



# **Realitätsnahe Behandlung: tagesklinische Behandlung von Jugendlichen**

Michael Kölch  
Eröffnungssymposium TK KFH  
27.2.2015

# COI

---

- Projektförderung: BMBF, BA, Schweizer Bundesamt für Justiz, Servier
- Mitarbeit in klinischen Studien: Eli Lilly, Astra Zeneca, Janssen-Cilag, Lundbeck, Pascoe
- Projektbezogene Beratung: Novartis, Lundbeck
- Reisebeihilfen/Vortragshonorare: DGKJPP, BAG, UCB, Janssen-Cilag, Shire, Lundbeck, Bayer und diverse gemeinnützige Organisationen
- Autorenhonorare von Springer, Beltz, Juventa, Schattauer
- Keine Aktien, keine Beteiligungen an Pharmafirmen
- Weiterbildungsbevollmächtigter am IVB Berlin
- Angestellter von Vivantes Berlin und Uniklinikum Ulm
- Mitglied der SAG Psychiatrie bei der EMA, Kinderarzneimittelkommission; Kommission Jugendhilfe und Kommission Ethik der KJP-Verbände
- Verbände: DGKJP, BAG, AACAP, AGNP, ECNP

# Gliederung

---

- Wie verändert sich die KJP und die Bedürfnisse der Patienten
- Wie sehen Behandlungsangebote heute aus - wer ist die Zielgruppe
- Persönlichkeitsstörungen: multimodale Therapie

# KJPP: Abnahme der Zielgruppe?

---

- Statistische Bundesamt: 12. koordinierte Bevölkerungsvorausrechnung auf Basis Zensus 2008
- Bevölkerungsvorausrechnung bis 2060:

Veränderung im Bereich <20 jähriger:

2008: 19% der Bevölkerung

2060: 16% der Bevölkerung

-> Rückgang von 15,6 Millionen auf 10,1 Millionen Menschen unter 20 J prognostiziert

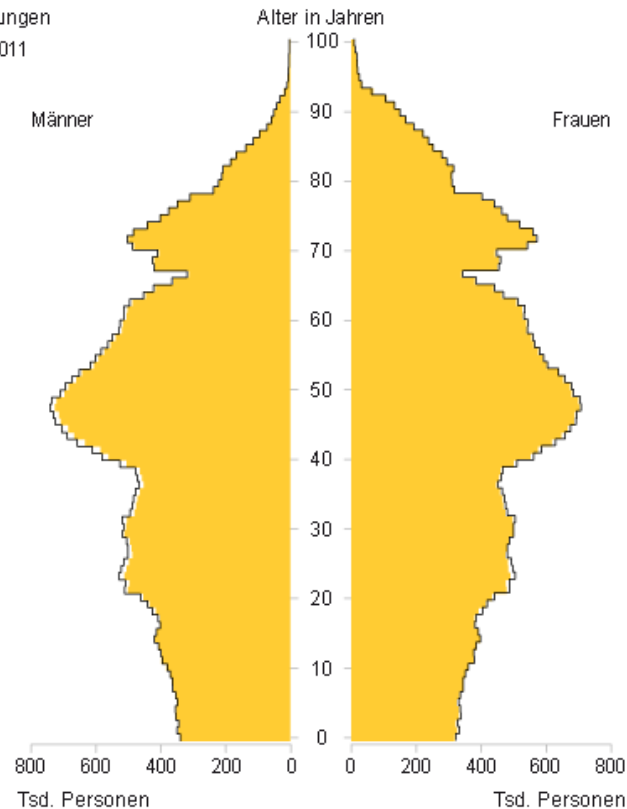
# Stat.BA 2014: Keine Veränderung bei unter 18J gegenüber früher – Basis: Zensus 2011

## Altersaufbau der Bevölkerung in Deutschland 2011

auf Grundlage

früherer Zählungen

des Zensus 2011

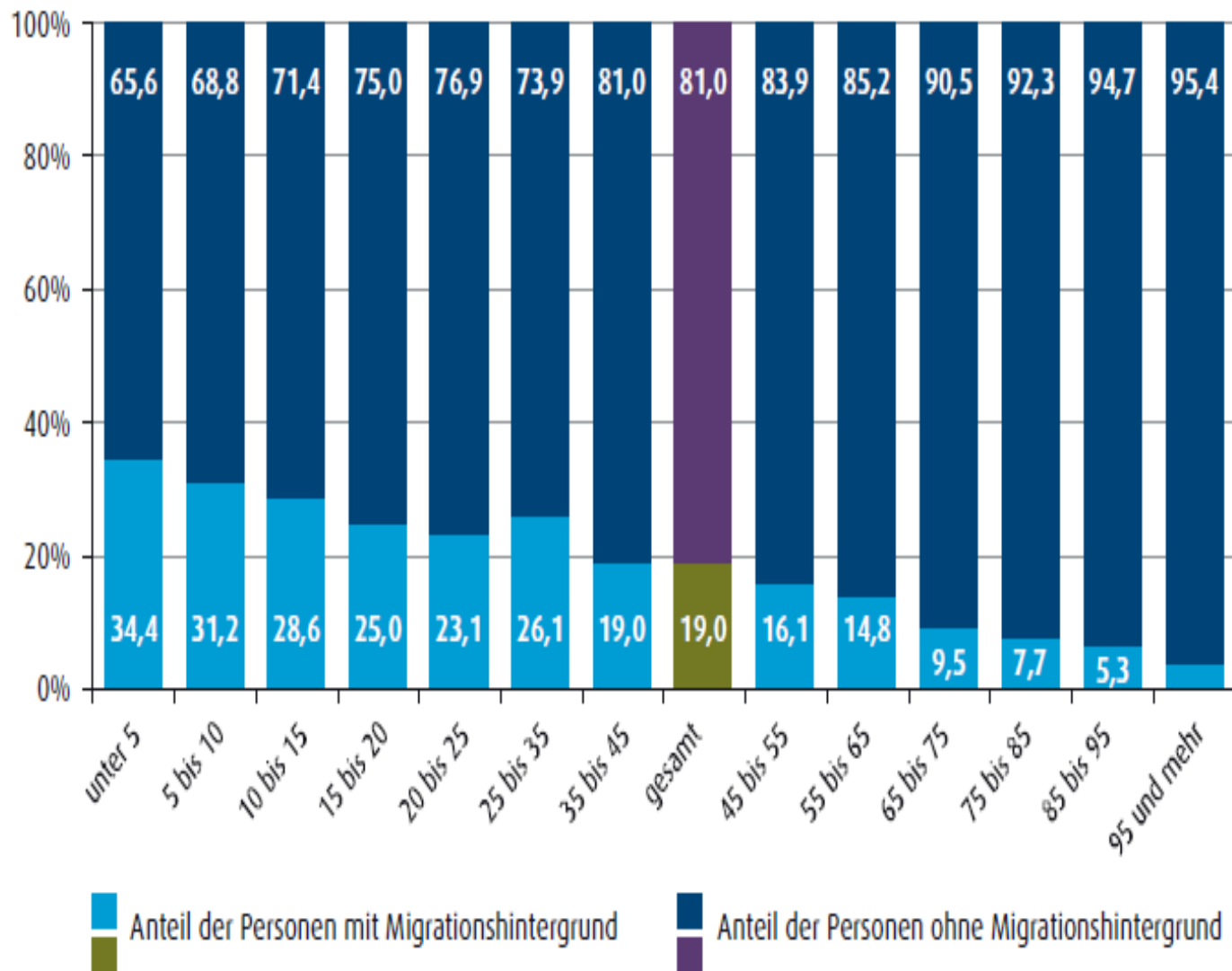


© Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2014

Insgesamt 1,5 Mio Menschen weniger als zuvor angenommen.

Abnahme überwiegend bei den mittleren Jahrgängen;

Abb. 4.1 Bevölkerung nach Migrationshintergrund in Altersgruppen 2008



Aus:

Jahresgutachten 2010,  
Sachverständigenrat  
deutscher Stiftungen  
für Integration und  
Migration

Jugendliche aus Familien mit **niedrigem Sozialstatus haben ein 3- bis 4-fach erhöhtes Risiko** für psychische Auffälligkeiten gegenüber Gleichaltrigen mit hohem Sozialstatus (Lampert, Kurth 2007).

KiGGS Welle 1: Zusammenhang hat sich in den letzten Jahren nicht verändert (Hölling et al. 2014).

Trotz erhöhter Nichtteilnahme von Familien mit Migrationshintergrund und Familien mit niedrigem Sozialstatus (Lange et al. 2014).

## Niedriger SES:

sign. gegenüber höheren benachteiligt,  
emotional: verschlechtert

**Tab. 5** Mittelwerte und Standardfehler des SDQ-Gesamtproblemwerts und der Subskalen nach Erhebungszeitraum und Sozialstatus

SDQ (Subskala)	Sozialstatus								
	Niedrig			Mittel			Hoch		
	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) <sup>a, b</sup>	KiGGS Welle 1 (2009–2012) <sup>c</sup>	<i>p</i> -Wert <sup>d</sup>	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) <sup>a, b</sup>	KiGGS Welle 1 (2009–2012) <sup>c</sup>	<i>p</i> -Wert <sup>d</sup>	KiGGS-Basiserhebung (2003–2006) <sup>a, b</sup>	KiGGS Welle 1 (2009–2012) <sup>c</sup>	<i>p</i> -Wert <sup>d</sup>
M (SE)	M (SE)		M (SE)	M (SE)		M (SE)	M (SE)		
Gesamtproblemwert	10,4 (0,15)	10,9 (0,28)	0,069	8,4 (0,07)	8,6 (0,10)	0,111	6,8 (0,08)	6,9 (0,10)	0,603
Emotionale Probleme	2,2 (0,06)	2,6 (0,10)	<0,001	1,8 (0,03)	2,0 (0,03)	<0,001	1,5 (0,03)	1,6 (0,04)	0,509
Verhaltensprobleme	2,4 (0,04)	2,6 (0,08)	0,055	2,0 (0,02)	2,1 (0,03)	<0,001	1,7 (0,03)	1,8 (0,03)	0,008
Hyperaktivität	3,8 (0,07)	3,8 (0,11)	0,727	3,2 (0,03)	3,2 (0,04)	0,415	2,5 (0,04)	2,5 (0,04)	0,249
Peer-Probleme	2,0 (0,04)	2,0 (0,08)	0,622	1,4 (0,02)	1,3 (0,03)	<0,001	1,1 (0,03)	1,0 (0,03)	0,001
Prosoziales Verhalten	7,6 (0,05)	8,1 (0,07)	<0,001	7,8 (0,02)	8,3 (0,03)	<0,001	7,9 (0,03)	8,4 (0,03)	<0,001

<sup>a</sup>Altersstandardisiert auf den Bevölkerungsstand zum 31.12.2010

<sup>b</sup>KiGGS-Basiserhebung:  $N_{(ungewichtet)} = 14.330$

<sup>c</sup>KiGGS-Welle 1:  $N_{(ungewichtet)} = 10.335$

<sup>d</sup>ANOVA nach dem Allgemeinen Linearen Modell

Hölling et al. 2014



# Zusatzrisiko: Einelternfamilie und Stieffamilie

**Tab. 3** Bedeutung der Familienform für ausgewählte Gesundheitsparameter. Ergebnisse binär logistischer Regressionen (gewichtete Odds Ratio, 95 %-Konfidenzintervalle, p-Werte)

Gesundheits-outcome	Familien-form	Modell 1 (Adjustiert für Alter, Ge- schlecht, Wohnregion)			Modell 2a (Adjustiert für Alter, Ge- schlecht, Wohnregion, Sozialstatus)			Modell 2b (Adjustiert für Alter, Ge- schlecht, Wohnregion, familiäres Miteinander)			Modell 3 (Adjustiert für Alter, Ge- schlecht, Wohnregion, Sozialstatus, familiäres Miteinander)		
		OR	95 %-KI	p-Wert	OR	95 %-KI	p-Wert	OR	95 %-KI	p-Wert	OR	95 %-KI	p-Wert
Allgemeiner Gesundheits-zustand (mit-telmäßig bis sehr schlecht)	Kernfamilie	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
	Eineltern-familie	1,35	(0,98–1,87)	n.s.	1,10	(0,78–1,56)	n.s.	1,39	(0,99–1,96)	n.s.	1,12	(0,78–1,62)	n.s.
	Stieffamilie	1,31	(0,88–1,95)	n.s.	1,28	(0,85–1,92)	n.s.	1,28	(0,85–1,94)	n.s.	1,25	(0,82–1,91)	n.s.
Chronische Krankheit	Kernfamilie	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
	Eineltern-familie	1,45	(1,15–1,83)	**	1,52	(1,20–1,93)	***	1,45	(1,14–1,85)	**	1,53	(1,20–1,96)	***
	Stieffamilie	1,07	(0,81–1,42)	n.s.	1,06	(0,80–1,40)	n.s.	1,08	(0,82–1,42)	n.s.	1,06	(0,80–1,40)	n.s.
Emotionale und Verhal-tensprobleme (SDQ-Gesamt-problemwert)	Kernfamilie	Ref.			Ref.			Ref.			Ref.		
	Eineltern-familie	2,31	(1,68–3,17)	***	1,72	(1,24–2,37)	**	2,20	(1,60–3,04)	***	1,62	(1,17–2,26)	**
	Stieffamilie	2,62	(1,84–3,71)	***	2,55	(1,79–3,64)	***	2,42	(1,69–3,46)	***	2,36	(1,63–3,41)	***

Rattay et al 2014

## BELLA-Studie (2014)

---

Neue Längsschnitt-Ergebnisse  
(Ravens-Sieberer et al 2014, e-pub):

Von 2.862 untersuchten Kindern/Jugendlichen 7-17 Jahre:

- 74 % blieben über 6 Jahre symptomfrei
- 16 % remittierten
- 3 % persistierende psychische Störungen
- 7 % akute oder rezidivierende psychische Störungen

## Behandlung stationär? Ambulant? Überhaupt?

---

- Laut *KIGGS-Survey 2007* wurden nur 50 % der erkrankten Kinder adäquat behandelt – Inanspruchnahmebarriere v.a. in Hochrisikogruppen
- BELLA-Studie 2014 (Ravens-Sieberer et al. 2014, e-pub):  
Behandlungsquoten
- Akute oder rezidivierende psychiatrische Störung: 33 %
- Dauerhafte psychiatrische Störung: 63,9 %

# Veränderungen Fazit für die klinische Praxis

---

- Hohe Krisenquote:
- Hoher Anteil von selbstverletzendem Verhalten und Suizidalität
- Hoher Anteil von Jugendlichen mit Vorgeschichte in Jugendhilfe
- Hoher Anteil von Patienten, die nicht stationär behandelt werden wollen

# Was sind die normalen Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen

---

- **Jugendalter:**
  - Individuationsaufgaben: Entwicklung eigener Lebensziele
  - Definition nicht mehr primär über Familie sondern selbstgewählte Peer-group
  - Entdecken von Sexualität und Partnerschaft
- **Adoleszenz und junges Erwachsenenalter:**
  - Berufs- und Studienwahl
  - Abnabelung von Familie mit Eigenverantwortlichkeit, Auszug aus Elternhaus
  - Stabilisierung von Partnerschaft/Lebensentwürfe

# Symptome und Problem der Differenzierung im Jugendalter

---

unzureichender Affektkontrolle mit ausgeprägten Stimmungsschwankungen und überschießenden, situationsunangemessenen affektiven Reaktionen

→ mangelnde Differenzierungsfähigkeit zwischen Affekten

→ Konflikte zwischen Bedürfnis nach Autonomie und Wünschen nach Nähe (Wechsel zwischen extremen Bindungswünschen und abrupten Beziehungsabbrüchen)

→ impulsives Verhalten (stark promiskuitives Verhalten, suizidale und selbstverletzende Handlungen, exzessiver Alkohol- und Drogenkonsum)

→ Dissoziative Symptomatik

→ Identitätsdiffusion / Störungen der Geschlechtsidentität

# Borderline-Persönlichkeitsstörung Kriterien DSM IV

---

Eine tiefgreifende Muster von Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen, im Selbstbild und in den Affekten sowie von deutlicher Impulsivität.

5 der folgenden 9 Kriterien müssen erfüllt werden:

1. Verzweifeltes Bemühen, tatsächliches oder vermutetes Verlassenwerden zu vermeiden
2. Ein Muster instabiler, aber intensiver zwischenmenschlicher Beziehungen, das durch einen Wechsel zwischen den Extremen Idealisierung und Entwertung gekennzeichnet ist
3. Identitätsstörung: ausgeprägte und andauernde Instabilität des Selbstbildes oder der Selbstwahrnehmung
4. Impulsivität in mindestens zwei potenziell selbstschädigenden Bereichen (Geldausgaben, Sexualität, Substanzmissbrauch, rücksichtsloses Fahren, Fressanfälle)

# Borderline-Persönlichkeitsstörung Kriterien DSM IV

---

5. Wiederholte suizidale Handlungen, Selbstmordandeutungen oder -drohungen oder Selbstverletzungsverhalten
6. Affektive Instabilität infolge einer ausgeprägten Reaktivität der Stimmung (z. B. hochgradige episodische Dysphorie, Reizbarkeit oder Angst, wobei diese Verstimmung gewöhnlich einige Stunden und nur selten mehr als einige Tage andauern)
7. Chronisches Gefühle von Leere
8. Unangemessene, heftige Wut oder Schwierigkeiten, die Wut zu kontrollieren (z. B. häufige Wutausbrüche, andauernde Wut, wiederholte körperliche Auseinandersetzungen)
9. Vorübergehende, durch Belastungen ausgelöste paranoide Vorstellungen oder schwere dissoziative Symptome



# Symptome und „Komorbidität“

---

- Hohe (diagnosebedingte) Komorbidität mit:
  - Affektiven Störungen insbesondere depressive Störungen
  - Selbstverletzendem Verhalten
  - Substanzabusus und Abhängigkeitserkrankungen
  - Essstörungen (Bulimie, BED)
- PTSD

# Ätiologie

---

- pathogener Faktor: Störung in der frühkindlichen Bindung und in der weiteren Objekt- und Selbstinternalisierung bzw. -repräsentation, der Affektentwicklung als Folge der gestörten Resonanz durch die Bezugspersonen bzw. fehlende adäquate Bindung

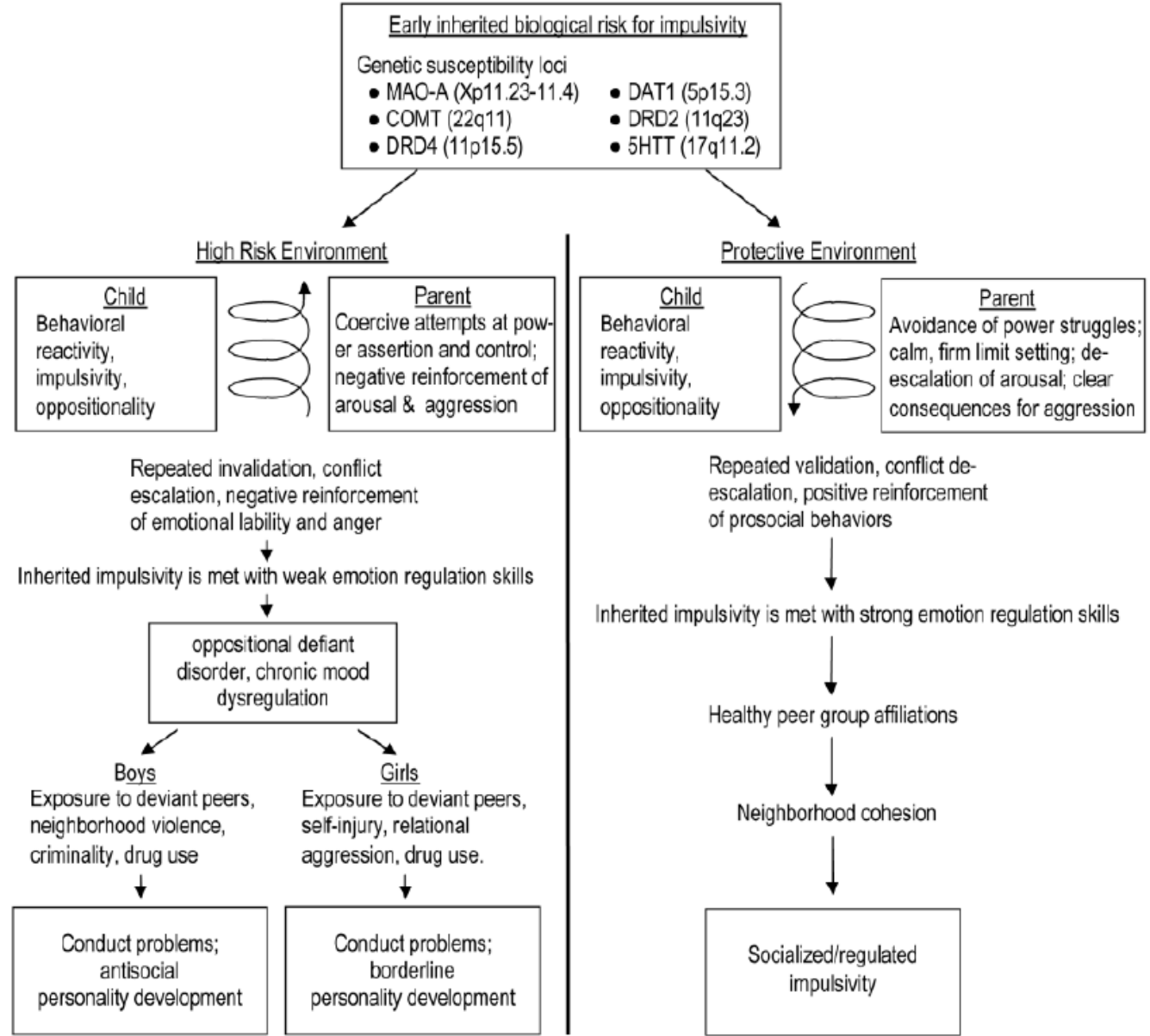
## **Zur Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen prädisponieren:**

- frühkindliche Bindungsstörungen
- Regulationsstörungen
- elterliche psychische Erkrankung in der frühen Kindheit

## **Bei BPD: abnorme psychosoziale Umstände wie**

- (emotionale) Verwahrlosung
- Vernachlässigung
- Körpergrenzen überschreitende Traumata wie Missbrauch

# Modell von Beauchaine et al. 2009



# Und was bedeutet dies für die Behandlung?

---

# Inanspruchnahme Gesundheitssystem und Verordnungen (Cailhol et al. 2013)

---

85 Jugendliche BPD

74 Mädchen, 11 Jungen, Alter  $16.3 \pm 1.4$

75 aus stationärer Behandlung (67%).

Behandlung:

BPD: 67 stationär (79%); 84 (98.4%) ambulant

KG 0 stationär ( $\text{Chi}^2 = 136.01, \text{df} = 1, p < .0001$ ); 1 amb. ( $\text{Chi}^2 = 96.54, \text{df} = 1, p < .0001$ ).

Einnahme psychotroper Medikation: generell: N= 72, 85%; früher: 53; 62.3%; aktuell 65: 76.5%

Aktuell zum Untersuchungszeitpunkt:

18 (21.2%) 1 Psychopharmakon

**38 (44.7%) 2-3 Psychopharmaka**

9 (10.6%) 4 oder mehr

Am häufigsten: Phenothiazin-AP (z.B. Truxal)

42 (49.4%) mind. 1 Benzodiazepin

AD (N= 62; 72.9%) davon: SSRIs: Sertralin (N= 20; 23.5%) und Fluoxetin (N= 18; 21.1%)

31 (36.5%) SGA

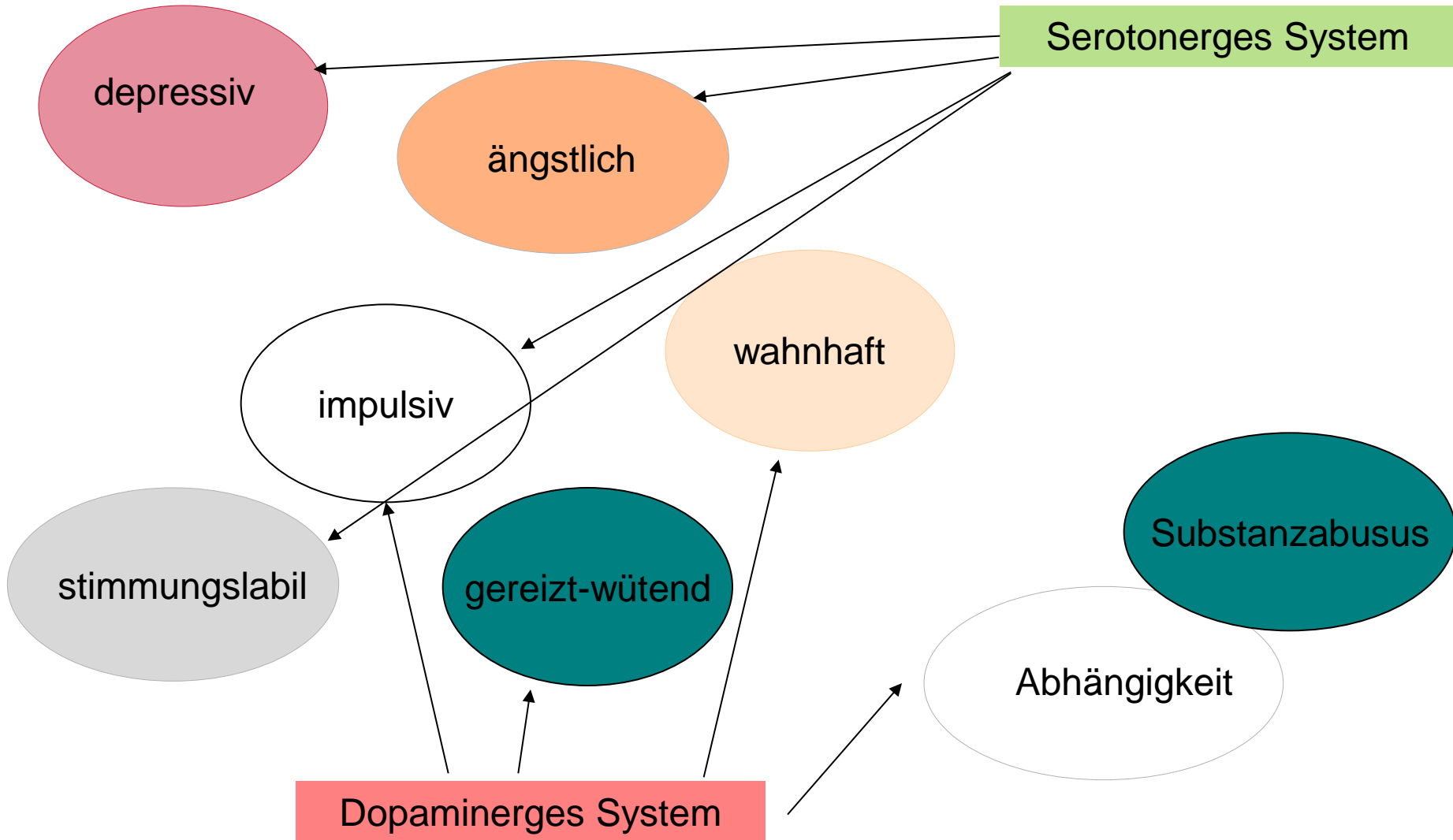
17 (20%) Stimmungsstabilisatoren.

# Generelle Aspekte einer Pharmakotherapie bei BPD

---

- jede Behandlung mit Psychopharmaka bei der BPD erfolgt off-label, da keine Substanz oder kein Arzneimittel zur Behandlung von BPD zugelassen ist
- Die Abwägung zur Pharmakotherapie umfasst:
  - ▶ Identifizierbarkeit einzelner pharmakotherapeutisch beeinflussbarer Symptome
  - ▶ Schwere einzelner Symptome
  - ▶ Eine Risikobewertung hinsichtlich
    - Suizidalität und
    - Missbrauchspotential
  - ▶ Adherenceaspekte

# Symptome mit psychopharmakologischer Relevanz

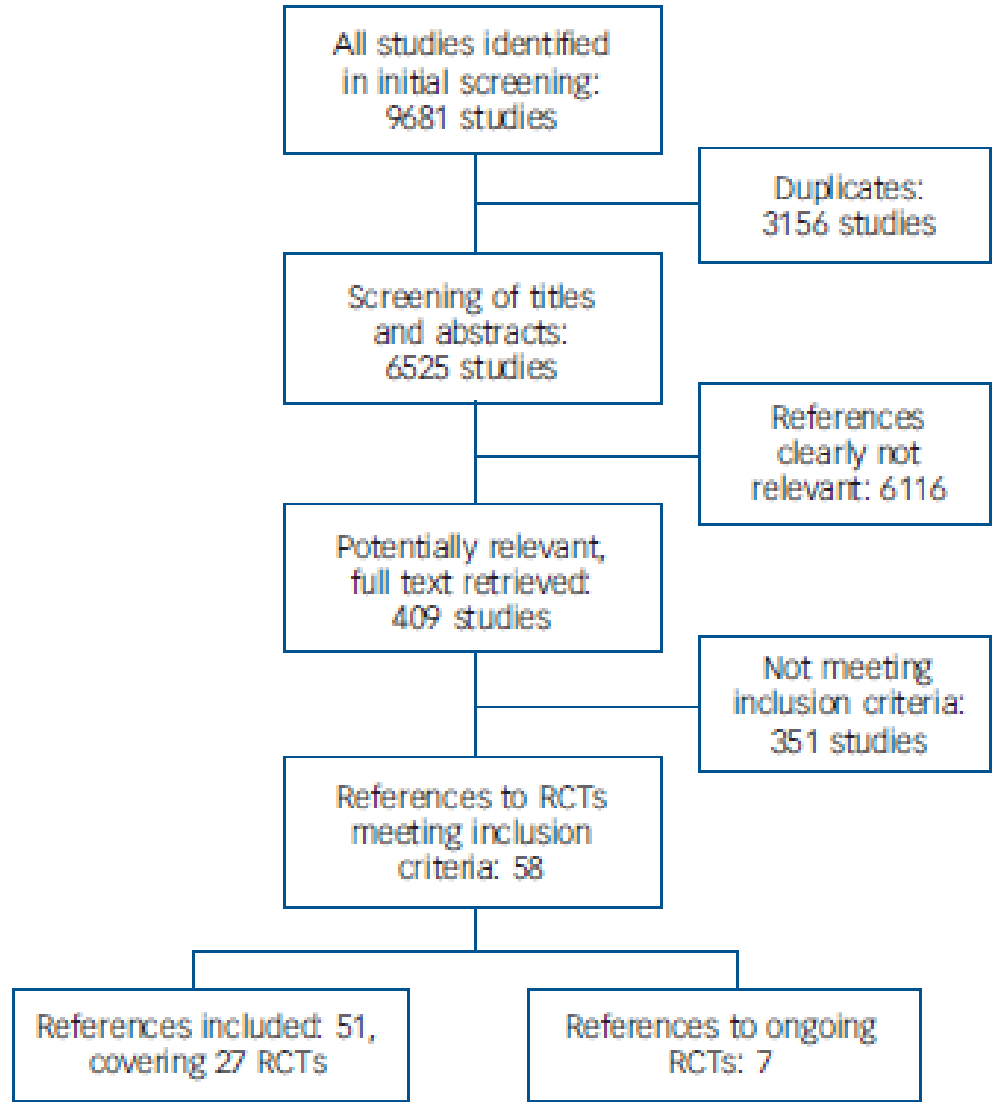


# Depressive Symptome/affektive Probleme

---

- **Depressive Symptome/affektive Probleme**
- BPD: hohe Komorbidität für MDD oder Dysthymie (Zanarini 1998)
- aber: antidepressive Therapie bei BPD weniger erfolgreich (Newton-Jones 2006)
  
- TCA: Gefahr der Überdosierung in suizidaler Absicht
  
- SSRI: wenig Evidenz für Wirksamkeit auf Depressivität bei BPD
  
  
- Gereiztheit - Impulsivität
- SSRI: Wirksam gegen gereizte und ärgerliche Stimmung im Rahmen BPD (Zanarini 2004)
  
- AP: Wirksam bei Impulsivität aber wenig Langzeiteffekte, geringe Adhärenz, hohes metabolisches Risiko





**Fig. 1** Flowchart of study selection (RCT, randomised controlled trial).

# Fazit Lieb et al. 2010

---

- AD:
- SSRI nur wenn manifeste depressive Episode vorliegt, nicht aber bei impulsiver Symptomatik und zur Emotionsregulation
  
- AP:
- SGA: Aripiprazol in einer Studie (N=52) wirksam in der Reduktion zentraler Symptome der BPD, inkonsistente Effekte bei Olanzapin, bei Problemen im kognitiven/Wahrnehmungs- Bereich: Hinweise auf Wirksamkeit von Olanzapin und Aripiprazol
  
- Stimmungsstabilisatoren/mood stabilizer:
- Valproat, Lamotrigin, Topiramamat mit positiven Effekten bei interpersonellen Problemen, Depression, Reduktion im Bereich Gereiztheit
- Keine Effekte: Carbamazepin
- Lamotrigin vs.PBO überlegen bei der Reduktion von Impulsivität
- MS als first line bei affektiven/emotionaler Dysregulation/Stimmungsinstabilität

# Was ist das Ziel bei einer Klinikbehandlung?

---

- Probleme:
  - Patienten kommen oft „krisenhaft“: Settingwechsel kurzfristig entlastend (für Patient und Herkunftssystem)
  - Wiederauftreten bekannter Beziehungsmuster und entsprechender Umweltreaktionen stationär
  - Gefahr der „Pseudobesserung“ und von „Ausstoßungsreaktionen“ stationär: therapeutischer Nutzen eher gering
- Ziele:
  - Stabilisierung für Rückkehr in Herkunftsmilieu oder neues Milieu
  - Vermittlung von Fähigkeiten alternativer Beziehungsgestaltung und affektiver Verarbeitung
  - Übertragung von Fertigkeiten aus dem Klinikalltag in realen Alltag
- Schlussfolgerung:
  - Möglichst alltagsnahe Behandlung mit der Möglichkeit der Übung im realen Leben
  - Tagesklinische Konzepte als realitätsnahe Behandlungsform
  - Fokussierung auf Emotionsregulation

# Evidenzbasierte Psychotherapeutische Interventionen

---

- DBT
- Mentalization based therapy
- Transference-focused PT
  
- allgemeine psychiatrische Betreuung (APA)

# Interventions for Suicide Attempts and Self-Harm in Adolescents: Systematic Review and Meta-Analysis, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 54(2):97-107

---

- Metaanalyse von randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zu spezifischen pharmakologischen, sozialen, oder psychologischen Interventionen (TIs) zur Reduktion von suizidalem und NSSV bei Jugendlichen
- Cochrane, Medline, PsychINFO, EMBASE, and PubMed bis Mai 2014.  
“RCTs comparing specific therapeutic interventions versus treatment as usual (TAU) or placebo in adolescents (through age 18 years) with self-harm were included.”
- “Nineteen RCTs including 2,176 youth were analyzed. TIs included psychological and social interventions and no pharmacological interventions. The proportion of the adolescents who self-harmed over the follow-up period was lower in the intervention groups (28%) than in controls (33%) (test for overall effect  $z = 2.31$ ;  $p = .02$ ). **TIs with the largest effect sizes were dialectical behavior therapy (DBT), cognitive-behavioral therapy (CBT), and mentalization-based therapy (MBT).** There were no independent replications of efficacy of any TI. The pooled risk difference between TIs and TAU for suicide attempts and nonsuicidal self-harm considered separately was not statistically significant.”
- **CONCLUSION: TIs to prevent self-harm appear to be effective. Independent replication of the results achieved by DBT, MBT, and CBT is a research priority.**

*Clinical Study*

# **Dialectical Behaviour Therapy for the Treatment of Emotion Dysregulation and Trauma Symptoms in Self-Injurious and Suicidal Adolescent Females: A Pilot Programme within a Community-Based Child and Adolescent Mental Health Service**

**Keren Geddes,<sup>1</sup> Suzanne Dziurawiec,<sup>2</sup> and Christopher William Lee<sup>2</sup>**

Psychiatry Journal  
Volume 2013, Article ID 145219, 10 pages  
<http://dx.doi.org/10.1155/2013/145219>

# Memel. A quality improvement project to decrease the length of stay on a psychiatric adolescent partial hospital program

J Child Adolesc Psychiatr Nurs 2012, 25(4):207-18

---

## **PROBLEM:**

- Clinicians are challenged to treat adolescents with life-threatening behaviors while accessing fewer mental health resources with increased utilization management pressures.

## **METHODS:**

- Dialectical behavior therapy (DBT) skills training groups were implemented as a quality improvement project to decrease the length of stay on an adolescent psychiatric partial hospital program by reducing potential life-threatening behaviors.

## **FINDINGS:**

- The average length of stay decreased nearly 5 days during the project. Potential life-threatening urges seemed to increase from pretreatment findings while life-threatening actions appeared to decrease.

## **CONCLUSIONS:**

- While the findings were inconclusive regarding the actual effect on life-threatening urges and behaviors, dialectical behavior therapy skills training groups may have positive outcomes on an adolescent psychiatric partial hospital program.

---

Fazit:

- es gibt nicht die “einfache” Lösung in der  
Behandlung

- Behandlungsstrategien müssen vielfältig sein

- Forschungsbedarf enorm:

- was wirkt wirklich?

- wie sehen die Langzeitergebnisse  
aus?





---

# Vivantes

Netzwerk für Gesundheit

**Kliniken für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie, Psychotherapie  
und Psychosomatik**

**Vielen Dank für die Aufmerksamkeit**

