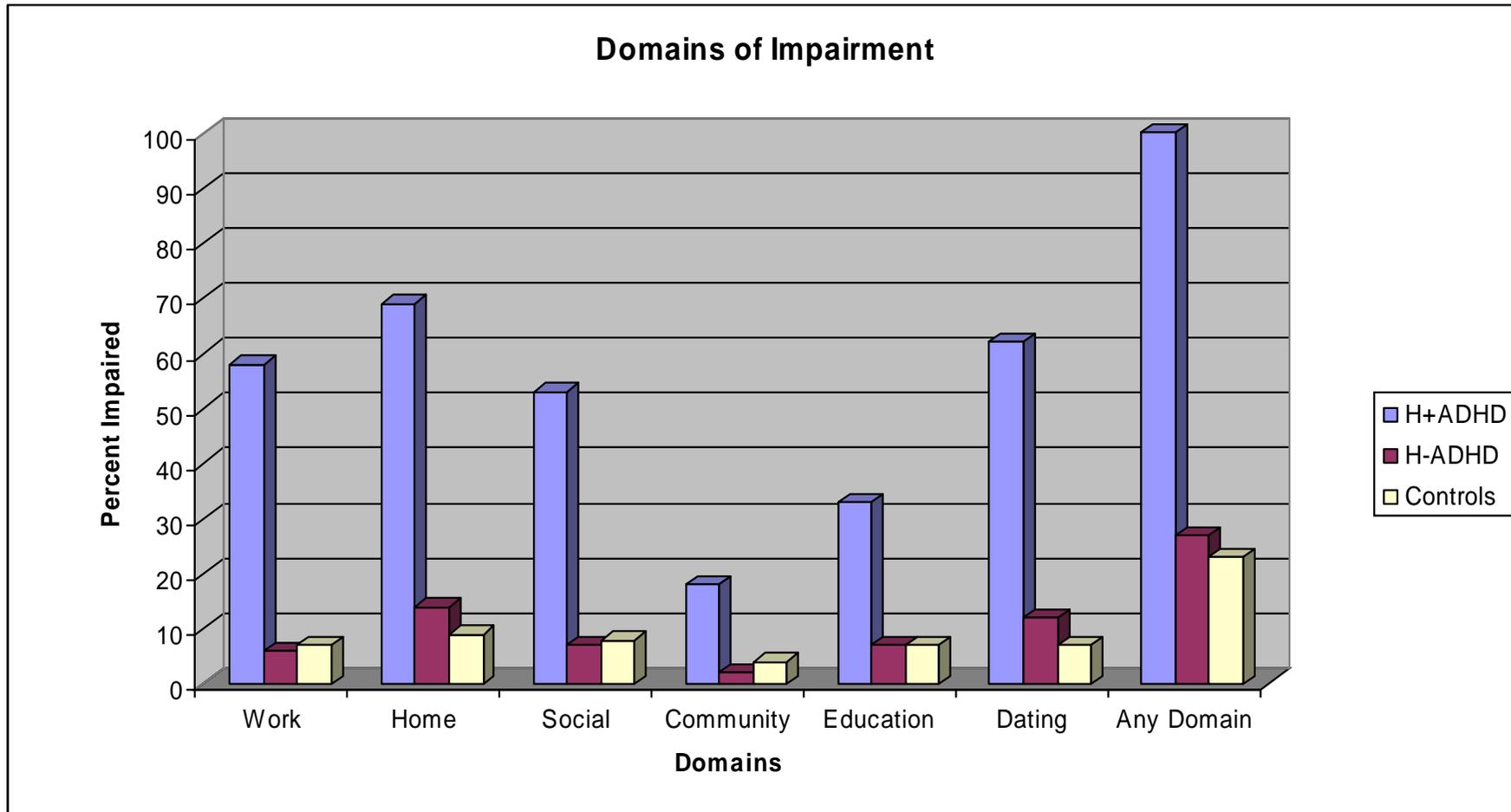
Instabile Beziehungen; beruflich unter seinen Möglichkeiten (Intelligenz) bleiben; Alkohol- und Drogenabusus



ADHS Kindheit	Adulte ADHS
(I) Hyperaktivität	diskrete Unruhe innere Unruhe
(II) Aufmerksamkeits- probleme	Aufmerksamkeitsprobleme Desorganisiertheit Zeitmanagement
(III) Impulsivität	Impulsivität Hitziges Temperament Affektlabilität Emotionale Überreagibilität
Dissozialität (F90.1)	Delinquenz Sucht Antisoziale PS

- erhöhte Anforderungen in Schule/Studium/Beruf
- Autonomieentwicklung
- weniger Unterstützung
- starker Einfluss von Peers





H+ADHD = ADHD as a child and still ADHD at adult outcome
H-ADHD = ADHD as a child but not diagnosable as ADHD at adult outcome
Controls = Community control group



ADHS: Beeinträchtigungen (Auswahl)

- höheres Risiko für
 - Adipositas, Bulimie, Binge Eating Disorder
 - riskanteres Sexualverhalten (früher, mehr Partner, weniger Verhütung, häufiger frühe Schwangerschaften)
 - erhöhtes Risiko für Rauchen, adoleszenten Cannabis- und Alkohol-Konsum (insb. bei komorbider SSV), Alkoholkonsum (Erwachsenenalter)
 - sign. erhöhtes Risiko für problematischen Internet-Gebrauch & PC-Spiele bis hin zur Sucht
 - Störungen des Sozialverhaltens → Delinquenz (jugendl. Strafgefangene 5fach erhöhte ADHS-Prävalenz, erwachsene Strafgefangene 10fach erhöht)

Tabelle 6: Komorbiditätsrate von psychischen Störungen bei erwachsenen ADHS-Patienten im Vergleich zu Gesunden (N = 3.199)

Komorbidität	Prävalenz der Störung in %	
	ADHS-Kollektiv	Gesunde
Affektive Störungen		
Major Depression	18,6	7,8
Dysthymie	12,8	1,9
Bipolare Störung	19,4	3,1
Sonstige Störungen	38,3	11,1
Angststörungen		
Generalisierte Angststörung	8,0	2,6
PTBS	11,9	3,3
Panikstörung	8,9	3,1
Agoraphobie	4,0	0,7
Spezifische Phobien	22,7	9,5
Soziale Phobie	29,3	7,8
Zwangsstörung	2,7	1,3
Sonstige Angststörungen	47,1	19,5
Substanzmissbrauch		
Alkoholmissbrauch	5,9	2,4
Alkoholabhängigkeit	5,8	2,0
Drogenmissbrauch	2,4	1,4
Drogenabhängigkeit	4,4	0,6
Sonstige Formen von Substanzmissbrauch	15,2	5,6
Impulskontrollstörung	19,6	6,1

ADHS = Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung. PTBS = Posttraumatische Belastungsstörung.

Quelle: Kessler et al.⁶³.

Attention-deficit hyperactivity disorder as a potentially aggravating factor in borderline personality disorder

Alexandra Philipsen, Matthias F. Limberger, Klaus Lieb, Bernd Feige, Nikolaus Kleindienst, Ulrich Ebner-Priemer, Johanna Barth, Christian Schmahl and Martin Bohus

2008

Background

Clinical experience suggests that people with borderline personality disorder often meet criteria for attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). However, empirical data are sparse.

Aims

To establish the prevalence of childhood and adult ADHD in a group of women with borderline personality disorder and to investigate the psychopathology and childhood experiences of those with and without ADHD.

Method

We assessed women seeking treatment for borderline personality disorder ($n=118$) for childhood and adult ADHD, co-occurring Axis I and Axis II disorders, severity of borderline symptomatology and traumatic childhood experiences.

Results

Childhood (41.5%) and adult (16.1%) ADHD prevalence was high. Childhood ADHD was associated with emotional abuse in childhood and greater severity of adult borderline symptoms. Adult ADHD was associated with greater risk for co-occurring Axis I and II disorders.

Conclusions

Adults with severe borderline personality disorder frequently show a history of childhood ADHD symptomatology. Persisting ADHD correlates with frequency of co-occurring Axis I and II disorders. Severity of borderline symptomatology in adulthood is associated with emotional abuse in childhood. Further studies are needed to differentiate any potential causal relationship between ADHD and borderline personality disorder.

Declaration of interest

None. Funding detailed in Acknowledgements.



ADHS und BPD

- Fossati et al (2002): 60% of adults with BPD meet criteria for childhood ADHD
- Ähnlichkeiten in:
 - Defizite in der Affektregulation
 - Defizite in der Impulskontrolle
 - Substanzmissbrauch
 - gestörte interpersonelle Beziehungen
 - geringes Selbstwertgefühl
 - Zustände innerer Anspannung
- Unterschiede: kein selbstverletzendes/suizidales Verhalten bei ADHS, keine so negativen Schemata bei ADHS, mehr neuropsychologische Defizite bei ADHS (Aufmerksamkeit, Ausdauer, Zielverfolgung), ADHSler unkomplizierter im Kontakt!

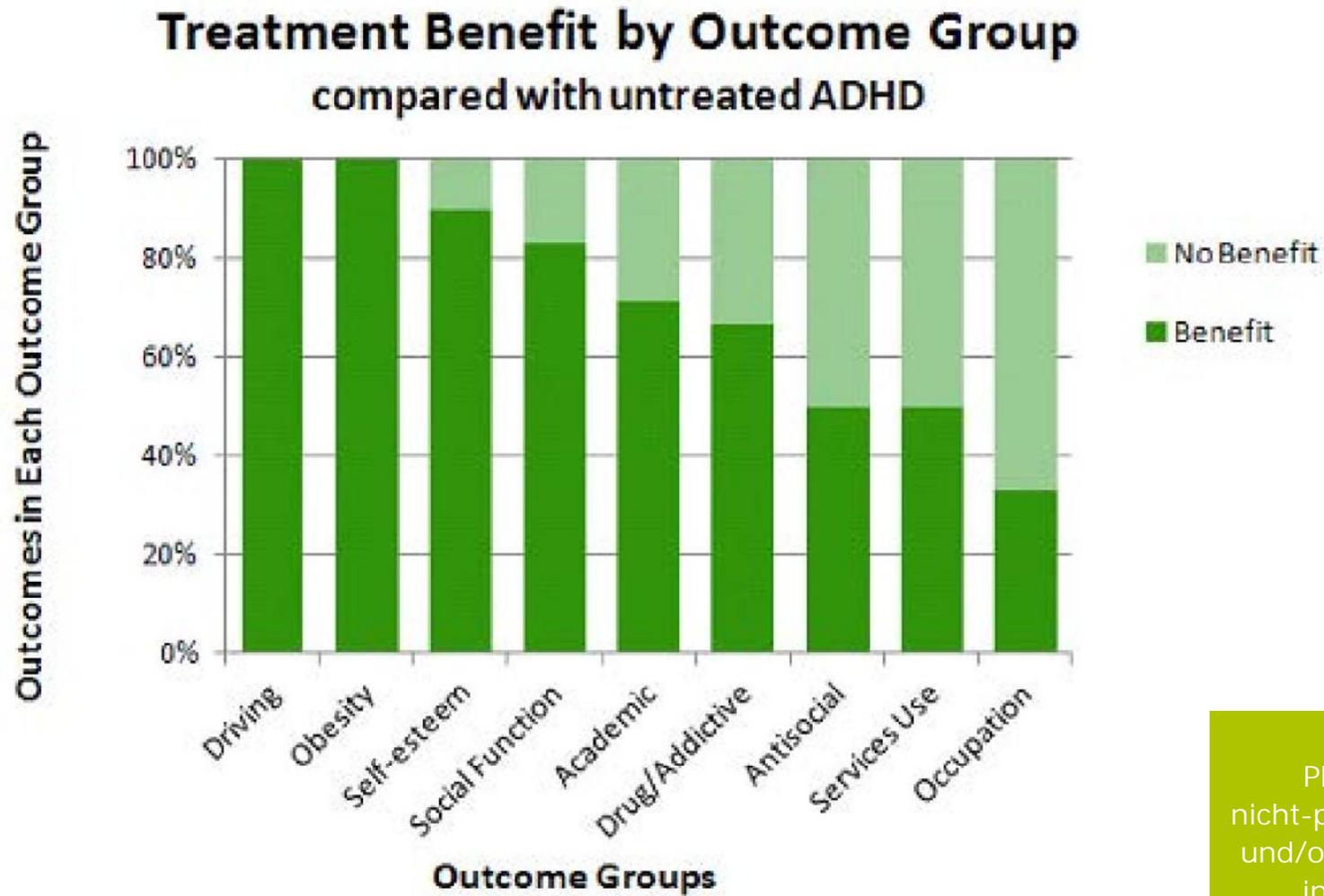


Good news: Interventionen bei ADHS





	Pharmakotherapie	Psychosoziale Interventionen
Kindheit	<ul style="list-style-type: none">• Methylphenidat ES .77 - 1.0 <p>Bachmann et al. (2008) Faraone & Buitelaar (2010) Storebo et al. (2015)</p>	<ul style="list-style-type: none">• gute Effekte auf das Verhalten (Elterntraining, schulische Interventionen)• schlechte bis keine Effekte auf die Kernsymptomatik (insb. Aufmerksamkeit) <p>Bachmann et al. (2008) Sonuga-Barke et al. (2012) Rapport et al. (2013)</p>
Jugend- alter	<ul style="list-style-type: none">• Methylphenidat > Placebo <p>Chan et al. (2016)</p>	<ul style="list-style-type: none">• inkonsistente Datenlage, zu wenig Studien, keine Studien zur kombinierten Behandlung <p>Chan et al. (2016)</p>
Adulte ADHS	<ul style="list-style-type: none">• Methylphenidat ES .6 - .9 <p>Moriyama et al. (2013) Benkert et al. (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none">• Vielzahl von ausgearbeiteten Interventionen• Datenlage noch unklar wegen fehlender Studien• klinische Erfahrungen positiv <p>Moriyama et al. (2013) Hoxhaj & Philipsen (2015)</p>



Treatment:
Pharmakologisch,
nicht-pharmakologisch
und/oder multimodal;
ings. 351 Studien



Good news: Interventionen bei ADHS

- Problem sind nicht fehlende Interventionen, sondern die hilfreichen Interventionen an den jungen Mann / an die junge Frau zu bringen





ADHS Kindheit	Adulte ADHS
(I) Hyperaktivität	diskrete Unruhe innere Unruhe
(II) Aufmerksamkeits- probleme	Aufmerksamkeitsprobleme Desorganisiertheit Zeitmanagement
(III) Impulsivität	Impulsivität Hitziges Temperament Affektlabilität Emotionale Überreagibilität
Dissozialität (F90.1)	Delinquenz Sucht Antisoziale PS



- erhöhte Anforderungen in Schule/Studium/Beruf
- Autonomieentwicklung
- weniger Unterstützung
- starker Einfluss von Peers





ADHS: Folgen für die Behandlung

- verzernte **Selbstwahrnehmung** bzgl. Symptomausprägung, Konsequenzen, Kompensationsfähigkeiten, Verantwortung
 - ➔ eigentl. kontinuierliche Fremdanamnese nötig
- erhebliche Probleme in der **Selbstorganisation**
 - ➔ Terminvereinbarung, Termineinhaltung, Pünktlichkeit, Aufgabenerledigung
- Probleme bzgl. **Belohnungsaufschub**
 - ➔ Warten auf Therapieplatz / Arzttermin problematisch
- Probleme in **Aufmerksamkeit** und **Arbeitsgedächtnis**
 - ➔ Therapeutisches Vorgehen muss angepasst werden



Transitionspsychotherapie: ADHS

- Unterstützung bei der Adhärenz bzgl. Psychotherapie und ggf. pharmakologischer Behandlung
- angemessener Einbezug von Bezugspersonen (Spannungsfeld Unterstützung vs. Autonomie)
- Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die Symptomatik (z.B. aktivere Unterstützung zu Beginn, Visualisierung, konkrete Problembearbeitung)
- aktive Unterstützung bzgl. Berufsfindung/Studium (Ziel: Selbstmanagement)
- frühzeitige, aktive Unterstützung hinsichtlich Behandlerwechsel (z.B. KJP → PP, Kinderpsychiater → Erwachsenenpsychiater)



Komorbidity: Störungen des Sozialverhaltens

- „Beachtet werden muss, dass relativ viele kinder- und jugendpsychiatrische Patienten mit so genannten „Störungen des Sozialverhaltens“ in Heimeinrichtungen der Jugendhilfe betreut werden und im jungen Erwachsenenalter zunächst selten von sich aus erwachsenenpsychiatrische Angebote wahrnehmen. Es gilt spezifischere Angebote für so genannte „Care Leaver“ zu entwickeln, da diese Jugendlichen häufig in ihrer Vorgeschichte auch eine massive Traumabelastung aufweisen.“

• (Eckpunktepapier S. 6)



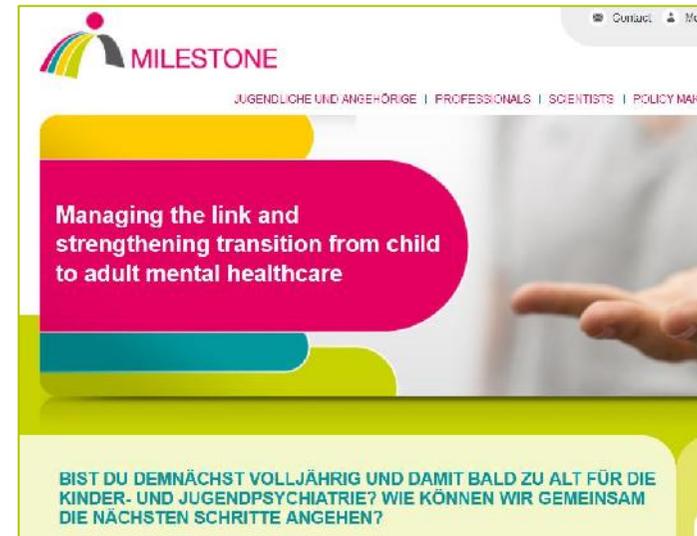
Elemente eines erfolgreichen Transitionsprogramms (Delphi Study, 2015)

- (1) Sicherung einer guten Koordination (Zeit des Transfers, Kommunikation, Follow-Up etc.)
- (2) Frühzeitige Planung der Transition (mindestens ein Jahr im voraus)
- (3) Förderung des Selbst-Managements von Patienten und deren Familien
- (4) Einbezug des jungen Patienten in die Transitionsplanung
- (5) Wenn entwicklungstechnisch möglich: auch Termine mit dem Patienten allein
- (6) Identifikation eines Erwachsenenbehandlers vor der Transition

Milestone-Projekt

- EU-weite Studie, Start 2014, Laufzeit 5 Jahre:
 - Studien zu Transitionsprozessen und –ergebnissen
 - Entwicklung eines „innovative transitional care models“ und von Leitlinien

„Intervening at the level of the transition represents one of the most important ways that we can facilitate not only recovery but also mental health promotion and mental illness prevention. It also has the potential for enormous cost savings.“





ADHS-Transitionsambulanz Uni Mainz

ADHS-Transitionsambulanz Mainz

Leitung

Univ.-Prof. Dr. med. W. Retz

Dr. med. S. Davydenko

PD Dr. med. O. Tüscher, Ltd. OA

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Michael Huss

Zielgruppe

- Patienten über 18 Jahre mit einer in der Kindheit diagnostizierten ADHS, bei denen die Störung im Erwachsenenalter fortbesteht.
- Patienten über 18 Jahre, bei denen der Verdacht auf das Vorliegen einer seit der Kindheit persistierenden ADHS besteht, die in der Kindheit aber nicht diagnostiziert wurde.

[Startseite](#) → [unplugged ist...](#)

unplugged ist...



unplugged ist ein Ort, an dem man das Thema psychische Gesundheit in Krisenzeiten. Jeder macht das un... Das kostenlose und vertrauliche A... Jahren. unplugged ist auch offen... Möglichkeiten der Information, F... Lebenssituationen.

Weitere Informationen zu unserem Angebot gibt es hier:

Längerfristige Unterstützung: unplugged ist Betreuung

Manchmal überkommt einen das Gefühl, sich so verstrickt zu haben, dass man kein Land mehr sieht. Wer sich neben Beratungs- und Krisengesprächen ganz lebenspraktische und längerfristige Unterstützung im Alltag wünscht, dem kann mit einer psychosozialen Einzelbetreuung geholfen werden. Im Rahmen dieser Betreuung gibt es Unterstützung durch eine feste Bezugsperson in den verschiedensten Lebensbereichen:

- Persönlichkeitsentwicklung
- Psychosoziale Beratung
- Soziale Beziehungen/Partnerschaft
- Familie
- Wohnen und Selbstversorgung
- Schule, Uni, Ausbildung und Beruf
- Freizeitgestaltung und Tagesstrukturierung
- Umgang mit psychischen Problemen
- Koordination von Hilfen
- Kooperation mit anderen Diensten
- Unterstützung in administrativen Angelegenheiten
- ... und weiteren Themen, die momentan wichtig sind.

Druckfrisch



Was brauchen wir strukturell?

- fächerübergreifende transitionsspezifische Angebote (ambulant, stationär, komplementär)
- Berücksichtigung der Transitionsphase und ihrer Besonderheiten in Aus-, Fort- und Weiterbildung
- interdisziplinäre Forschung (neurobiologische Grundlagen, Interventionen)
- Entwicklung koordinierter Übergangs- und Behandlungspfade mit flexiblem Case-Management
- Einbezug von Eltern, Partnern, Peer-Group in die Behandlung
- Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung



Was brauchen wir strukturell? (Praxis)

- Vergütung des erhöhten Koordinationsaufwandes (Telefonate, Emails, Arztbriefe, Terminvereinbarungen)
- Abrechnungsmöglichkeit gemeinsamer Termine von
 - Vor- und NachbehandlerIn
 - PsychotherapeutIn und ÄrztIn
 - BehandlerIn mit sonstigen beteiligten Bezugspersonen (z.B. Jugendhilfe, Arbeitsagentur)
- Sozialarbeiterisches Case Management (KJP: Sozialpsychotherapie? PP: Soziotherapie?)





**KEEP
CALM**

AND

**MIND
THE
GAP**