

Zusammenfassung der Argumentation für Psychotherapie im Transitionsalter des KJP Ausschusses der BPtK (Stand Juni 2020):

Der KJP Ausschuss der BPtK befürwortet die Erweiterung der Gebietsgrenzen über das 21. Lebensjahr hinaus, um dem Transitionsaspekt Rechnung zu tragen.

Dabei ist der Rahmen der Erweiterung noch nicht hinreichend diskutiert. Denkbar sind verschiedene Altersspektren: 16/18 bis 24 bzw. 25 oder analog zu SGB VIII bis 27 Jahre.

Derzeit präferiert die Mehrheit der Ausschussmitglieder ein Altersspektrum von 18-27 Jahren, wobei die Diskussion hierzu noch nicht hinreichend geführt wurde.

Eine wichtige, noch zu klärende Frage ist auch, wie mit den neu definierten Altersgrenzen umgegangen werden soll. Das heißt, endet mit diesem Alter die Zuständigkeit der FPT/KJ abrupt oder kann es Ausnahmeregelungen geben und wie wären die zu gestalten.

Bisher diskutierte, beachtenswerte Punkte:

1. Entwicklungspsychologische Betrachtungen:

Junge Erwachsene mit psychischen Störungen haben häufig ein Ersterkrankungsalter in der frühen Jugend. Eine Erweiterung des Altersbereichs für die FPT/KJ über das 21. Lebensjahr ist fachlich erforderlich, um Patienten auch bei „verzögertem Erwachsenwerden“ angemessen zu versorgen. Das zeigen auch Befunde aus dem nicht klinischen Bereich, z. B. aus der Entwicklungspsychologie zur psychosozialen Entwicklung nach der Pubertät.

Die Bewältigung von Entwicklungsaufgaben in einer sich immer schneller entwickelnden und hochkomplexen Gesellschaft, braucht auch unter günstigen Verhältnissen mehr Zeit, um eine ausreichend stabile, erwachsene Identität auszubilden. Viele Familien und damit auch deren Kinder sind gerade in Übergangssituationen mit der Komplexität überfordert, was die Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen begünstigt. Therapeutisch notwendig sind die Initiierung bzw. Förderung von Reifungs- und Nachreifungsprozessen, bzw. die Bearbeitung der Widerstände, die diese verhindert haben.

1. Versorgungsspezifische Betrachtungen:

- KJ-Behandlungen finden i.d.R. unter Einbeziehung der Bezugspersonen statt. Diese Möglichkeit sollte es auch bei der Behandlung von jungen Erwachsenen im Transitionsalter geben.
- Patienten aus der Jugendhilfe profitieren zudem stark von einer therapeutischen Anbindung an eine KJP-Praxis da hier entsprechende Netzwerke bekannt sind und die Arbeit mit Familiensystemen zum Alltag gehört. Diese Ressourcen und Kenntnisse würden einer Behandlung im Transitionsalter verloren gehen, wenn die Patienten zu einem FPT/Erw. wechseln müssten.

- Auch junge Erwachsene, die gerade Eltern geworden sind und selbst noch nicht ausreichend gereift sind, gehören zur originären Patientengruppe von FP/KJ. Hierbei handelt es sich um systemische /analytische Behandlungsansätze der Säuglings-Eltern-Kleinkind-Einheiten, welche mit den Methoden der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie zu behandeln sind. Dies trifft ebenfalls auf junge Eltern zu, deren Kind unter einer Regulationsstörung u. ä. leidet.
- Es gibt bereits heute notwendige Langzeitbehandlungen, in denen der Therapieprozess (u.a. Beziehungsaufbau) im Jugendalter begonnen wurde, ein nachhaltiger Erfolg aber nur dann zu gewährleisten ist, wenn der/die Patient*in bis ins junge Erwachsenenalter bei der /dem gleichen Behandler*in fortgeführt werden kann (Notwendigkeit wird derzeit durch Gutachterverfahren überprüft)
- Die Rezidivprophylaxe ist vor allem nach Langzeittherapien bei schwer erkrankten Patienten eine notwendige Maßnahme zur Aufrechterhaltung der Alltagsfähigkeit und Erhaltung der durch vorangegangener Psychotherapie erreichten Stabilität. Die Rezidivprophylaxe kann über einen längeren Zeitraum gestaltet werden. Bei Bedarf ermöglicht sie auch einen schnellen Zugang zum bisher behandelnden Psychotherapeuten und ggf. die Indikation einer erneut notwendigen Psychotherapie. Diese sollte idealerweise beim selben Psychotherapeuten erfolgen können, auch wenn das Alter von 21 Jahren überschritten ist.
- Unter Versorgungs- und Kostengesichtspunkten ist der Aspekt der Wiederbehandlung zu bemerken: Der Aufbau der Beziehung kann rascher erfolgen, langwierige Explorations- und Anamnesen können durch die Vorbehandlung in vielen Fällen unterbleiben, der/die Therapeut*in erinnert ggf. wichtige Fakten/ Bewältigungsstrategien des Familiensystems des/der Patient*in, die diese bereits „vergessen“ haben und kann dieses Wissen entsprechend therapeutisch nutzen. Das wirkt günstig auf die Behandlungsdauer und – effektivität und ist damit therapeutisch und ökonomisch sinnvoll.

2. Erfahrungen aus anderen Bereichen (z. B. Jugendhilfe; Medizin):

Die Transitionsmedizin, insbesondere die Versorgung chronisch somatisch erkrankter Jugendlicher und junger Erwachsener hat seit einigen Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Es gibt mittlerweile Empfehlungen über Behandlungspfade zu einer guten Überleitung in die Erwachsenenmedizin. Chronisch somatisch Erkrankte haben häufig aufgrund ihrer Erkrankung Entwicklungsverzögerungen in anderen, z.B. psychosozialen Bereichen. Eine fortgeführte Behandlung im jungen Erwachsenenalter bei z.B. Kinder- und Jugendärzten oder auch KJP (zukünftig FPT/KJ) ist förderlich.

Regelungen der Jugendhilfe machen deutlich, dass es in Einzelfällen die Notwendigkeit gibt, Leistungen bis zum 27. Lebensjahr in Anspruch zu nehmen.

3. Kompetenzen:

FPT/KJ benötigen umfangreiche allgemeine und lebensweltbezogene Kenntnisse zu Jugendhilfeangeboten und andere Hilfeeinrichtungen, die für die optimale Versorgung im Transitionsalter erforderlich sind. Gerade hier ergeben sich zahlreiche Schnittpunkte zu weiteren Kooperationsstellen wie z. B. Berufsbildung, Behindertenhilfe, Jugendgerichtshilfe, Reha-Maßnahmen, weitere medizinische Fachbereichen (Logopädie, Ergotherapie, Facharztpraxen) und unterschiedliche Fachbereiche der Jugendhilfe wie ambulante Hilfen, stationäre und teilstationäre Hilfen, Pflegekinderwesen, Adoptionskinderwesen, welche in das Altersspektrum der Transition hineinragen können. Hierfür sind Wissen über die gesetzlichen Grundlagen, zu Ansprechpartnern der Netzwerke und bestehende Strukturen von enormer Bedeutung für eine adäquate Behandlung von Kindern und Jugendlichen, auch – um nicht zu sagen insbesondere – zur Unterstützung und Vorbereitung der Heranwachsenden mit psychischen Problemen auf die Bewältigung der Entwicklungsaufgaben im jungen Erwachsenenalter.

4. Kontinuitätsgründe:

Bereits behandelte Jugendliche suchen bei erneut auftretenden Problemen häufig den Kontakt zum damaligen vertrauten Behandler. Dies nimmt die Schwellenangst, Hilfe anzunehmen und beugt einer möglichen Chronifizierung der Symptomatik vor. Häufig scheuen Jugendliche und junge Erwachsene den Weg zum Erwachsenenpsychotherapeuten,. Dies liegt auch daran, dass die Behandlungsweisen im Bereich der KJP sich von denen der PP unterscheiden, die Pat. erfahren haben, dass „ihre Sprache“ gesprochen wird, Praxen anders eingerichtet und strukturiert sind, der Umgang mit Anmeldungen über Eltern beispielsweise zum Alltag gehört. Die „Erwachsenenbehandlung“ erscheint vielen Jugendlichen fremd und benötigt daher eine gewisse Übergangsphase/ Überleitung, um eine qualifizierte Weiterbehandlung sicherzustellen. Ggf. kann das das Ziel einer Transitionsbehandlung sein.

Amerikanischen Studien zufolge brechen gerade Jugendliche im Alter von 17 und 18 Jahren in hoher Zahl (50 %; vgl. Pottick et al., 2007) Behandlungen ab und bewältigen den Übergang zur

Erwachsenenpsychotherapie nicht, was häufig mit einer Verschlechterung der Symptomatik einhergeht.

5. Flexibilisierung der Versorgung/ Bedarfsorientierung:

Eine Beteiligung der Bezugspersonen ist in manchen Fällen bei älteren Jugendlichen /jungen Erwachsenen sinnvoll und sollte auch über das derzeit übliche Maß möglich sein.

Ein Behandlerwechsel sollte nicht „gezwungenermaßen“ aufgrund einer starren Altersgrenze stattfinden, sondern als begleiteter Prozess.

Es kann auch jenseits der Transitionsproblematik Patienten geben, bei denen eine (Mit-)Behandlung durch Fachpsychotherapeuten für Kinder und Jugendliche indiziert sein kann (z. B. junge Mütter/Eltern oder Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen).

Bei der Festlegung von Gebietsgrenzen sollten auch die Fallzahlen berücksichtigt werden, um bestimmen zu können, welches Patientenalter das Gebiet regelhaft abdecken muss, und unter welchen Bedingungen Ausnahmen davon möglich sind.

Bei der Festlegung der Altersgrenzen für das Transitionsalter sollte im Hinblick auf die Weiterbildung nicht nur die Krankenbehandlung im engeren Sinne berücksichtigt werden, sondern auch die Arbeitsfelder in Institutionen.

Eine Behandlung Jugendlicher ab 16 Jahren von Fachpsychotherapeuten für das Gebiet Erwachsene wird eher kritisch gesehen, da dies umfassende Kenntnisse sowie Erfahrungen in diesem Bereich voraussetzen würde, die in der Ausbildung zum PP bislang nicht vermittelt wurden.