

Doppelt herausgefordert: Psychisch kranke junge Menschen auf dem Weg ins Erwachsenenleben

Ulrike M. E. Schulze, Jörg M. Fegert

Zusammenfassung

Dieser Beitrag beleuchtet die Schwierigkeiten und Herausforderungen, mit denen junge Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen im Übergang zwischen den Hilfe- und Versorgungssystemen für Jugendliche und Erwachsene konfrontiert sind. Diese Lebensphase der Transition ist gekennzeichnet von schlecht strukturierten und wenig ausgereiften Hilfsangeboten und damit einhergehenden negativen Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf bis hin zu Behandlungsabbrüchen sowie auf die gesellschaftliche Integration und die Teilhabechancen der Betroffenen.

Im Anschluss an die Darstellung verschiedener Problembereiche im Übergang zwischen den Systemen sollen Ansätze einer konstruktiven Veränderung beleuchtet werden.

Schlagwörter: Emerging Adulthood, psychische Erkrankung, Transition

Double challenge: mentally ill young people on their way into adult life

Abstract

This contribution attempts to provide a synoptic insight into the interplay between growing up and psychiatric illness in the – often fragmentary – transition between care systems. In addition to possible discontinuation of treatment and negative effects on the course of the illness and various aspects of life, affected young people are confronted with a hitherto poorly developed or structured offer of help in this doubly burdensome life situation.

Starting with the presentation of various problem areas in the transition between the systems, approaches to a constructive change are explored.

Keywords: emerging adulthood, mental illness, transition

1 Einleitung

Das Erwachsenwerden wird in vielen Gesellschaften als Phase des Übergangs oft auch als schwierige Lebensspanne wahrgenommen. Die These von der Pubertät und Adoleszenz als Krisenphase wird jedoch durch repräsentative Studien zur Psychopathologie in der Adoleszenz seit vielen Jahren hinterfragt (Streeck-Fischer u.a. 2009). Nichtsdestoweniger

handelt es sich um eine für jeden jungen Menschen schwierige Zeit, deren Dauer sich in den letzten Jahren deutlich ausgedehnt hat; für Jugendliche, die an einer psychischen Erkrankung leiden, stellt dieser Lebensabschnitt in jedem Falle eine doppelte Herausforderung dar. Innere Unsicherheit und ein oftmals vorhandenes Reifungsdefizit aufgrund der krankheitsbedingten Belastung treffen auf sich teilweise massiv verändernde äußere Rahmenbedingungen, wenn ein Übergang im Rahmen der komplementären und psychiatrischen Versorgungslandschaft bewältigt werden muss.

Als protektive Faktoren auf diesem Weg können Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, soziale Fähigkeiten, Familienbeziehungen und Freundschaften genannt werden. Sind diese nicht ausreichend vorhanden und/oder nehmen die Probleme überhand, ist es nicht unwahrscheinlich, dass ein Suizidversuch zur vermeintlichen Lösung letzterer in Betracht gezogen wird (*Pereira* u.a. 2018).

Nachfolgend sollen die Herausforderungen psychisch kranker junger Menschen näher dargestellt und Stolperstellen in der Versorgungslandschaft im Rahmen von Übergängen skizziert werden. Darüber hinaus möchte die vorliegende Arbeit Ansätze zu einer konstruktiven Veränderung der Situation aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten.

2 Transition und Emerging Adulthood

2.1 Transition: Definition

Der Begriff der *Transition* ist vielschichtig und muss jeweils im Kontext definiert werden. Entwicklungspsychologisch handelt es sich um „bedeutende Übergänge im Leben eines Menschen, die von diesem bewältigt werden müssen“ (*Stangl* 2020). Dies kann sich z.B. auf wichtige Entwicklungsschritte wie den Eintritt in den Kindergarten, ins Schulalter und die Ablösung vom Elternhaus beziehen.

Aus *psychiatrischer Perspektive* beschreibt Transition zum einen Übergänge wie die Entwicklung von Symptomen im Verlauf hin zu einem Störungsbild, z.B. der Schizophrenie (*Rietschel* u.a. 2017). Zum anderen – und im deutschsprachigen Raum wesentlich gebräuchlicher – ist der Übergang junger Menschen vom kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Versorgungssystem mit den komplementären Hilfsangeboten in die Strukturen für Erwachsene gemeint.

2.2 Altersspannen

In diesem Zusammenhang häufig genannte, neue Begrifflichkeiten (und jeweils zugehörige Altersspannen) wie „Transitionsalter“ (16 bis 24 Jahre) (*Fegert* u.a. 2017), der von *Arnett* geprägte Begriff der „*Emerging Adulthood*“ (18-25 bzw. 30 Jahre; *Arnett* 2000) sowie die Umschreibung von „Odysseusjahren“ (18-30 Jahre; *Koch* 2016) verdeutlichen auch auf der Definitionsebene die Komplexität und Dauer der zu beschreibenden Entwicklungsphase, in der eine klar abgrenzbare Zuordnung der Betroffenen zu Jugendlichen oder Erwachsenen nicht mehr möglich ist (*Seiffge-Krenke* 2015).

2.3 Emerging Adulthood

Im Rahmen der „Emerging Adulthood“ verlängert sich die jeweilige Identitätsentwicklung, und es kommt nach *Seiffge-Krenke* (2015) zu einer Semi-Autonomie sowie Verschiebungen in objektiven Markern des Erwachsenenalters (Heirat, Berufseintritt, Familiengründung). Dies wird begünstigt durch die parallel hierzu vorhandene Tendenz einer längeren Beelterung durch die Erziehungsberechtigten, die von einem übertriebenen Maß an Unterstützung geprägt und oftmals mit eigenen Trennungsängsten verbunden ist (*Seiffge-Krenke* 2015).

Von den Heranwachsenden selbst wird nach *Arnett* (2004) subjektiv ein „Dazwischensein“ („age of feeling in-between“) wahrgenommen, welches ständig neue innere Fragen nach Standort und Ausrichtung aufwirft. Am Ende der von Instabilität geprägten zweiten „Phase raschen Wachstums grundlegenden Lernens“ (*Dahl* u.a. 2018, S. 441) und damit auch einer von neurobiologischen Besonderheiten (Pruning der Synapsen und damit Umorganisation des Gehirns hormonelle Entwicklung etc.) geprägten Entwicklung sollten jedoch idealerweise die Übernahme von Selbstverantwortung, das Treffen unabhängiger Entscheidungen und die finanzielle Unabhängigkeit stehen (*Arnett/Padilla-Walker* 2015). Und: „Das Dilemma beim Erwachsenwerden ist ja, dass man erst dann für sich weiß, was es heißt, ein Erwachsener zu sein, wenn man bereits einer geworden ist“ (*Koch* 2016, S. 28). Aus verschiedenen Perspektiven kann der Endpunkt der Adoleszenz nur schwer definiert werden, während er biologisch häufig mit dem Erreichen einer endgültigen erwachsenen Größe oder der reproduktiven Reife gleichgesetzt wird (*Dahl* u.a. 2018).

3 Psychische Erkrankungen und Realitäten in der Versorgung

Fast die Hälfte aller psychischen Erkrankungen treten erstmals im Teenageralter auf, ein guter Teil von ihnen neigt zur Chronifizierung, was mit entsprechenden Einschränkungen der Bewältigung altersangemessener Entwicklungsschritte einhergehen kann. Ergebnissen einer großen prospektiven Longitudinalstudie (Great Smoky Mountains Study) zufolge, müssen sich hierbei die jeweiligen Störungen rückblickend gar nicht zur Gänze manifestiert oder aber nach einer Ersterkrankung weiterbestanden haben, um nicht doch umfassende Auswirkungen auf zahlreiche Lebensbereiche zur Folge haben zu können (*Costello/Copeland/Angold* 2016). Zudem nimmt mit den Jahren die Komplexität comorbider Störungen auch im Sinne möglicher weiterer Belastungen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Lebensqualität zu. Hier wurde der Begriff der „sequentiellen Comorbidität“ geprägt, welcher eindrücklich am Beispiel von Angststörungen dargestellt werden kann (*Ströhle/Gensichen/Demscke* 2018). Behandlungsverläufe vor allem während der Adoleszenz zeigen, dass auch psychiatrische Diagnosen sich verändern können, was im Hinblick auf eine angemessene Therapie die regelmäßige Überprüfung ersterer notwendig macht (*Collins/Muñoz-Solomando* 2018).

Ungeachtet der Tatsache, dass ca. 20 Prozent aller Kinder und Jugendlichen unter psychischen Erkrankungen leiden oder von Verhaltensproblemen betroffen sind, kommt es im Falle einer weiteren Behandlungsbedürftigkeit im Alter von 18 Jahren häufig zu Behandlungsabbrüchen.

3.1 Unterschiede in der Versorgung

Oftmals sind die Heranwachsenden durch einen abrupten Wechsel von einem Versorgungssystem ins andere massiv überfordert, wenn dieser ihrem Reifungsstand und ihren individuellen Entwicklungsvoraussetzungen nicht ausreichend gerecht wird und subjektiv mit einem eher „harten Aufprall“ verbunden ist.

Dies liegt wesentlich darin begründet, dass sich die Vorgehensweisen und Personalausstattung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie beträchtlich unterscheiden. Während erstere im Rahmen einer berufsgruppen- und methodenübergreifenden (so genannten multimodalen) Therapie Eltern, gegebenenfalls Geschwister und das weitere Lebensumfeld sowie Entwicklungs- und Bildungsziele einbezieht und auch pädagogische Unterstützung (z.B. in Form von Elterntrainings) anbietet, liegt der erwachsenenpsychiatrische Fokus auf der Arbeit mit dem Patienten selbst. Angehörige werden nur auf dessen Wunsch einbezogen; ein pädagogischer Auftrag besteht nicht. Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, die Medikamente häufig im „off-label use“ anwenden muss und damit den Sorgeberechtigten (auch in diesem Zusammenhang) eine entsprechende Verantwortung überträgt, sind die im Erwachsenenalter verordneten Medikamente meist zugelassen (Fegert u.a. 2016; Geißelmann 2017).

3.2 Stolperstellen und Grenzen

Entgegen den Bedürfnissen der Betroffenen ist das Bestehen einer Behandlungskontinuität und damit die Möglichkeit eines gezielten und gelungenen Übergangs von einem Versorgungssystem ins andere mitnichten eine Selbstverständlichkeit. Dies liegt zum einen an infrastrukturellen äußeren Voraussetzungen (wie z.B. der Finanzierung der Versorgungsleistungen), zum anderen jedoch an einer „kulturellen Trennung“ (Broad u.a. 2017, McLaren u.a. 2013) sowie unterschiedlichen „Philosophien“ (Mulvale u.a. 2016) innerhalb der beiden Systeme.

Darüber hinaus fällt auf der persönlichen Ebene häufig der Abschied schwer. Ähnlich wie bei chronischen körperlichen Erkrankungen wie z.B. dem Typ I-Diabetes entwickeln Familien mit früh psychisch erkrankten Kindern eine enge Bindung an ihre Behandelnden in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Dies hat zur Folge, dass – nicht selten auch durch die etablierten Beziehungen zu TherapeutInnen begünstigt – ein Wechsel oftmals subjektiv kaum oder nur sehr schwer vorstellbar ist und deshalb „bis zur letzten Minute“ herausgezögert wird. Konkret beschrieben sind die Angst vor dem Verlust von klinischen Beziehungen sowie vor weniger Unterstützung im Bereich der erwachsenenpsychiatrischen Versorgung (Broad u.a. 2017; O’Loughlin 2012).

Zu bedenken ist ebenfalls, dass formal mit dem Eintritt der Volljährigkeit im Alter von 18 Jahren eine eindeutige Grenze definiert ist, die in Deutschland zumindest bezogen auf den stationären Kontext eine Behandlung im Erwachsenenbereich fordert, während im Sozialrecht der Jugendhilfe Hilfen zur Erziehung und Eingliederungshilfen für seelisch Behinderte oder von seelischer Behinderung bedrohte junge Menschen bis zum 21. und in Ausnahmefällen sogar bis zum 27. Lebensjahr möglich sind (§41 SGBVIII; siehe auch Fegert u.a. 2016).

Somit werden Grenzen an manchen Stellen eher unscharf wahrgenommen oder vergleichsweise großzügig gesetzt und ist sicherlich für Heranwachsende und ihre Angehöri-

gen eine klare Trennung der gegebenen Strukturen nicht wirklich nachvollziehbar vorhanden, während sie in anderen Zusammenhängen als unumstößlich gegeben akzeptiert werden müssen.

3.3 Fehlende Richtlinien

Die häufig fehlende direkte Verbindung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie findet sich nicht nur in Deutschland, sondern viel mehr europaweit im Kontext der Transition. Wie eine Befragung in 28 Ländern im Rahmen eines umfassenden Forschungsprojektes zur Transition (MILESTONE = Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare; siehe auch <https://www.milestone-transitionstudy.eu>; Tuomainen u.a. 2018, Singh u.a. 2017) ergab, waren zum Erhebungszeitpunkt lediglich in zwei (UK und Dänemark) schriftliche nationale und/oder regionale Richt- bzw. Leitlinien für das Management des Übergangs von Kinder- und Jugendpsychiatrie in das Versorgungssystem für Erwachsene für Patienten vorhanden. Vier Länder (Zypern, Dänemark, Spanien und UK) verfügten über schriftliche nationale und/oder regionale Strategien oder Leitlinien zur Handhabung der Schnittstelle zwischen den Systemen, während in 17 von 28 Ländern (60%) keine spezielle Übergangsplanung vorhanden war (Signorini u.a. 2017).

3.4 Transition: Varianten und Voraussetzungen

Transition muss nicht grundsätzlich eine unmittelbare und vor allem längerfristige Weiterbehandlung im Versorgungsbereich der Erwachsenen bedeuten; sie kann auch im Anschluss an einen Übergang im Falle einer ausreichenden Stabilisierung in eine (vorläufige) Beendigung der Therapie münden oder zunächst „Umwege“ über andere Institutionen aus dem Versorgungsbereich des Jugendalters oder beispielsweise Hausärzte nehmen. Dies zeigte auch ein systematischer Review durch Appleton u.a. (2019), der belegen konnte, dass innerhalb der 10 in die Auswertung eingeschlossenen Kohorten letztlich nur ein Viertel der Heranwachsenden einen Übergang in die Erwachsenenpsychiatrie vollzogen hatte, während ein weiteres Viertel der Patienten zunächst in der Kinder- und Jugendpsychiatrie verblieben war (entweder aufgrund fehlender Überweisung oder aufgrund nicht vollzogener Weiterbehandlung im Anschluss an eine Überweisung); die übrigen 50 Prozent nahmen jeweils sehr unterschiedliche Wege und hatten teilweise mehrere Übergänge durchlaufen (Appleton u.a. 2019).

Die objektive Feststellung des Transitionsbedarfs wird bislang als methodisch schwierig beschrieben und hierzu vorliegende Zahlen entsprechen eher vorsichtigen Einschätzungen. Eine österreichische Pilotstudie durch Pollak u.a. (2018) kam zum Ergebnis, dass im Kinder- und Jugendbereich tätige ExpertInnen ca. 45 Prozent ihrer Patienten als weiterbehandlungsbedürftig in der Erwachsenenpsychiatrie sehen.

Die weitere Entwicklung eines jungen Menschen hängt also aufgrund der bereits dargestellten systemimmanenten Strukturprobleme sowie bisher fehlender, konsensueller Vorgaben bis dato überdurchschnittlich stark vom klinischen Urteilsvermögen (und auch persönlichen Engagement) des jeweiligen Therapeuten ab.

Dessen Einschätzung bezieht jedoch in der Regel bisher noch nicht in strukturierter Weise die für den Übergang relevanten Faktoren wie z.B. den Schweregrad der Symptomatik, die Motivation des Patienten hinsichtlich seiner weiteren psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung sowie wichtige individuelle Schutz- und Risikofaktoren ein (*Hendricx u.a. 2020, Lamb/Murphy 2013*).

Zwei aktuell vorgelegte (auch deutschsprachig vorliegende) standardisierte Erhebungsinstrumente zur Transitionsbereitschaft (TRAM = Transition Readiness and Appropriateness Measure) sowie zum Transitionsprozess (TROM = Transition Related Outcome) (*Santosh u.a. 2020a, Santosh u.a. 2020b*) könnten diese Lücke schließen und zum Verständnis und zur Verbesserung genannter Abläufe beitragen sowie als Entscheidungshilfe für Kliniker dienen.

3.5 Wunsch nach Autonomie, Beziehungs- und Behandlungskontinuität

Ungeachtet ihrer psychischen Erkrankung und möglicher Reifungsdefizite wollen junge Menschen in ihren Autonomiebedürfnissen wahrgenommen werden. Oftmals jedoch fühlen sie sich gerade im Hinblick auf einen in Planung befindlichen Transitionsprozess schlecht versorgt im Sinne einer fehlenden Einbeziehung in wichtige Entscheidungsprozesse (siehe auch *O'Hara u.a. 2020*) oder leiden unter den häufig mit einem Wechsel verbundenen langen Wartezeiten.

Ausgerechnet in der Altersgruppe der 18- bis 25-Jährigen sind die hiermit verbundenen negativen Auswirkungen offenbar höher als bei Älteren (*Sánchez-Ortiz u.a. 2010*): handelt sich doch just um die Lebensphase, in der viele von ihnen mit dem Studium oder der Berufsausbildung beginnen und damit unter Umständen der besonderen Unterstützung bedürfen würden, um den sich verändernden Anforderungen des Lebens (insbesondere auch im Zusammenhang mit der Erkrankung) gerecht zu werden. Findet hier – neben der offensichtlich über zahlreiche Störungsbilder hinweg bestehenden verzögerten Suche nach professioneller Hilfe in dieser Altersgruppe (*Spence/Owens-Solari/Goodyer 2016*) – zudem ein Missmanagement in den Behandlungsübergängen statt, kann dies einem Regierungsbericht aus UK zufolge zum Rückzug, zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder gar zum Tod beitragen (*Parliamentary and Heath Service Ombudsman 2017; Potterton u.a. 2020*).

An erster Stelle steht ganz unumstritten der Wunsch nach einer stabilen therapeutischen Beziehung, die den Wechsel und Übergang in eine nächste gleichwertige bahnt und begleitet. Ergebnisse einer thematischen Synthese über 18 qualitative Studien zum Thema Transition in der Psychiatrie durch *Broad u.a. (2017)* benannten explizit das Vorhalten flexibler Übergangszeiten (anstelle von abrupten Wechseln), individualisierter Übergangspläne und einer Behandlungskontinuität auf Beziehungsebene („Relational care continuity“) als positive Faktoren während des Übergangs. Für die „Post-Transitions-Phase“ wurden durch die befragten jungen Menschen Autonomie im Hinblick auf Behandlungsentscheidungen, die Wahlmöglichkeit hinsichtlich einer Elternbeteiligung sowie eine Kontinuität von Informationen im Sinne eines Teilens klinischer Details zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie gefordert (*Broad u.a. 2017*).

Dennoch setzt sich die erlebte Diskrepanz zwischen Erwartungen und Realität bis ins junge Erwachsenenalter fort: Eine norwegische Verlaufsstudie (vier Befragungen innerhalb eines Jahres) zur Behandlungskontinuität zeigt, dass sich die neun befragten 18-

30-Jährigen häufig hin- und hergeschoben zwischen den verschiedenen Institutionen und Anlaufstellen (*Ådnes/Steihaug* 2017) fühlen. Dies steht klar im Gegensatz zu ihren Bedürfnissen nach Erklärungen von Seiten der Versorger, einer Vorhersehbarkeit und Stabilität (im Vorankommen) und entspricht nicht dem definierten politischen Ziel eines kohärenten Miteinanders der Versorgungssysteme (*Ådnes/Steihaug* 2017).

3.6 Verunglückende Übergänge versus angemessene Begleitung

Auf individueller Ebene ist im Falle eines verunglückenden Übergangs mit dem Risiko eines kompletten Rückzugs aus der Behandlung dasjenige einer Verschlechterung des Langzeitverlaufs und der Prognose der jeweiligen Erkrankung einschließlich sämtlicher hiermit verbundener Konsequenzen die weitere Entwicklung betreffend verbunden (siehe auch *McGorry/Yung* 2003).

Hier sind offensichtlich bestimmte Patientengruppen in besonderem Maße betroffen („lost in transition“). So unterbrechen beispielsweise junge Menschen mit ADHS häufig erst einmal ihre medikamentöse Therapie, wenn sie das kinder- und jugendpsychiatrische Versorgungssystem ohne Überleitung verlassen. Hinzu kommt dann unter Umständen in der Folge eine Unterbrechung der Kontinuität ihrer weiteren schulisch-beruflichen Entwicklung, da es bedingt durch Einbrüche im Selbstmanagement zu einem Verlust von Struktur und Selbstorganisation, gepaart mit weiteren Risiken – wie der Manifestation comorbider psychiatrischer Störungen oder aber auch Abhängigkeitsentwicklungen – kommen kann.

Die angemessene therapeutische Begleitung dieser jungen Menschen – bei Bedarf auch mit Hilfe zusätzlicher spezifischer bedürfnisorientierter Techniken, (z.B. Achtsamkeitstraining; siehe auch *Buitelaar* 2017) – stellt eine große Herausforderung für die Behandelnden dar.

Auch Essstörungen fordern, einem Review durch *Potterton* und Kollegen (2020) zufolge, besondere Anpassungen (wie zum Beispiel die therapeutische Beschäftigung mit der Erforschung der eigenen Identität) im jeweiligen Behandlungsregime, wenn sie sich in der Phase der „emerging adulthood“ manifestiert haben, zumal sich feststellen lässt, dass klinische Behandlungen zwar auch bei Erwachsenen Erfolge zeigen, jedoch bei Jugendlichen mit höheren Erfolgchancen verbunden sind (*Potterton* u.a. 2020).

Interdisziplinäre Versorgungseinheiten wie stationäre Bereiche für Adoleszente (wie z.B. in Mannheim oder Hamburg; siehe *Karow* u.a. 2017, *Abzieher* u.a. 2019), Frühbehandlungsambulanzen und -zentren (wie z.B. in Heidelberg; *Kaess* u.a. 2015, *Karow/Luedecke/Sengutta* 2015) oder gemeinsam geplante und durchgeführte Übergänge sind zumindest in Deutschland bisher die Ausnahme und haben zumeist Modellcharakter (siehe auch *Koch-Stoecker/Schulze* 2019).

4 Was bleibt zu fordern?

Zusammenfassend ist zu sagen, dass noch ein weiterer Weg zurückzulegen ist, bis die Transition in der Psychiatrie die qualitative Verbesserung erfahren hat, die sie benötigt.

Zu leisten ist ein beträchtliches Ausmaß an Veränderungsarbeit an den infrastrukturellen sowie sozial-rechtlichen Bedingungen und damit der Finanzierung von Übergängen in

einem für die jungen Menschen angemessenen Tempo. Dies bedingt in erster Linie den Dialog: mit den Heranwachsenden, zwischen den Disziplinen und Berufsgruppen sowie in den politischen Gremien.

Eine gemeinsame Sprache sollte gefunden werden, um das zu ermöglichen, was *Singh* (2010) als Kriterien der optimalen Transition definiert hat:

1. Informationstransfer (Informationskontinuität), d.h. Belege für eine (schriftliche) Übergabe (einschließlich Risikoeinschätzung) von der Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) in die Erwachsenenpsychiatrie (EP);
2. Zeitraum der parallelen Betreuung (relationale Kontinuität): ein Zeitraum der gemeinsamen Arbeit zwischen KJP und EP während des Übergangs;
3. Planung des Übergangs („grenzüberschreitende“ und Team-Kontinuität): mindestens eine gemeinsame Besprechung mit dem Patienten und/oder dem Betreuer/ Sorgeberechtigten und einer wichtigen Fachkraft der KJP und der EP vor dem Wechsel; und
4. Kontinuität der Betreuung (langfristige Kontinuität) – entweder ist der junge Mensch drei Monate nach dem Übergang noch Patient der EP oder wurde nach dem Übergang angemessen entlassen (*Singh* u.a. 2010).

Hier sind jeweils die Fachgesellschaften gefragt, die das Thema sowohl auf politischer Ebene als auch im Hinblick auf die entsprechende Weiterbildung für KollegInnen zu ihrer Sache machen müssen.

In Deutschland veröffentlichten die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) und die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ein entsprechendes Eckpunktepapier (*Fegert* u.a. 2016) und gründeten eine gemeinsame Task-Force Transition. Hier wurden allgemeine, sektoren- und störungsspezifische Lücken im deutschen psychiatrischen Versorgungssystem analysiert, welche einer gelingenden Transition ins erwachsenenpsychiatrische Versorgungssystem entgegenstehen. Zudem gelang es, auch im Rahmen von Arbeitsgruppen spezifische Fragestellungen zu einzelnen Störungsbildern und Behandlungssettings eingehend zu diskutieren und entsprechende Lösungsansätze in Richtung gelungener Transitionsprozesse zu erarbeiten (siehe auch *Banaschewski* u.a. 2019).

Eine der im Rahmen des erwähnten Eckpunktepapiers aufgeführten Schwachstellen ist das Thema Weiterbildung. Diese stellt nicht nur einen wichtigen Aspekt zur Förderung des gegenseitigen (fachlichen) Verständnisses und des Findens einer gemeinsamen Sprache dar. Bisher erwähnen offensichtlich europaweit nur zwei Länder (Großbritannien und Irland) das Thema Transition in ihren entsprechenden Weiterbildungsprogrammen, wobei sich spezifische Ausführungen hierzu lediglich im Curriculum der kinder- und jugendpsychiatrischen Facharztausbildung findet (*Russet* u.a. 2019).

Dem gegenüber steht ein hohes Interesse ärztlicher WeiterbildungskandidatInnen, hier über mehr Wissen verfügen zu wollen. Eine Befragung in 36 Ländern hatte ergeben (*Hendrickx* u.a. 2019), dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt 27 Prozent von ihnen eigenen Angaben zufolge über gute bis sehr gute Kenntnisse zum Übergangsprozess verfügen, während eine theoretische Ausbildung zur Transition nur in 17 Prozent der Länder angegeben wurde, eine praktische hingegen zu 28 Prozent.

Dies lässt für die jungen Menschen hoffen: im Sinne eines umfassenden Umdenkens und Neustrukturierens von Seiten und auf der Ebene der Versorgenden.

5. Fazit

Abschließend bleibt festzuhalten, dass sich die Problemstellungen der Übergänge in der psychiatrischen Versorgung beim Zusammentreffen mit einer verlängerten Jugendzeit deutlich erhöhen. Insbesondere die Förderung und Ermöglichung der Verselbständigung sowie eigenständigen Verantwortungsübernahme auch in der psychischen Erkrankung erfordert von Seiten der Therapeuten und Angehörigen ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Organisation, um im Sinne gegläckter Kommunikation jeweils den rechten Moment zu erkennen, der ein Vorantreiben des Prozesses im Positiven ermöglicht.

Literatur

- Abzieher, P./Lipp, M./Staats, J. H./Banaschewski, T./Driessen, M./Karow, A. (2019): Behandlungsangebote der Adoleszenzpsychiatrie – Ergebnisse einer deutschlandweiten Erhebung. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 87, 11, S. 645-652. <https://doi.org/10.1055/a-1011-4198>
- Ådnanes, M./Steihaug, S. (2017): "You Never Know What Happens Next" – Young Adult Service Users' Experience with Mental Health Care and Treatment through One Year. *International Journal of Integrated Care*, 16, 3, S. 1-11. <https://doi.org/10.5334/ijic.2435>
- Appleton, R./Connell, C./Fairclough, E./Tuomainen, H./Singh S. P. (2019): Outcomes of young people who reach the transition boundary of child and adolescent mental health services: a systematic review. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28 11, S. 1431-1446. <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01307-7>
- Arnett, J. J. (2000): Emerging adulthood: a theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, S. 469-480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>
- Arnett, J. J. (2004): *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties.* – New York.
- Arnett, J. J./Padilla-Walker, L. M. (2015): Brief report: Danish emerging adults' conceptions of adulthood. *Journal of Adolescence*, 38, S. 39-44. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.10.011>
- Banaschewski, T./Fegert, J.M./Freyberger, H./Karow, A./Reif, A./Schaff, C./Voderholzer, U./Driessen, M. (2019): Transitionspsychiatrie – Herausforderungen und Lösungsansätze. *Fortschritte Neurologie Psychiatrie* 87, 11, S. 608-615. <https://doi.org/10.1055/a-1016-3288>
- Broad, K. L./Sandhu, V. K./Sunderji, N./Charach, A. (2017): Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis. *BMC Psychiatry*, 17, 1, S. 380. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>
- Buitelaar J. K. (2017): Optimising treatment strategies for ADHD in adolescence to minimise 'lost in transition' to adulthood. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26, 5, S. 448-452. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000154>
- Collins A./Muñoz-Solomando, A. (2018): The transition from child and adolescent to adult mental health services with a focus on diagnosis progression. *BJPsych Bulletin*, 42, S. 188-192. <https://doi.org/10.1192/bjb.2018.39>
- Costello, E. J./Copeland, W./Angold, A. (2016): The Great Smoky Mountains Study: Developmental Epidemiology in the Southeastern United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51, 5, S. 639-646. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1168-1>
- Dahl, R. E./Allen, N. B./Wilbrecht, L./Suleiman, A. B. (2018): Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective. *Nature*, 554, 7693, S. 441-450. <https://doi.org/10.1038/nature25770>
- Fegert, J. M./Hauth, I./Banaschewski, T./Freyberger, H. J. (2016): Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie. Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN. Online verfügbar unter: [https://www.escap.eu/bestanden/Care%20\(38\)/2016_06_23_eckpunkte_transitions-psychiatrie](https://www.escap.eu/bestanden/Care%20(38)/2016_06_23_eckpunkte_transitions-psychiatrie)

- der adoleszenz und des jungen erwachsenalters_final.pdf, Stand: 28.06.2020.
<https://doi.org/10.1007/s00278-016-0159-3>
- Fegert, J. M./Hauth, I./Banaschewski, T./Freyberger, H. J. (2017): Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie und -psychotherapie. *Psychotherapeut*, 62, 1, S. 34-38.
- Geißelmann, K. (2017): Transitionspsychiatrie: Entwicklungsspezifische Angebote. *Deutsches Ärzteblatt*, 113, S. 27-28.
- Hendrickx, G./De Roeck, V./Maras, A./Dieleman, G./Gerritsen, S./Purper-Ouakil, D./Russet, F./Schepker, R./Signorini, G./Singh, S. P./Street, C./Tuomainen, H./Tremmery, S. (2020): Challenges during the transition from child and adolescent mental health services to adult mental health services. *BJPsych Bulletin*, S. 1-6. <https://doi.org/10.1192/bjb.2019.85>
- Hendrickx, G./De Roeck, V./Russet, F./Dieleman, G./Franic, T./Maras, A./McNicholas, F./Paul, M./Santosh, P./Schulze, U./Singh, S. P./Street, C./Tuomainen, H./Verhulst, F./Wolke, D./Purper-Ouakil, D./Tremmery, S. (2019): Transition as a topic in psychiatry training throughout Europe: trainee's perspectives. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 1, S. 41-49.
<https://doi.org/10.1007/s00787-019-01309-5>
- Kaess, M./Koch, E./Thomann, P. A./Herpertz, S./Resch, F. (2015): Das Heidelberger Frühbehandlungszentrum für junge Menschen in Krisen – ein Modell zur kooperativen Versorgung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63, S. 175-180. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000237>
- Karow, A./Lipp, M./Schweigert, E./Sengutta, M./Wilfang, G./Wittmann, L./Lambert, M./Bindt, C./Gallinat, J./Schulte-Markwort, M. (2017): Alters-, diagnose- und fachübergreifende stationäre Behandlung für Jugendliche und junge Erwachsene (16 – 25 Jahre) in der Adoleszenzpsychiatrie. *Psychiatrische Praxis*, 45, 5, S. 248-255. <https://doi.org/10.1055/s-0043-120249>
- Karow, A./Luedecke, D./Sengutta, M. (2015): Früherkennung von Psychosen – Die Früherkennungsambulanz für psychische Störungen für Jugendliche und junge Erwachsene. *Psychotherapie im Dialog*, 3, S. 38-42. <https://doi.org/10.1055/s-0041-102245>
- Koch, C. (2016): Pubertät war erst der Vorwuschgang. Wie junge Menschen erwachsen werden und ihren Platz im Leben finden. – Gütersloh.
- Koch-Stoecker, S./Schulze, U. (2019): Übergangsmanagement – Probleme und Optimierungsvorschläge aus den Psychiatrischen Institutsambulanzen. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 87, 11, S. 619-623. <https://doi.org/10.1055/a-0972-1166>
- Lamb, C./Murphy, M. (2013): The divide between child and adult mental health services: points for debate. *The British Journal of Psychiatry* 202, 54, S. 41-44. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119206>
- McGorry, P./Yung, A. (2003): Early intervention in psychosis: an overdue reform. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 4, S. 393-398. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01192.x>
- McLaren, S./Belling, R./Paul, M./Ford, T./Kramer, T./Weaver, T./Hovish, K./Islam, Z./White, S./Singh, S.P. (2013): 'Talking a different language': an exploration of the influence of organizational cultures and working practices on transition from child to adult mental health services. *BMC Health Services Research* 13, 1, S. 254. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-254>
- Mulvale, G. M./Nguyen, T. D./Miatello, A. M./Embrett, M. G./Wakefield, P. A./Randall, G. E. (2016): Lost in transition or translation? Care philosophies and transitions between child and youth and adult mental health services: a systematic review. *Journal of Mental Health*, 6, S. 1-10.
- O'Hara, L./Holme, I./Tah, P./Franic, T./Vrljićak Davidović, N./Paul, M./Singh, S. P./Street, C./Tuomainen, H./Schulze, U./McNicholas, F. (2020): A cross-cultural qualitative study of the ethical aspects in the transition from child mental health services to adult mental health services. *Child and Adolescent Mental Health*, 23. <https://doi.org/10.1111/camh.12377>
- O'Loughlin, S. (2012): The transition from child and adolescent to adult services in eating disorders: a qualitative study of service user and carer perspectives. – Glasgow.
- Parliamentary and Health Service Ombudsman (2017): Ignoring the Alarms: How NHS Eating Disorder Services are Failing Patients. Retrieved from:
<https://www.ombudsman.org.uk/sites/default/files/page/ACCESSIBILE%20PDF%20%20Anorexia%20Report.pdf>, Stand: 12.08.2019.

- Pereira, A. S./Willhelm, A. R./Koller, S. H./Almeida, R. M. M. (2018): Risk and Protective Factors for Suicide Attempt in Emerging Adulthood. *Ciencia & Saúde coletiva Journal at the national and international context of scientific communication*, 23, 11, S. 3767-3777.
<https://doi.org/10.1590/1413-812320182311.29112016>
- Pollak, E./Kapusta, N. D./Diehm, R./Plener, P. L./Skala K. (2018): Transitions- und Adoleszenzpsychiatrie in Österreich: Eine Pilotuntersuchung zur Sicht von Expert(innen). *Zeitschrift für Kinder Jugendpsychiatrie Psychotherapie*, 46, 4, S. 325-335. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000559>
- Potterton, R./Richards, K./Allen, K./Schmidt, U. (2020): Eating Disorders During Emerging Adulthood: A Systematic Scoping Review. *Frontiers in Psychology*, 10.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.03062>
- Rietschel, L./Lambert, M./Karow A./Zink, M./Müller, H./Heinz, A./de Millas, W./Janssen, B./Gaebel, W./Schneider, F./Naber, D./Juckel, G./Krüger-Özgürdal, S./Wobrock, T./Wagner, M./Maier, W./Klosterkötter, J./Bechdorf, A., PREVENT study group (2017): Clinical high risk for psychosis: gender differences in symptoms and social functioning. *Early Intervention in Psychiatry*. 11, 4, S. 306-313. <https://doi.org/10.1111/eip.12240>
- Russet, F./Humbertclaude, V./Dielemann, G./Dodig-Curkovic, K./Hendrickx, G./Kovac, V./McNicholas, F./Maras, A./Santosh, P./Paul, M./Schulze, U. M. E./Signorini, G./Street, C./Tah, P./Tuomainen, H./Singh, S. P./Tremmery, S./Purper-Ouakil, D. (2019): Training of adult psychiatrists and child and adolescent psychiatrists in Europe: a systematic review of training characteristics and transition from child/adolescent to adult mental health services. *BMC Medical Education* 19, 204.
<https://doi.org/10.1186/s12909-019-1576-0>
- Sánchez-Ortiz, V. C./Munro, C./Stahl, D./House, J./Startup, H./Treasure, J., Williams, C./Schmidt, U. (2010): A randomized controlled trial of internet-based cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa or related disorders in a student population. *Psychological Medicine*, 41, S. 407-417.
<https://doi.org/10.1017/S0033291710000711>
- Santosh, P./Adams, L./Fiori, F./Davidović, N./de Girolamo, G./Dieleman, G.C./Franić, T./ Heaney, N./Lievesley, K./Madan, J./Maras, A./Mastroianni, M./McNicholas, F./Paul, M./Purper-Ouakil, D./Sagar-Ouriaghli, I./Schulze, U./Signorini, G./Street, C./Verhulst, F.C./Warwick, J./Wolke, D./Singh, J./Tah, P./Tremmery, S./Tuomainen, H./Singh, S.P. (2020a): Protocol for the development and validation procedure of the managing the link and strengthening transition from child to adult mental health care (MILESTONE) suite of measures. *BMC Pediatrics*, 20, S. 167.
<https://doi.org/10.1186/s12887-020-02079-9>
- Santosh, P./Singh, J./Adams, L./Mastroianni, M./Heney, N./Lievesly, K./Sagar,-Ouriaghli, I./ Allibrio, G./Appleton, R./Davidović, N./de Girolamo, G./Dielemann, G./Dodig- Ćurković, K./ Franić, T./Gatherer, C./Gerritsen, S./Gheza, E./Madan, J./Manenti, L./Maras, A./Margari, F./McNicholas, F./Pastore, A./Paul, M./Purper-Ouakil, D./Rinaldi, F./Sakar, V./Schulze, U./Signorini, G./Street, C./Tah, P./Tremmery, S./Tuffrey, A./Tuomainen, H./Verhulst, F./Warwick, J./Wilson, A./Wolke, D./Fiori, F./Singh, S. (2020b): Validation of the Transition Readiness and Appropriateness Measure (TRAM) for the Managing the Link and Strengthening Transition from Child to Adult Mental Healthcare in Europe (MILESTONE) study. *BMJ open*, 10, 6.
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033324>
- Seiffge-Krenke, I. (2015): «Emerging Adulthood»: Forschungsbefunde zu objektiven Markern, Entwicklungsaufgaben und Entwicklungsrisiken. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 63, S. 165-173. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000236>
- Signorini, G./Singh, S. P./Boricevic-Marsanic, V./Dieleman, G./Dodig-Ćurković, K./Franić, T./Gerritsen, S.E./Griffin, J./Maras, A./McNicholas, F./O'Hara, L./Purper-Ouakil, D./Paul, M./Schulze, U./Street, C./Tremmery, S./Tuomainen, H./Verhulst, F./Warwick, J./de Girolamo, G. (2017): Architecture and functioning of child and adolescent mental health services: a 28-country survey in Europe. *Lancet Psychiatry*, 4, 9, S. 715-724. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30127-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30127-X)
- Singh, S.P./Paul, M./Ford, T./Kramer, T./Weaver, T./Mclaren, S./Hovish, K./Islam, Z./Belling, R./White, S. (2010): "Process, outcome and experience of transition from child to adult mental healthcare: multiperspective study", *The British Journal of Psychiatry*, 197, 4, S. 305-312.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075135>

- Singh, S.P./Tuomainen, H./de Girolamo, G./Maras, A./Santosh, P./McNicholas, F./Schulze, U./Purper-Ouakil, D./Tremmery, S./Franić, T./Madan, J./Paul, M./Verhulst, F.C./Dieleman, G.C./Warwick, J./Wolke, D./Street, C./Daffern, C./Tah, P./Griffin, J./Canaway, A./Signorini, G./Gerritsen, S./Adams, L./O'Hara, L./Aslan, S./Russet, F./Davidovic, N./Tuffrey, A./Wilson, A./Gatherer, C./Walker, L. (2017): A Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). *BMJ open*, 7, 10.
- Spence, R./Owens-Solari, M./Goodyer, I. (2016): Help-seeking in emerging adults with and without a history of mental health referral: a qualitative study. *BMC Research Notes*, 9, S. 415. <https://doi.org/10.1186/s13104-016-2227-8>
- Stangl, W. (2020): Stichwort: 'Transition'. Online Lexikon für Psychologie und Pädagogik. Online verfügbar unter: <https://lexikon.stangl.eu/21360/transition/>, Stand 28.06.2020.
- Streeck-Fischer, A./Fegert J. M./Freyberger, H. J. (2009): Gibt es Adoleszenzkrise? In: Fegert, J. M./Streeck-Fischer, A./Freyberger, H. J. (Hrsg.): *Adoleszenzpsychiatrie*. – Stuttgart/New York, S. 183-189.
- Ströhle, A./Gensichen, J./Domschke, K. (2018): Diagnostik und Therapie von Angsterkrankungen. *Deutsches Ärzteblatt*, 115, S. 611-620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Tuomainen, H./Schulze, U./Warwick, J./Paul, M./Dieleman, G.C./Franić, T./Madan, J./Maras, A./McNicholas, F./Santosh, P./Signorini, G./Street, C./Tremmery, S./Verhulst, F.C./Purper-Ouakil, D./Wolke, D./Singh, S. P. (2018): Managing the link and strengthening transition from child to adult mental health Care in Europe (MILESTONE): background, rationale and methodology. *BMC Psychiatry*, 18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1758-z>