



Adoleszenz



Esstörungen

Psychodynamische Sichtweisen und Hypothesen

Seite 65

ADHS

Verhaltenstherapie im Übergang der Lebensphasen

Seite 74

Multifamilientherapie

Wie Familien gemeinsam Lösungswege erarbeiten

Seite 84

*Jede Reform, wie notwendig sie auch sein mag,
wird von schwachen Geistern so übertrieben werden,
dass sie selbst der Reform bedarf.*

*Samuel Taylor Coleridge (1772–1834),
englischer Lyriker und Literaturkritiker*

Editorial

Liebe Leserinnen, liebe Leser,



*Dr. phil. Michael Broda,
Dipl.-Psych.
Schriftleitung PiD*

Jetzt haben wir ein paar Wochen lang Erfahrungen mit den neuen Psychotherapierichtlinien sammeln können. Diese zeigen uns, dass hier eine große Chance vertan wurde, die Versorgung psychisch kranker Menschen zu verbessern. Es mag zwar begrüßenswert sein, dass Patienten schnell das Angebot einer Sprechstunde bekommen sollen – einen qualifizierten Therapieplatz haben sie deswegen aber noch lange nicht. Durch die bescheidene Finanzierung der neuen Leistungen fallen alle Anreize weg, schnelle und kurze Versorgungsangebote bereitzustellen. Die neuen Terminvergabestellen bei den KVen sind eine Alimentierung schlecht ausgelasteter Praxen (wofür es Gründe geben dürfte...).

Schade, aber eine verbesserte Versorgung psychisch Kranker muss über mehr Kassensitze für Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen. Und diese politische Kinderkrankheit hat seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes Bestand.

Mit Kinderkrankheiten ganz anderer Art beschäftigt sich unser Schwerpunktthema – wir wünschen Ihnen eine gewinnbringende Lektüre!

Viele Grüße

Ihr

Michael Broda

Herausbergremium



Prof. Dr. phil. Maria Borcsa, Dipl.-Psych. (*1967)

ist Professorin für Klinische Psychologie an der Hochschule Nordhausen. Nach Ausbildung und Tätigkeit an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Universität Freiburg i.Br. und einer Psychosomatischen Fachklinik war sie in eigener Praxis als approbierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) und Familientherapeutin tätig. Sie ist Dozentin für Systemische Beratung und Therapie im In- und Ausland und Supervisorin in Verhaltens- und Systemischer Therapie.



Dr. phil. Michael Broda, Dipl.-Psych. (*1952)
Schriftleitung

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Lehrtherapeut für Verhaltenstherapie. Nach universitärer Lehr- und Forschungstätigkeit im Bereich der Rehabilitationspsychologie war er leitend in einer psychosomatischen Fachklinik tätig. Seit 1997 arbeitet er niedergelassen in eigener Praxis in Dahn. Er ist Mitherausgeber der Lehrbücher „Praxis der Psychotherapie“ (mit W. Senf) und „Technik der Psychotherapie“ (mit W. Senf und B. Wilms) sowie Fachgutachter Verhaltenstherapie (KBV).



Prof. Dr. phil. Christoph Flückiger, Dipl.-Psych. (*1974)

ist Psychologischer Psychotherapeut, Supervisor und Referent an Ausbildungsinstituten für kognitive Verhaltenstherapie in der Schweiz, Deutschland und den USA. Er arbeitet als Forschungsgruppenleiter und Dozent an den Universitäten Zürich und Bern mit Schwerpunkt in klinischer Interventionspsychologie/ Psychotherapie.



Prof. Dr. med. Volker Köllner (*1960)

ist Facharzt für Psychosomatische Medizin. Er war u. a. Oberarzt am Universitätsklinikum Dresden und Chefarzt der Fachklinik für Psychosomatische Medizin in Blieskastel. Seit 2015 ist er Chefarzt der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik und ärztlicher Direktor am Rehazentrum Seehof der DRV in Teltow bei Berlin. Er ist Professor für Psychosomatische Medizin an der Medizinischen Fakultät Homburg/Saar und Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Charité, Berlin. Wissenschaftlich ist er in der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation der Charité aktiv.



Prof. Dr. med. Henning Schauenburg (*1954)

ist Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Er arbeitet als Professor für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Heidelberg sowie als stellvertretender Ärztlicher Direktor der Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik am Universitätsklinikum Heidelberg.



Dr. phil. Barbara Stein, Dipl.-Psych. (*1960)

ist Psychologische Psychotherapeutin und seit 2005 Leitende Psychologin der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Klinikum Nürnberg/Paracelsus Medizinische Privatuniversität (PMU). Ihre Schwerpunkte sind tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapie, Paar- und Familientherapie, psychologische Beratung und Behandlung von körperlich Kranken, Supervision sowie Fort- und Weiterbildungstätigkeit.



Prof. Dr. rer. nat. Silke Wiegand-Greife, Dipl.-Psych. (*1964)

ist Psychologische Psychotherapeutin (Psychoanalyse, Tiefenpsychologie), Paar- und Familientherapeutin und hat den Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie der MSH Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University, inne. Sie leitet die Forschungsgruppe für Psychotherapie- und Familienforschung am Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und -psychosomatik. Außerdem ist sie als Dozentin und Supervisorin an mehreren Ausbildungsinstituten tätig.



Dr. med. Bettina Wilms (*1964)

ist Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie (Systemische Familientherapie und Verhaltenstherapie). Nach 11-jähriger Chefarztstätigkeit am Südharz Klinikum Nordhausen ist sie seit Februar 2016 Chefarztin der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis am Standort Querfurt. Ihre Schwerpunkte sind die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung und berufliche Belastungssyndrome.



Dr. phil. Andrea Dinger-Broda, Dipl.-Psych. (*1957)
Leitung des Redaktionsbüros

ist Psychologische Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie), Supervisorin, Lehrtherapeutin und Dozentin an Weiterbildungsinstituten. Nach wissenschaftlicher Mitarbeit an den Universitäten Freiburg (Rehabilitationspsychologie) und Bochum (Medizinische Psychologie) war sie als Leitende Psychologin an onkologischen, kardiologischen und psychosomatischen Rehabilitationskliniken tätig. Seit 1997 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis in Dahn.

Gründungsherausgeber

Wolfgang Senf, Essen
Michael Broda, Dahn
Steffen Fliegel, Münster
Arist von Schlippe, Witten
Ulrich Streeck, Göttingen
Jochen Schweitzer, Heidelberg

Leserbeirat

Siegfried Hamm, Köln
Karl Mayer, Freren
Heinz-Peter Olm, Wuppertal
Uta Preissing, Stuttgart
Jessica Schadlu, Düsseldorf

Beirat

Cord Benecke, Kassel
Ulrike Borst, Zürich
Michael Brünger, Klingenmünster
Manfred Cierpka, Heidelberg
Stephan Doering, Wien
Ulrike Ehlert, Zürich
Michael Geyer, Erfurt
Sabine Hertz, Heidelberg
Jürgen Hoyer, Dresden
Johannes Kruse, Gießen
Hans Lieb, Edenkoben
Wolfgang Lutz, Trier
Dietrich Munz, Stuttgart
Hans Reinecker, Salzburg
Babette Renneberg, Berlin
Martin Sack, München
Silvia Schneider, Bochum
Gerhard Schüsler, Innsbruck
Bernhard Strauß, Jena
Kirsten von Sydow, Berlin
Kerstin Weidner, Dresden
Ulrike Willutzki, Witten/Herdecke

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14 · 70469 Stuttgart
Postfach 301120 · 70451 Stuttgart
www.thieme-connect.de/products
www.thieme.de/pid

Besuchen Sie die PiD im Internet!
Private Abonnenten können dort alle bisher veröffentlichten Artikel über das Online-Archiv abrufen.

Indexiert in: PSYINDEX

Inhalt

2 • 2017



Für Sie gelesen

- 6 Migranten in Deutschland –
Wie verbreitet sind Depression, Angst und
Selbstmordgedanken?
- 7 Psychische Erkrankungen –
Jede(r) Fünfte bricht die Therapie ab
- 8 Binge-Drinking –
Mobiles Programm für Jugendliche erfolgreich
- 9 Funktionelle somatische Syndrome –
Verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm hilft
Patienten und senkt Kosten

Therapiemethoden kompakt

- 10 Non-Suizid-Verträge –
Limitationen und alternative Empfehlungen



Beim Übergang vom Kindheits- ins Erwachsenenalter müssen Adoleszente zahlreiche Krisen überwinden. Doch wo liegt dabei die Grenze zwischen „normal“ und „pathologisch“? Und wie kann die Psychotherapie bei psychischen Erkrankungen in dieser Lebensphase helfen? Diese PiD-Ausgabe beleuchtet sowohl die Entwicklungsaufgaben Heranwachsender und die Herausforderungen der Adoleszenz in unserer Zeit als auch konkrete Probleme, Störungen und therapeutische Ansätze.

Editorial

- 12 Alles brennt – Alles wird gut?

Essentials

Standpunkte

- 16 Herausforderungen an eine Psychologie und
Psychopathologie des Transitionsalters
Jörg M. Fegert, Harald J. Freyberger
- 22 Adoleszenz – Identitätsentwicklungen zwischen
Krise und Diffusion
Annette Streeck-Fischer
- 30 Das adoleszente Entwicklungsdreieck:
Familie – adoleszentes Selbst – Gleichaltrige
Vera King

Aus der Praxis

- 36 Generation Internet
Christiane Eichenberg, Ulrich A. Müller
- 41 Trans im Jugendalter
Inga Becker, Peer Briken, Timo O. Nieder
- 46 Flucht und Migration in der Adoleszenz
Esther Kleefeldt, Janina Meyeringh

- 51 Struktur psychodynamisch-diagnostischer Gespräche mit Adoleszenten
Franz Timmermann
- 56 Suizidales und selbstverletzendes Verhalten in der Adoleszenz
Michael Kaess, Alexandra Edinger
- 60 Alkoholbezogene Störungen in der Adoleszenz
Silke Diestelkamp, Florian Ganzer, Rainer Thomasius
- 65 Adoleszenzentwicklung und Essstörungen
Günter Reich
- 70 Familie und Individuation
Ingo Spitzcok von Brisinski
- 74 ADHS in der Lebensspanne
Rolf-Dieter Stieglitz
- 80 Selbstverletzendes Verhalten als Symptom von (Borderline-) Persönlichkeitspathologie bei Jugendlichen im Rahmen der MBT-A
Kathrin Sevecke, Astrid Bock
- 84 Multifamilientherapie und Adoleszenz
Birgit Riediger, Fritz Handerer

Über den Tellerrand

- 89 Trotz Krankheit zur Schule?
Wolfgang Jansen, Ursula Ranke, Elvira Steuck
- 94 Machen Tattoos selbstbewusst?
Erich Kasten, Nina Zeiler

- 99 CME-Fragen



Interview

- 101 Generation Z – Die Millenium-Babys werden erwachsen
Klaus Hurrelmann

Dialog Links

- 104 „Typisch Teenie“ oder echte Krise?
Johanna Tränkner

Dialog Books

- 108 Adoleszenz – Bücher zum Thema
Ann-Kathrin Fischer

Resümee

- 112 Neue Rollen, neue Risiken

Ein Fall – verschiedene Perspektiven

- 114 Fallbericht Depression, Essstörung und selbstverletzendes Verhalten – „Mit meiner Mutter kann ich nicht über Gefühle reden...“



Lesenswert

- 118 Ian McEwan: Nusschale – Sein oder Nicht-Sein? Ein Fötus im Dilemma

Backflash

- 119 Besondere Fähigkeiten

- 120 Vorschau

Impressum auf der letzten Seite

Migranten in Deutschland

Wie verbreitet sind Depression, Angst und Selbstmordgedanken?

Der Anteil der in Deutschland lebenden Migranten beträgt derzeit ca. 20%, mit steigender Tendenz. Bisherige Studien zur psychischen Gesundheit dieser Personengruppe zeigen uneinheitliche Befunde z. B. hinsichtlich der Raten von Depression oder Angst. Vereinzelt werden größere psychische Probleme für die Migranten im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung berichtet, ebenso eine für bestimmte Gruppen erhöhte Suizidrate. Allerdings fehlt es an tragfähigen Repräsentativstudien zu diesen Fragen.

Beutel et al. haben nun die Daten der Gutenberg-Gesundheitsstudie (2007–2012) mit Blick auf dieses Problemfeld ausgewertet. Dabei untersuchen sie zunächst, ob sich die Migranten der 1. Generation (nach 1949 eingewandert) und die der 2. Generation (in Deutschland geboren) von der deutschen Bevölkerung unterscheiden. Eine 2. Fragestellung zielt auf mögliche Unterschiede zwischen einerseits den türkischen und polnischen Migranten der 1. Generation und andererseits der deutschen Bevölkerung.

In der vorliegenden Studie wurden nahezu 15 000 Personen im Alter von 35–74 Jahren befragt, davon 10,6 bzw. 13 % Migranten der 1. bzw. 2. Generation. Die größten Gruppen waren Türken (n = 141) und Polen (n = 295). Rund 3 Viertel der Befragten hatten keinen Migrationshintergrund. Die Autoren haben u. a. zur Erfassung der Depression und Angst den PHQ-8 und den GAD-2 verwendet. Mögliche Suizidgedanken wurden durch das Einzelitem des PHQ-9 beurteilt. Die Daten wurden in einem computergestützten Interview erfasst.

Die psychische Gesundheit der Migranten der 1. Generation zeigte die höchsten (schlechtesten) Werte für Depressionen, generalisierte Angst, Panikattacken, Deper-

sonalisierung, soziale Phobie, Selbstmordgedanken sowie für die Einnahme von Antidepressiva. Die multivariaten Ergebnisse der Regression zeigen unter Kontrolle des Geschlechts, des Alters und des sozioökonomischen Status signifikant höhere Depressionsraten für die Migranten der 1. Generation (OR 1,24), höhere generalisierte Angst zu (OR 1,38), mehr Panikattacken in den letzten 4 Wochen (OR 1,43) und mehr Suizidgedanken (OR 1,44) im Vergleich zur deutschen Bevölkerung. Im Unterschied zu diesen Befunden wiesen die Migranten der 2. Generation keine Differenzen zur deutschen Bevölkerung auf.

Betrachtet man die beiden größten Migrantengruppen (Türken und Polen) gesondert, so zeigten sich im Vergleich mit der deutschen Bevölkerung bei den türkischen Migranten der 1. Generation mehr Depressionen und Panikattacken und wesentlich mehr Selbstmordgedanken (OR 3,02). Polnische Migranten berichteten demgegenüber nur über im Vergleich zur deutschen Bevölkerung vermehrte Suizidgedanken. Die türkischen Migranten wiesen auch verglichen mit polnischen höhere Depressionsraten (OR 2,61) und mehr Panikattacken auf (OR 3,38). Die Summe der in Deutschland gelebten Jahre war hierbei ohne signifikanten Einfluss.

Fazit

Die Autoren belegen auf einer breiten und soliden Datenbasis eine unter dem Aspekt der psychischen Gesundheit erfolgreiche Integration der 2. Generation der Migranten in Deutschland. Problematischer ist demgegenüber die Situation der Migranten der 1. Generation. Diese ist möglicherweise noch unterschätzt, da Personen ohne deutsche Sprachkenntnisse nicht einbezogen wurden und bei der türkischen Subgruppe eine Reihe von relevanten Daten nicht vorlag. Nach der Deskription der wichtigsten Befunden, so die Autoren, müssen nunmehr die Ursachen der psychischen Belastungen und entsprechende Implikationen für die Gesundheitsversorgung der betroffenen Menschen verfolgt werden.

Dr. phil. habil. Jochen Ernst, Leipzig

Literatur

Beutel ME, Jünger C, Klein EM et al. Depression, anxiety and suicidal ideation among 1st and 2nd generation migrants - results from the Gutenberg health study. *BMC Psychiatry* 2016; 16: 288. Doi: 10.1186/s12888-016-0995-2

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103878>

Psychische Erkrankungen

Jede(r) Fünfte bricht die Therapie ab



Quelle: Robert Kneschke / Fotolia.com

Therapien können mehr oder weniger wirksam sein – Mindestvoraussetzung für eine Wirkung ist aber, dass sie angewendet werden. Verweigert der Patient die Behandlung oder bricht sie ab, hat die Maßnahme keine Chance. Aber wie oft passiert das eigentlich? Und welche Behandlungsformen sind eher betroffen?

Ein systematischer Literaturreview von J. K. Swift fand 186 Vergleichsstudien für verschiedene Therapieformen psychischer Erkrankungen. Die gepoolten Daten belegen: In 8,2% der Fälle wird eine angebotene Behandlung vom Patienten nicht begonnen. Diese Zahl erscheint auf den ersten Blick niedrig. Die Autoren geben aber zu bedenken, dass es sich um Patienten handelt, die bereits zugestimmt hatten, die jeweilige Therapie anzutreten.

Pharmakotherapie war dabei offenbar besonders unbeliebt – die Wahrscheinlichkeit, dass sie vom Patienten abgelehnt wurde, war in den untersuchten Studien 1,76-mal so hoch wie für die Ablehnung von Psychotherapie. Die Unterschiede bei der Akzeptanz verschiedener Therapieformen sind besonders markant für Depressionen (2,16), Panikstörungen (2,79) und soziale Ängste (1,97), während z.B. Patienten mit Essstö-

rungen oder Posttraumatischer Belastungsstörung Psychotherapie und medikamentöse Behandlung etwa gleich annehmbar fanden.

Die Zahl der Patienten, die eine begonnene Behandlung abbrechen, ist noch wesentlich höher: Im Schnitt wurden 21,9% der Behandlungen vorzeitig abgebrochen – Pharmakotherapien 1,2-mal so oft wie Psychotherapien. Ob es sich um eine Monotherapie (Psycho- oder Pharmakotherapie) oder eine Kombinationstherapie (Pharmakotherapie plus Psychotherapie bzw. Psychotherapie plus medikamentöses Placebo) handelte, schien dagegen keine große Rolle zu spielen: Nicht-Start- und Abbruchzahlen waren hier sehr ähnlich wie bei Monotherapien.

Was zur Therapieverweigerung oder zum vorzeitigen Abbruch geführt hatte, wurde in den meisten Studien nicht erhoben. Swift et

al. vermuten, Patienten könnten beim Therapiestart gescheitert sein oder unzufrieden mit dem Behandlungsfortschritt, während anderen vielleicht die Therapiezeiten nicht gut passten. Sie gehen davon aus, dass im Einzelfall sehr unterschiedliche Gründe vorlagen.

Frühere Studien haben gezeigt: Patienten verweigern eine Behandlung v.a. dann oft, wenn sie nicht ihrem Therapiewunsch entspricht. Und sie bevorzugen – wie in der aktuellen Studie – meist Psychotherapie gegenüber Pharmakotherapie. Gründe für die Präferenzen könnten soziales Stigma, Zugang, Kosten, praktische Umsetzbarkeit und angenommene Prognosen sein. In großen Meta-Analysen brachen nur etwa 20% der Patienten mit psychischen Erkrankungen eine einmal begonnene Psychotherapie vorzeitig ab, für Pharmakotherapie lag die Rate bei 30–50%.

Fazit

Die Möglichkeit, dass Patienten eine Therapie abbrechen oder gar nicht erst antreten könnten, sollte bei der Therapieempfehlung berücksichtigt werden, finden die Autoren. Schließlich könne selbst eine hoch effektive Behandlung nur wirken, wenn Patienten sich auf sie einlassen. Psychotherapie könnte die Behandlung der 1. Wahl für viele psychische Probleme sein. Andererseits ist vielleicht nicht dieselbe Therapie für alle gleich gut – Vorlieben des Patienten sollten bei der Wahl berücksichtigt werden.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Swift JK et al. Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy* 2017; 54: 47–57

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103872>

Binge-Drinking

Mobiles Programm für Jugendliche erfolgreich

Die neuen Medien für Interventionen bei Jugendlichen zu nutzen, scheint naheliegend. Die Studienlage deutet daraufhin, dass Kurzinterventionen auf elektronischem Weg kosteneffektiv sind und von jungen Menschen eher akzeptiert werden als solche von Angesicht zu Angesicht. Nach ersten Pilotstudien mit Alkoholpräventionsprogrammen hat eine schweizerische Arbeitsgruppe nun ein solches Programm in einer größeren Gruppe getestet.

Von einem problematischen Alkoholkonsum geht man aus bei täglich mehr als 2 „Standarddrinks“ (Männer) bzw. 1 Drink (Frauen) – oder wenn bei einzelnen Gelegenheiten mindestens 5 (Männer) bzw. 4 (Frauen) Drinks konsumiert werden. Unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist vor allem die 2. Variante verbreitet: das „risky single-occasion drinking“ (RSOD) oder umgangssprachlich Binge-Drinking. Dabei scheint eine Rolle zu spielen, dass der Alkoholkonsum in der Peergroup oft überschätzt wird – ebenso wie seine soziale Akzeptanz. Dieser Punkt spielte im MobileCoach-Alcohol-Programm eine besondere Rolle.

1041 Schüler aus 80 Schulklassen in weiterführenden und Berufsschulen nahmen teil – unabhängig von ihrem Alkoholkonsum. Nach einem Online-Screening, in dem u. a. nach dem Alkoholkonsum gefragt wurde, kamen ganze Klassen randomisiert entweder in den Genuss der Intervention oder nicht.

Teilnehmern der Interventionsgruppe wurden weitere Fragen gestellt. Dann bekamen alle ein individuelles Feedback und während der folgenden 3 Monate 1–3 maßgeschneiderte SMS pro Woche, die darauf abzielten, den Alkoholkonsum zu reduzieren. Die Klang z. B. bei einer Teilnehmerin mit niedrigem Risiko so: „Hey Cindy23. Du hast recht; wenn du mäßig Alkohol trinkst, wirst

du von anderen respektiert und kannst dein Verhalten kontrollieren – und wirst dich nicht verhalten wie in diesem Video.“ Und bei einem Teilnehmer mit hohem Risiko: „Hi Robin. Machst du dir Sorgen wegen deines Alkoholkonsums oder dem eines Freundes? Mit jemandem darüber zu reden kann helfen. Die Website ... bietet Hilfe an. Schreib eine E-Mail an ... oder ruf ... an.“

Hoch-Risiko-Schüler profitieren besonders

Die Zahl der Jugendlichen mit RSOD war nach 6 Monaten in der Interventionsgruppe um 5,9% (von 47,2 auf 41,3%) gesunken, in der Kontrollgruppe um 2,6% (von 42,7 auf 45,3%) gestiegen. Vor allem Jugendliche mit hohem Risiko (mindestens 2 RSOD im Monat vor der Randomisierung) profitierten von der Intervention – die Zahl jener mit RSOD sank um 23,7% (in der Kontrollgruppe 8,1%). Schüler mit niedrigem Risiko wurden durch die Intervention nicht negativ beeinflusst – damit widerlegt die Studie Befürchtungen, die Intervention könne einen riskanten Alkoholkonsum erst hervorrufen. Eher zeigte sich ein leichter protektiver Effekt: Nur 16,8% in der Interventionsgruppe hatten nach der Intervention RSOD (in der Kontrollgruppe 21,2%). In punkto RSOD-Häufigkeit, Menge des konsumierten Alkohols, geschätzter

Peak-Blutalkoholspiegel und Überschätzung der Trinknormen in der Peergroup unterschieden sich die beiden Gruppen nicht.

Besonders stolz sind die Studienautoren auf die hohe Teilnehmerrate von 76,8% der angefragten Schüler. Sie führen das auf die proaktive Art der Einladung zurück (das Screening fand während des Unterrichts statt), kombiniert mit dem Angebot einer attraktiven, niedrigschwelligen Intervention über das Smartphone. Und: Fast alle Teilnehmer blieben bis zum Ende eingeloggt.

Dass die SMS zu Zeiten verschickt wurden, in denen RSOD häufig stattfindet (abends und am Wochenende), verbuchen die Autoren als möglichen Grund für den Erfolg. Oft waren die Zeiten individuell mit den Teilnehmern abgesprochen, und der Inhalt zielte besonders auf die Reduzierung von RSOD.

Fazit

Das MobileCoach-Alcohol-Programm konnte Binge-Drinking bei Jugendlichen reduzieren. Teilnehmer mit hohem Risiko für riskanten Alkoholkonsum profitierten besonders von der Kombination aus Online-Fragen und gezielten SMS. Die Intervention ist aber für alle Jugendlichen geeignet – auch für jene, die wenig Alkohol zu sich nehmen. Hohe Akzeptanz und gute Kosteneffektivität sprechen für solche elektronischen Maßnahmen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Haug S et al. Efficacy of a web- and text messaging-based intervention to reduce problem drinking in adolescents: Results of a cluster-randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2017; 85: 147–159

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103873>

Funktionelle somatische Syndrome

Verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm hilft Patienten und senkt Kosten



Funktionelle somatische Syndrome (FSS) wie Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom oder Chronisches Erschöpfungssyndrom sind häufig – und verursachen hohe Kosten. Psychotherapeutische Behandlungen wie Verhaltenstherapie können die Symptome von FSS lindern und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern. Eine dänische Arbeitsgruppe hat jetzt die Langzeitwirkungen einer solchen Behandlung untersucht.

Dem Problem der in der Praxis häufig limitierten Ressourcen begegneten A. Schröder et al. mit einem verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramm – dem Specialised Treatment for Severe Bodily Distress Syndromes (STreSS), das sich bereits als kurzfristig wirksam erwiesen hatte. Randomisiert erhielten 54 Patienten STreSS und 66 Patienten die übliche Behandlung, erweitert um eine gründliche klinische Beurteilung, die eine Verschiebung von diagnostischen Maßnahmen hin zu einem Management der somatischen Symptome bewirken sollte (enhanced usual care; EUC). Das Follow-up lief bis zu 40 Monate nach der Randomisierung.

Die Untersuchung machte sich zugute, dass in Dänemark sowohl das Gesundheitssystem als auch das Wohlfahrtssystem steuer-

finanziert sind und die Daten in Registern zur Verfügung stehen. So konnten sowohl die direkten Kosten (für gesundheitliche Versorgung) als auch die indirekten (etwa durch Arbeitsausfall) relativ zuverlässig erfasst und die Kosten pro qualitätskorrigiertem Lebensjahr (quality-adjusted life year; QALY) errechnet werden.

Schon mittelfristig lag die STreSS-Gruppe bei den Kosteneinsparungen vorn: Die Wahrscheinlichkeit, dass STreSS bei Schwellenwerten von 25 000 und 35 000 € pro QALY kosteneffektiv war, lag bei 93–95% – allerdings nur bei 50–55% für die gesellschaftlichen Kosten. Die Autoren vermuten, dass hier v. a. Krankschreibungen im Rahmen der intensiven Therapie zu Buche schlagen. Danach schnitt STreSS immer besser ab. Vor-

allem die Tatsache, dass zunehmend mehr Patienten sich selbst unterhalten konnten, machte sich bei den Kosten bemerkbar. Blieben auch die Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung auf niedrigem Niveau stabil, waren STreSS-Patienten im 3. Jahr durchschnittlich 7184 € billiger als jene, die nur die erweiterte übliche Versorgung erhielten.

STreSS umfasst 9 Module einer Gruppen-Verhaltenstherapie mit 3,5 Stunden pro Sitzung nach einem festgeschriebenen Manual. Das kostet insgesamt 1545 € pro Patient. Diese Summe wurde durch die guten Therapieerfolge mehr als ausgeglichen – für das Wohlbefinden der Patienten als auch für die Kosten der Allgemeinheit. Letztere wurden hier eher unterschätzt als überschätzt, denn nur die staatlichen Ausgaben wurden erfasst, während etwa eine reduzierte Produktivität am Arbeitsplatz infolge von Krankheitsgefühl nicht in die Rechnung einging.

Fazit

Die maßgeschneiderte Gruppen-Verhaltenstherapie für FSS-Patienten hatte eindrucksvolle Effekte – unabhängig von Art und Ausmaß der Erkrankung. Den Patienten ging es besser, die Kosten sanken v. a. langfristig. Eine breitere Anwendung von STreSS erscheint deshalb sinnvoll – für das Wohlbefinden der Betroffenen und für die Gemeinschaft, die die Kosten der Erkrankung trägt, gleichermaßen.

Dr. Nina Drexelius, Hamburg

Literatur

Schröder A et al. Long-term economic evaluation of cognitive-behavioural group treatment versus enhanced usual care for functional somatic syndromes. *J Psychosom Res* 2017; 94: 73–81

Beitrag online zu finden unter <http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103866>

Juliane Brüdern

Non-Suizid-Verträge

Limitationen und alternative Empfehlungen

Non-Suizid-Verträge werden in der klinischen Praxis oft verwendet, um suizidales Verhalten zu verhindern. Ihre Wirksamkeit wurde bisher jedoch nicht empirisch bestätigt. Die internationalen Behandlungsrichtlinien der APA (American Psychiatric Association) und der AAS (American Association of Suicidology) raten von der Anwendung von Non-Suizid-Verträgen ab. Psychoedukative Aufklärung über Suizidalität und ein eigenverantwortliches Krisenmanagement sind eine Alternative.

Definition Bisher gibt es keine einheitliche Definition, was unter einem Non-Suizid-Vertrag (NSV) verstanden wird. Laut Rudd et al. (2006) wird ein NSV zwischen Patient und Therapeut schriftlich aufgesetzt und beinhaltet eine explizite Erklärung des Patienten, sich nicht das Leben zu nehmen, unabhängig vom Verlauf der Therapie oder anderen äußeren Gegebenheiten. Weiterhin sollte der Vertrag eine spezifische Zeitsprache beinhalten, für welchen Zeitraum der Vertrag gilt.

Das Wort „Vertrag“ ist missverständlich: Ein Non-Suizid-Vertrag ist kein rechtsverbindliches Dokument, welches dem Therapeuten vor Gericht ein ausreichendes Suizidrisikomanagement bescheinigt.

Mangelnde theoretische und empirische Grundlagen Üblicherweise wird ein NSV mit Patienten vereinbart, die ein erhöhtes Suizidrisiko aufweisen. Trotz der weiten Verbreitung von NSV in der Praxis gibt es bisher keine konzeptuellen Grundlagen, aus denen hervorgeht, wann ein solcher Vertrag indiziert ist. So bleibt offen, ob sich ein NSV für alle suizidalen Patienten oder nur für bestimmte Untergruppen eignet, etwa für chronisch suizidale Patienten. Zudem konnte der suizidpräventive Nutzen

dieser Verträge in unkontrollierten Studien bisher nicht nachgewiesen werden (Range et al. 2002, Rudd et al. 2006). Wissenschaftlich kontrollierte Studien, die den Einfluss von NSV auf das Suizidrisiko untersuchen, fehlen bislang.

Es gibt bislang keine empirische Evidenz für die Annahme, dass Non-Suizid-Verträge eine suizidpräventive Wirkung haben.

Suizidalität als emotionaler Ausnahmezustand Es ist bekannt, dass die Entwicklung von suizidalem Verhalten selten ein kontinuierlicher Prozess ist. Die Mehrheit der Suizidversuche wird impulsiv durchgeführt (Millner et al. 2016). Neurobiologisch konnte gezeigt werden, dass bei Personen in diesem emotionalen Ausnahmezustand die Aktivität in Bereichen des präfrontalen Cortex reduziert ist – also die Aktivität der Gehirnregion, die beim Treffen langfristiger vorteilhafter Entscheidungen und dem Aufschub von sofortigen Belohnungen involviert ist. Aus dieser Perspektive könnte u. a. nachvollziehbar werden, warum in diesem Zustand ein unterzeichnetes Dokument weniger gewichtet wird als eine sofortige Beendigung unerträglicher psychischer Schmerzen. Ein Non-Suizid-Vertrag kann daher für Kliniker schnell zu einer Illusion

der Sicherheit werden, da weder die Dynamik des Prozesses noch die mangelnde Fähigkeit zur Selbstregulation während dieses emotionalen Ausnahmezustands ausreichend berücksichtigt werden.

Bedeutung der therapeutischen Beziehung Im Gegensatz zur Wirksamkeit von NSV konnte belegt werden, dass eine gute therapeutische Beziehung suizidales Verhalten reduziert (Gysin-Maillart et al. 2016). Es erscheint plausibel, dass die Wirksamkeit von NSV stark von der therapeutischen Beziehung beeinflusst wird und ein NSV nur soviel wert ist, wie die therapeutische Beziehung selbst.

Eine Schlussfolgerung könnte lauten, dass es für die Verhinderung suizidalen Verhaltens nicht notwendigerweise einen Vertrag braucht, sondern in erster Linie eine gute therapeutische Beziehung, die mit einem auf den Patienten zugeschnittenen Suizidrisikomanagement verbunden ist.

Alternative Handlungsempfehlungen Um diese beiden Punkte in der Therapie mit suizidalen Patienten umzusetzen, werden hier die wichtigsten Empfehlungen in Kürze dargestellt. Als Vertiefung empfiehlt sich hier das Kurztherapieprogramm ASSIP

(Attempted Suicide Short Intervention Program) für suizidale Patienten von Gysin-Maillart & Michel (2013).

1. **Die suizidale Krise verstehen:** Der Therapeut sollte sich ausreichend Zeit dafür nehmen, die individuelle Geschichte des Patienten anzuhören, die sich hinter der suizidalen Krise verbirgt. Dies kann beispielsweise in Form eines narrativen Gesprächs stattfinden, in dem der Therapeut völlig wertfrei zuhört und dem Patienten das Gefühl gibt, dass er der Experte für seine Geschichte ist und der Therapeut diese verstehen möchte. Ziel ist es, dass Patient und Therapeut ein gemeinsames Verständnis entwickeln, wie beim Patienten suizidale Krisen ausgelöst werden.
2. **Warnsignale identifizieren:** Im Anschluss sollten mit dem Patienten Warnsignale der suizidalen Krise identifiziert und dokumentiert werden. Dies könnte z. B. eine Veränderung in der Stimmung oder eine Zunahme abwertender Gedanken sein („Ich bin es nicht wert.“, „Die anderen sind besser ohne mich dran.“ u. Ä.).
3. **Notfallstrategien erarbeiten:** Gemeinsam mit dem Patienten sollte eine Hierarchie alternativer Copingstrategien erarbeitet werden, die er im Falle einer Krise anwenden sollte, anstatt auf suizidales Verhalten zurückzugreifen. Zu diesem „Krisenplan“ gehören auch Telefonnummern, wenn die Suizidgefahr akut wird, z. B. von wichtigen Bezugspersonen, professionellen Helfern und Krisenanlaufstellen.
4. **Längerfristige Maßnahmen und Gründe für das Leben erarbeiten:** Neben Notfallstrategien geht es bei der Reduktion des Auftretens suizidalen Verhaltens auch um grundlegende Maßnahmen, die ganz individuell auf den Patienten abgestimmt werden müssen. Diese können z. B. die Verbesserung der Medikamentencompliance,

eine Traumatherapie oder die Organisation einer Familienbegleitung beinhalten. Außerdem sollte der Patient aktiv darin unterstützt werden, Gründe zu erarbeiten oder sich in Erinnerung zu rufen, die ihn am Leben halten. Dies ist jedoch keine einfache Aufgabe, weil eine suizidale Krise stark durch psychische Inflexibilität und spezifische dysfunktionale Ziele geprägt ist (siehe hierzu Brüdern et al. 2015). Psychotherapie ist hier eine effektive Methode, um die psychische Flexibilität zu erhöhen und die Auftretenswahrscheinlichkeit suizidalen Verhaltens signifikant zu reduzieren (Calati & Courtet 2016).

5. **Psychoedukative Informationen vermitteln:** Es ist wichtig, den Patienten über psychische und neurobiologische Prozesse des suizidalen Modus aufzuklären. So wird nachvollziehbar, dass suizidales Verhalten ein klinisches Störungsbild ist, das einer professionellen Behandlung bedarf. Dabei sollte Wert darauf gelegt werden, gemeinsam mit dem Patienten zu erarbeiten, für welche Aspekte er bei der Behandlung der Suizidalität die Verantwortung übernimmt.

Alternative: „Commitment zum Leben“ Die genannten Punkte können mit dem Patienten schriftlich festgehalten werden. Das Dokument kann als eine Art „Commitment zum Leben“ verstanden und ebenfalls vom Patienten unterschrieben werden. Im Gegensatz zu einem NSV wird dem Patienten nicht grundsätzlich die Option des Suizids genommen, was v. a. zu Therapiebeginn für ihn schwierig sein kann. Der Schwerpunkt liegt vielmehr auf dem gemeinsamen Verständnis der suizidalen Krise, dem individuellen und eigenverantwortlichen Krisenmanagement und der Entwicklung einer aktiv auf das Leben ausgerichteten Perspektive.

Literatur

Brüdern J, Berger T, Michel K et al. Are suicide attempters wired differently? A comparison with nonsuicidal depressed individuals using Plan Analysis. *J Nerv Ment Dis* 2015; 7: 1–8

Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res* 2016; 79: 8–20

Gysin-Maillart A, Schwab S, Soravia L et al. A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine* 2016; 13: e1001968

Gysin-Maillart A, Michel K. *Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual*. Bern: Huber; 2013

Millner AJ, Lee MD, Nock MK. Describing and measuring the pathway to suicide attempts: A preliminary study. *Suicide and Life Threat Behav* 2016; DOI: 10.1111/sltb.12284

Range LM, Campbell C, Kovac SH et al. No-suicide contracts: an overview and recommendations. *Death Stud* 2002; 26: 51–74

Rudd MD, Mandrusiak M, Joiner TE. The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *J Clin Psychology* 2006; 62: 243–251



Dr. phil. Juliane Brüdern, Dipl.-Psych.

Psychiatriezentrum
Münsingen
Hunzigenallee 1
CH-3110 Münsingen
juliane.bruedern@
pzmag.ch

Psychologische Psychotherapeutin auf der Psychotherapiestation des Psychiatriezentrum Münsingen, Bern; bis 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Lehrstuhl Klinische Psychologie der Universität Bern bei Prof. Franz Caspar; neben der klinischen Tätigkeit Mitarbeit in verschiedenen Suizidforschungsprojekten; Forschungs- und Arbeitsschwerpunkte: Selbstregulative und eigendynamische Prozesse im suizidalen Verlauf, implizite und explizite Motive bei suizidalen Patienten, KVT mit interpersonalem Schwerpunkt nach Grawe.

Beitrag online zu finden unter
<http://dx.doi.org/10.1055/s-0043-103886>

Adoleszenz

Editorial

Alles brennt – Alles wird gut?



**Prof. Dr. rer. nat.
Silke Wiegand-Greffe,
Dipl.-Psych.**

Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
s.wiegand-greffe@uke.de

Würden wir die Adoleszenz mit Musik assoziieren, dann fällt uns dieses wunderbare Lied von Johannes Oerding ein. Es heißt darin: „Alles brennt – Alles geht in Flammen auf“. In einer der Strophen lautet der Text: „Zu wenig Platz, zu eng, selbst für einen allein. Bevor sie auf mich fall'n, reiße ich die Mauern ein. Komm steh' auf, komm steh' auf, sag ich mei'm Verstand, und gibt es keine Tür, dann geh' ich halt durch die Wand. Das alles muss weg, das alles muss neu. Steine schmelzen, Scherben fliegen, g'radeaus auf neuen Wegen, durch den Feuerregen.“

Entwicklungsaufgaben

Alles wird neu in der Adoleszenz. Alles verändert sich: der Körper, die Beziehungen – zu den Eltern, zu Freunden, zur Familie. Eine Zeit des Auf- und Umbruchs, eine Zeit, in der Weichen gestellt und Wege eingeschlagen werden für die weitere Lebensplanung. Es gilt, wichtige Entwicklungsaufgaben für den weiteren Lebensweg zu meistern: die Ablösung vom Elternhaus, die Individuation (wie es in der Fachsprache heißt), die Entwicklung der verschiedenen Identitäten wie der Geschlechts-, der sexuellen und der beruflichen Identität. Oder in Fragen formuliert: Wer bin ich? Wen liebe ich? Was soll aus mir werden? Maßgebliche Entscheidungen für den weiteren Lebensweg werden getroffen.

Alles brennt – Alles geht in Flammen auf. Adoleszente unserer Zeit lieben dieses Lied.

Im Zeichen der Transition

Die Phase der Adoleszenz steht im wissenschaftlichen Diskurs im Moment im Zeichen der Transition. Es werden v. a. die Übergänge dieser Lebensphase betrachtet: von der Kinder- und Jugendmedizin und -Versorgung in die Erwachsenenmedizin. Für körperlich oder psychisch beeinträchtigte Jugendliche und deren Eltern ist das eine große Herausforderung, diese Übergänge zu meistern. Oft ist es ein steiniger Weg aus der Kinder- und Jugendlichen- in die Erwachsenenversorgung. Daher steht auch unser Heft im Zeichen der Transition.



**Prof. Dr. phil.
Maria Borcsa,
Dipl.-Psych.**

Institut für Sozialmedizin,
Rehabilitations-
wissenschaften und
Versorgungsforschung
Hochschule Nordhausen
Weinberghof 4
99734 Nordhausen

borcsa@hs-nordhausen.de