

Psyche & Pubertät

Früherkennung und Frühbehandlung von psychischen Erkrankungen in der Adoleszenz

Prof. Dr. med. Michael Kaess

Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bern



Keine Interessenkonflikte



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Australian Government

National Health and Medical Research Council



FONDS NATIONAL SUISSE
SCHWEIZERISCHER NATIONALFONDS
FONDO NAZIONALE SVIZZERO
SWISS NATIONAL SCIENCE FOUNDATION



Baden-
Württemberg
Stiftung

WIR STIFTEN ZUKUNFT



Marga und Walter
Boll-Stiftung

Pubertät versus Adoleszenz

= der zur Geschlechtsreife führende Entwicklungsabschnitt des Menschen

Handout

Pubertät versus Adoleszenz

= letzter Abschnitt des Jugendalters zwischen Pubertät und Erwachsenenalter

Handout

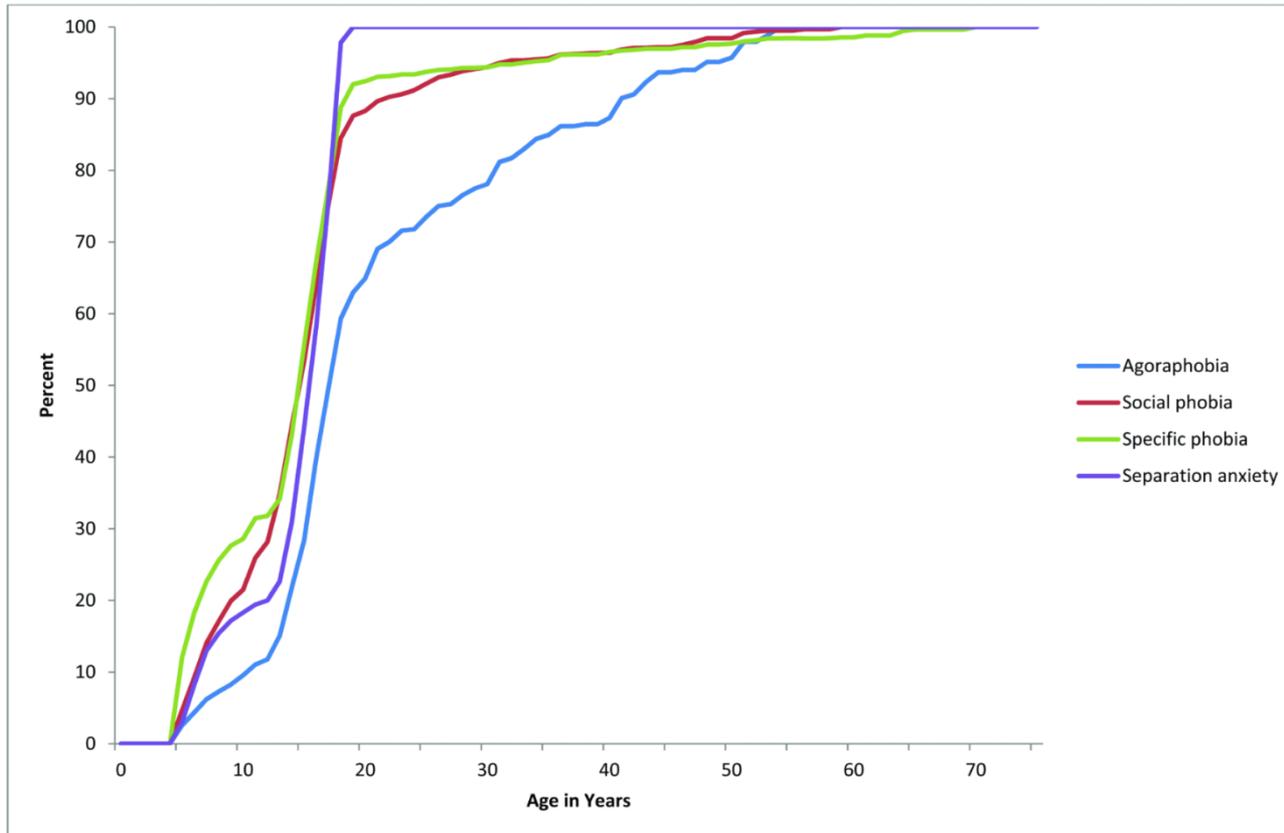
Die Adoleszenz bezeichnet somit die gesamte Phase der biologischen sowie psychosozialen Reifung bis in das Erwachsenenalter

Entwicklungsschritte in der Adoleszenz

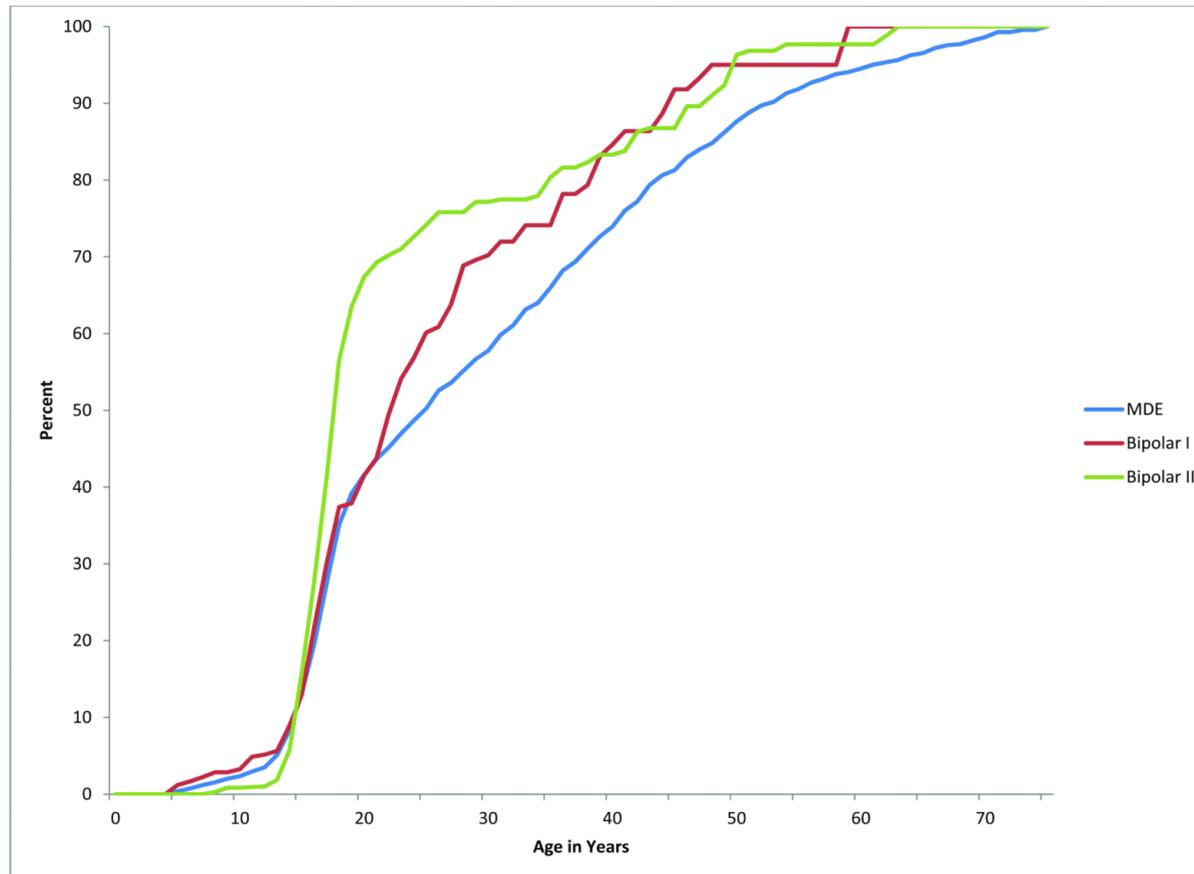
In der Adoleszenz müssen wesentliche Entwicklungsschritte bewältigt werden:

- Dramatische biologische Umbauprozesse (nicht begrenzt auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale)
- Loslösung von den Eltern (Autonomieentwicklung)
- Bildung eines sozialen Netzwerkes (bestehend aus sog. Peers)
- Identitätsentwicklung (inkl. Entwicklung einer sexuellen Identität)
- Erarbeitung eines guten psychosozialen Funktionsniveaus

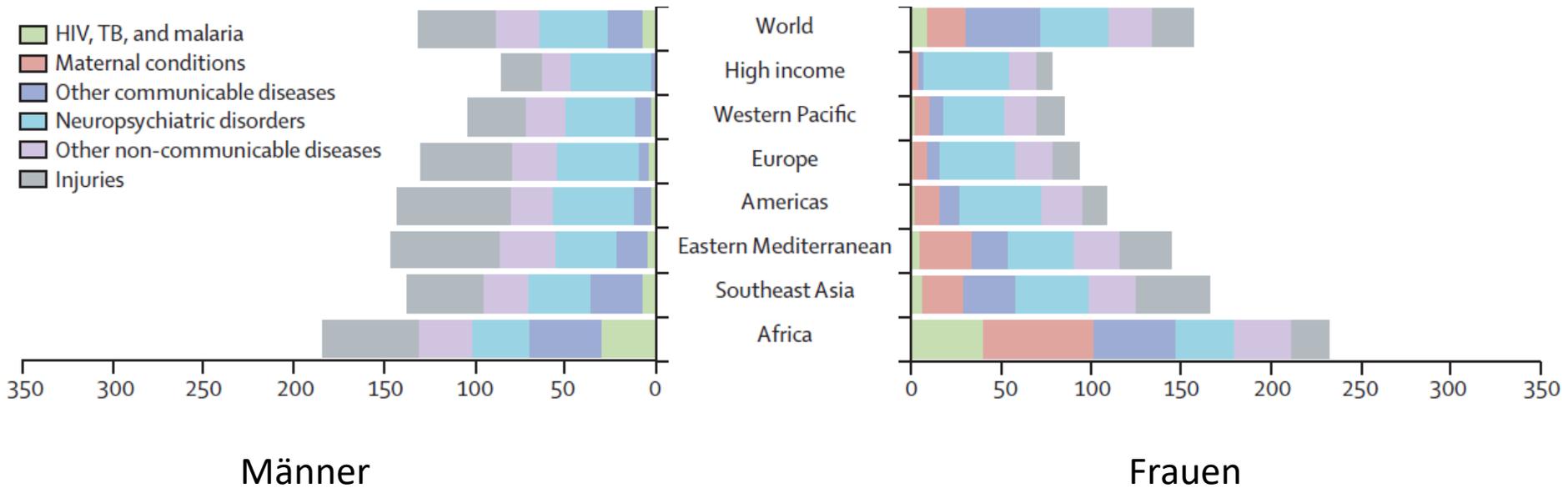
Erstauftreten psychischer Erkrankungen



Erstauftreten psychischer Erkrankungen



Stellenwert psychischer Erkrankungen bei jungen Menschen



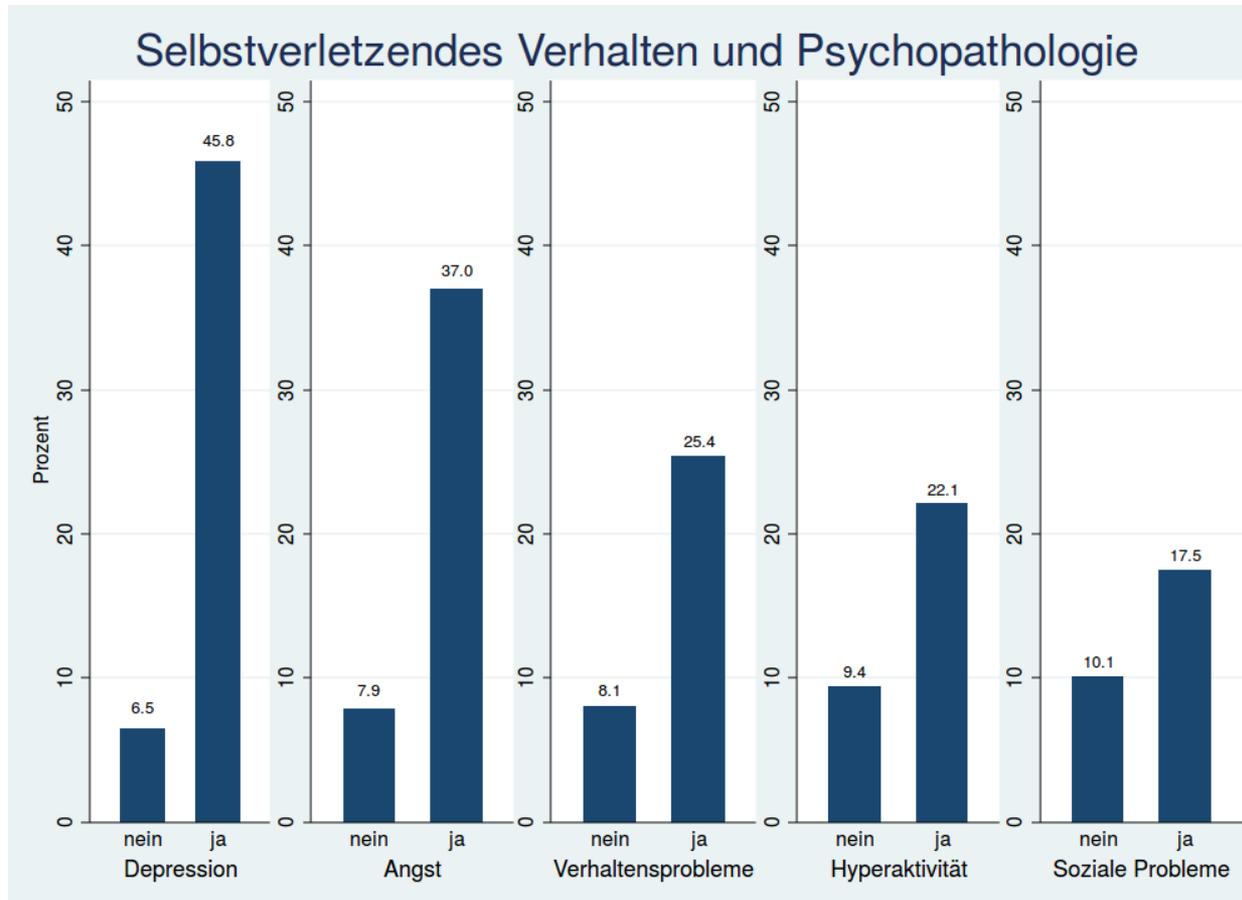
Formen der Selbstschädigung

Handout

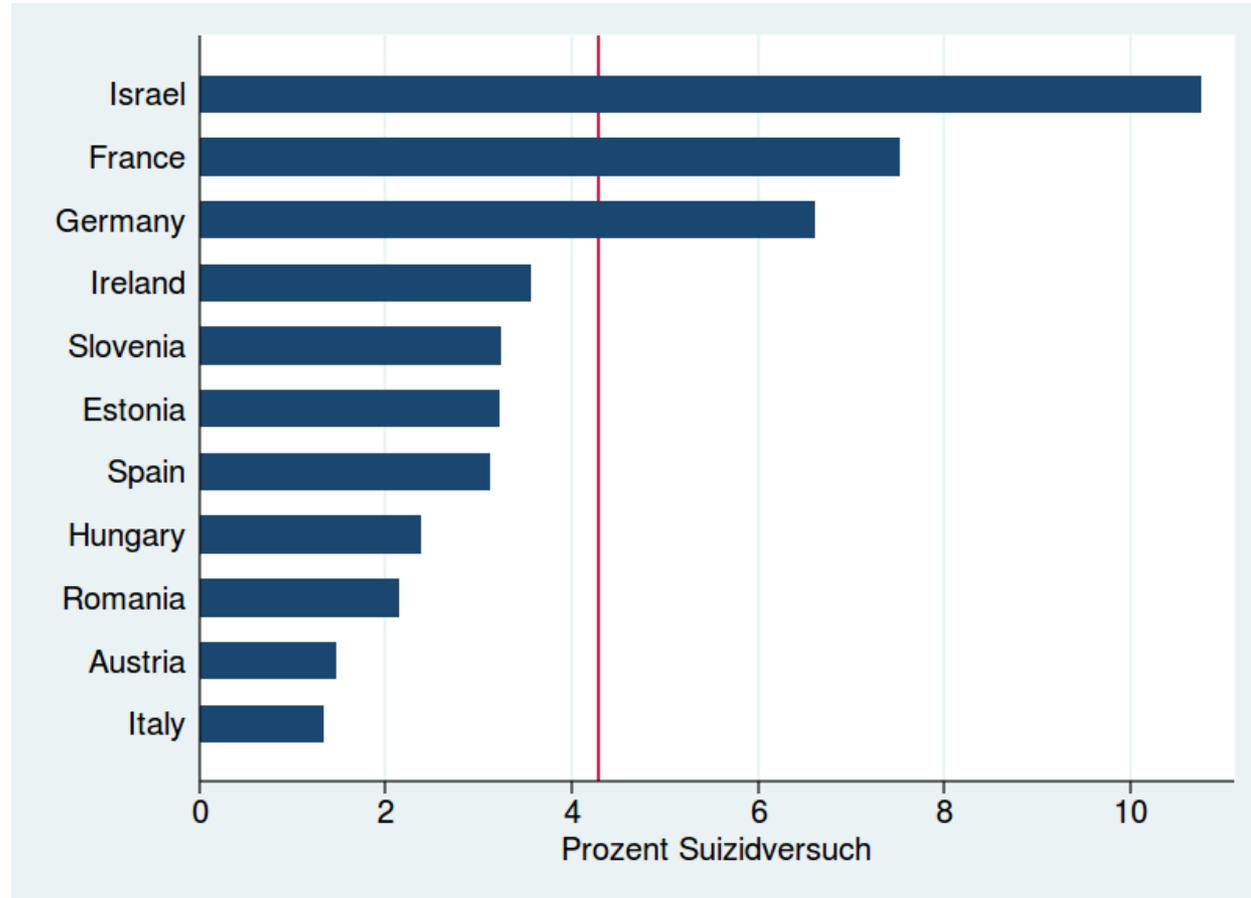
Suizidversuch: Bewusste, freiwillige selbstschädigende Handlung, die mit der Intention zu sterben begonnen wurde (APA, 2013)

Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten: Bewusste, freiwillige und direkte Zerstörung von eigenem Körpergewebe ohne suizidale Absicht, welches innerhalb einer Gesellschaft nicht sozial akzeptiert ist (APA, 2013)

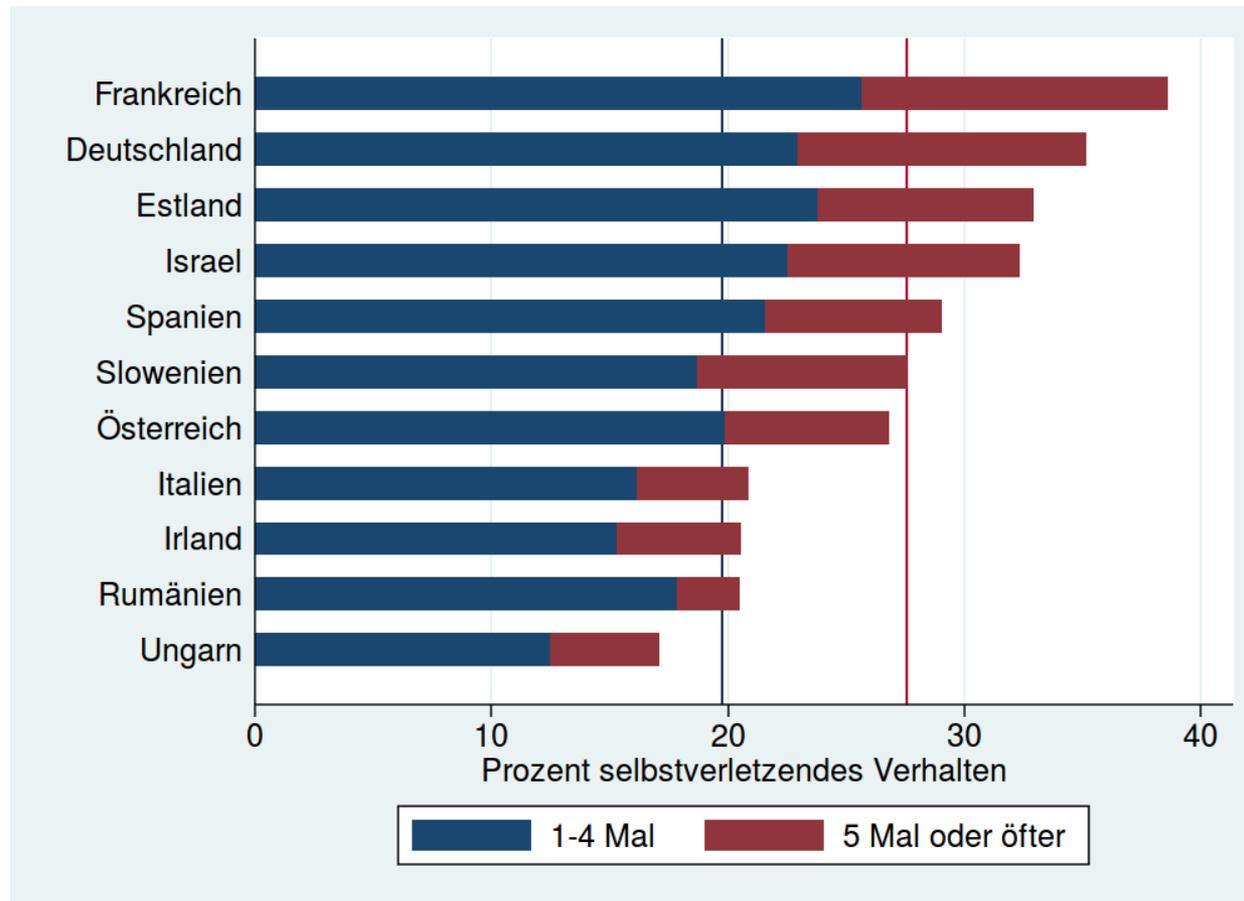
Selbstschädigung als „Proxy“ psychischer Erkrankungen in der Adoleszenz



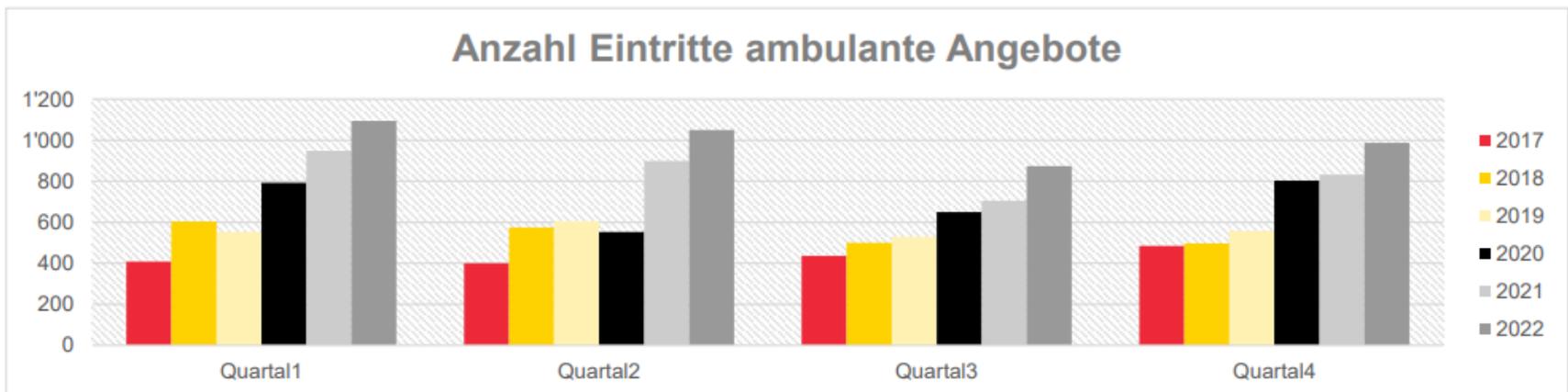
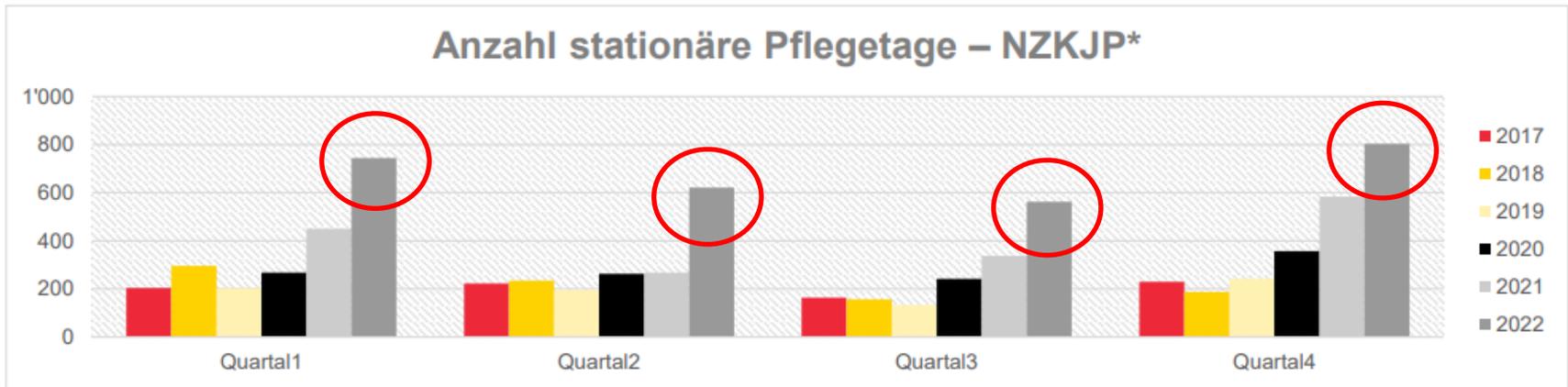
Prävalenz Suizidversuche



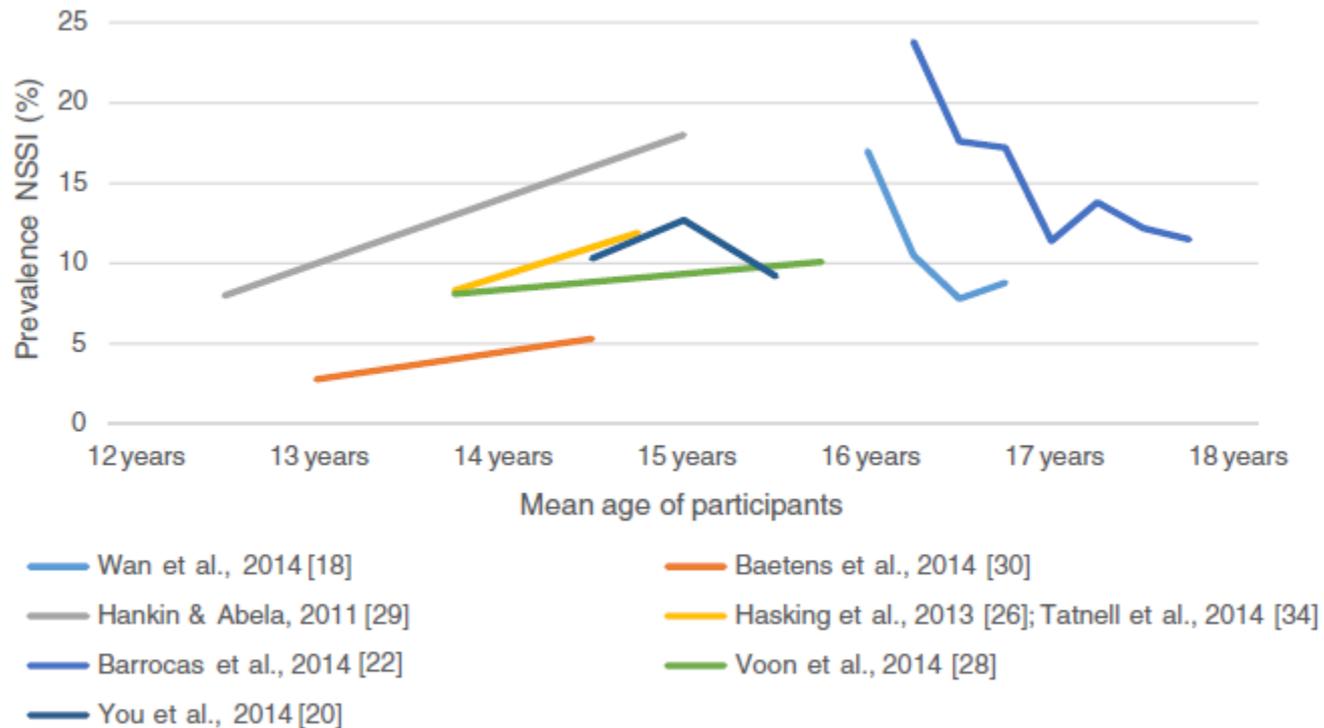
Prävalenz nichtsuizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)



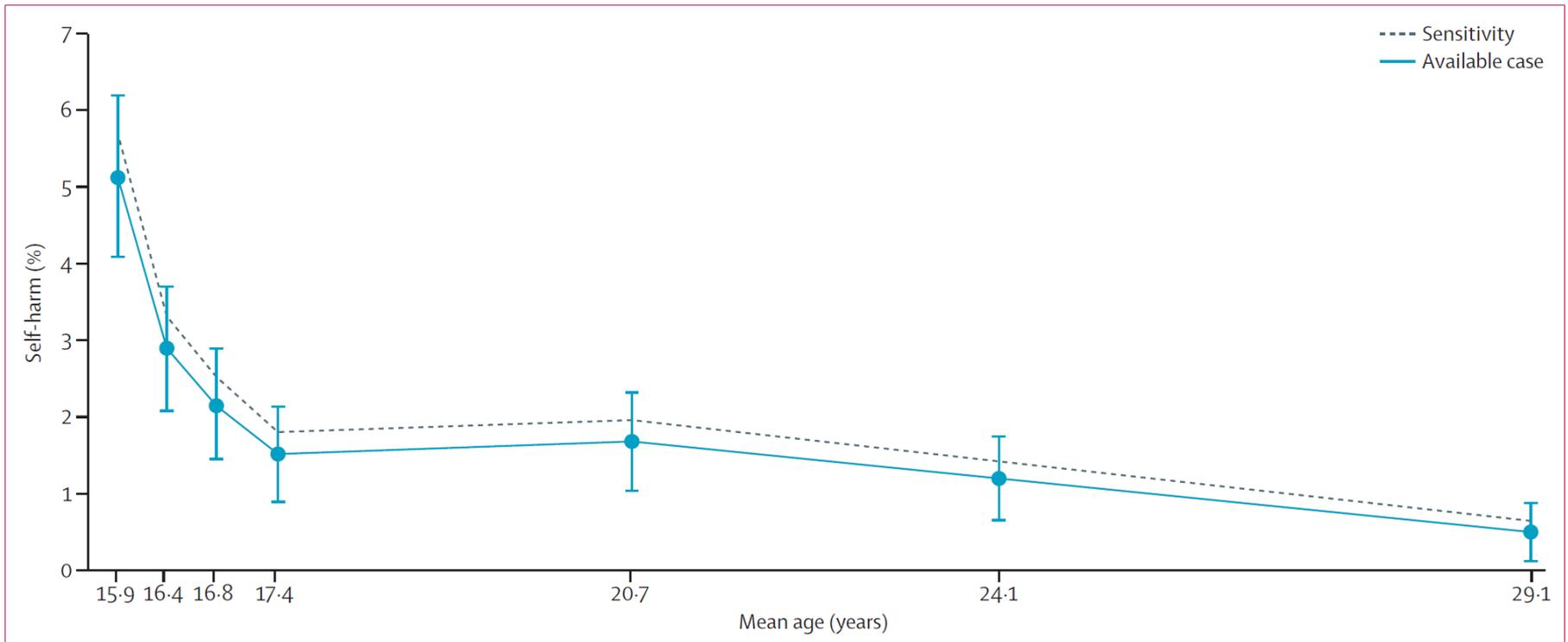
Anstieg der Inanspruchnahme der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgrund von Suizidalität



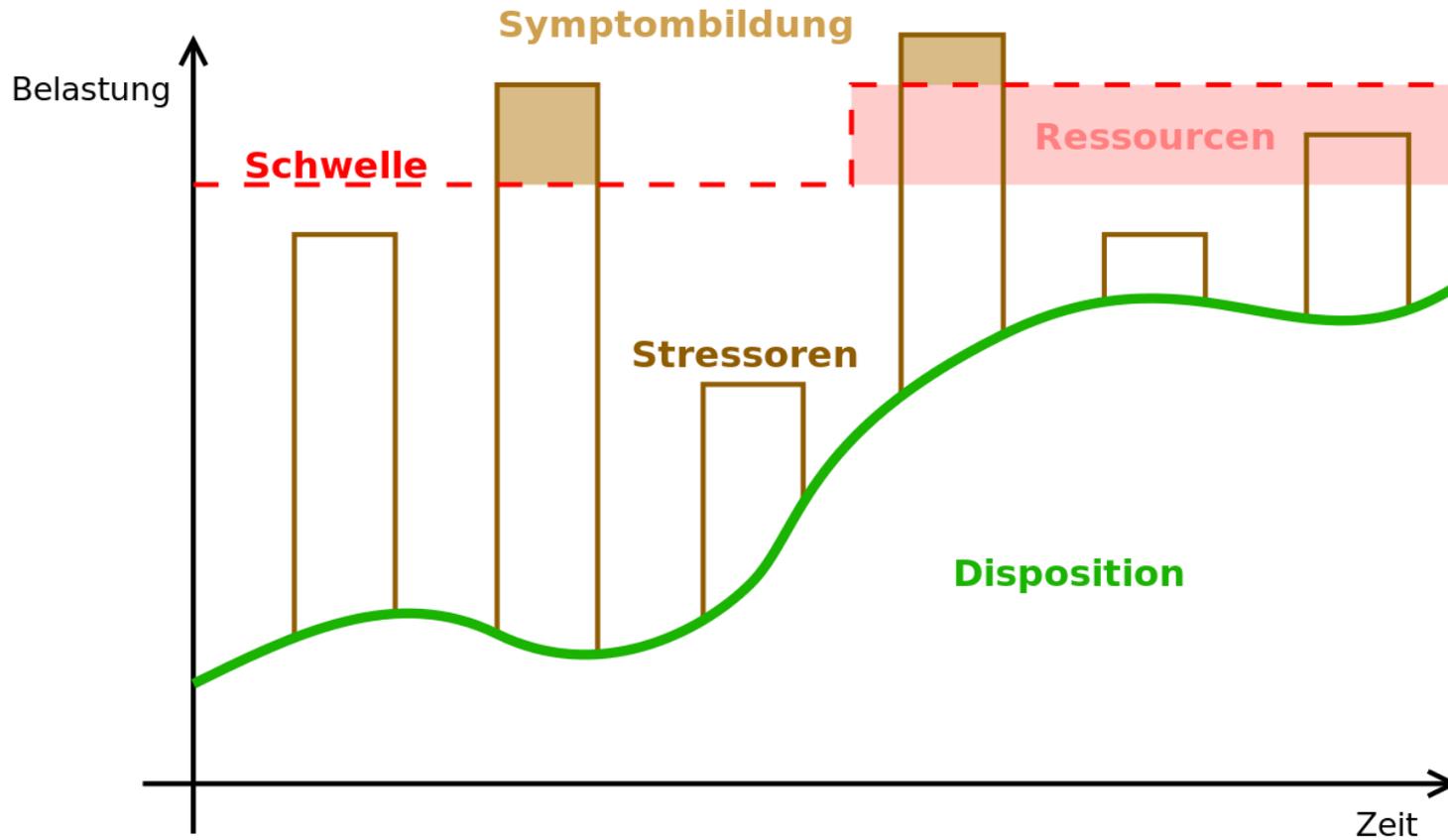
Jugendalter als Hochphase der Selbstschädigung



Selbstverletzendes Verhalten bis ins Erwachsenenalter



Entstehung psychischer Erkrankungen

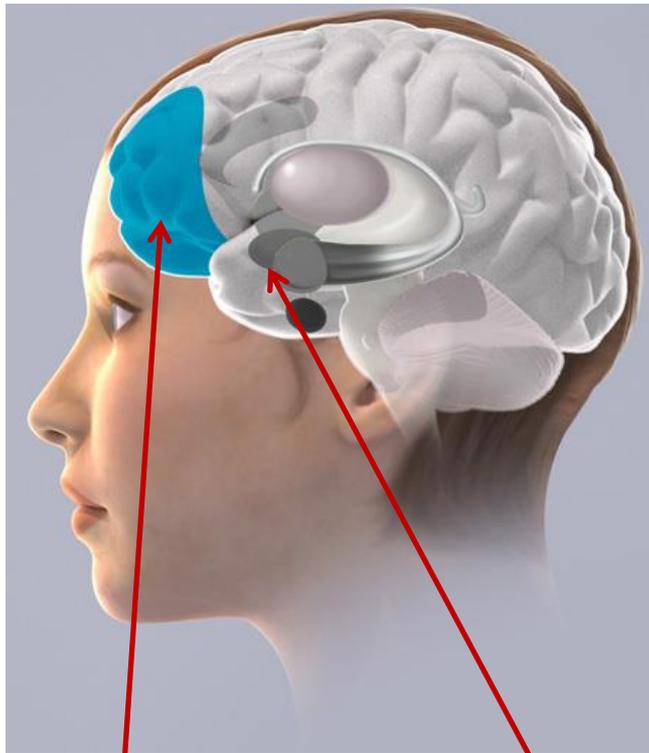


Entwicklungsschritte in der Adoleszenz

In der Adoleszenz müssen wesentliche Entwicklungsschritte bewältigt werden:

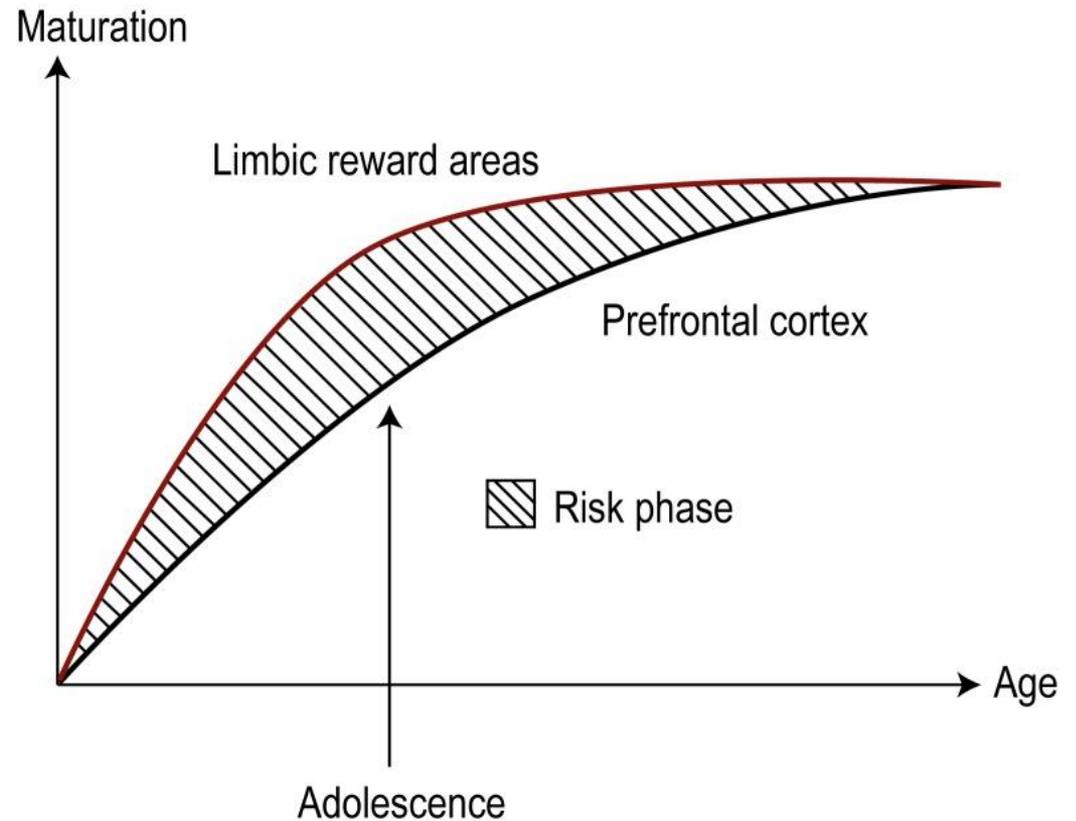
- **Dramatische biologische Umbauprozesse (nicht begrenzt auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale)**
- Loslösung von den Eltern (Autonomieentwicklung)
- Bildung eines sozialen Netzwerkes (bestehend aus sog. Peers)
- Identitätsentwicklung (inkl. Entwicklung einer sexuellen Identität)
- Erarbeitung eines guten psychosozialen Funktionsniveaus

Biologische Disposition in der Adoleszenz

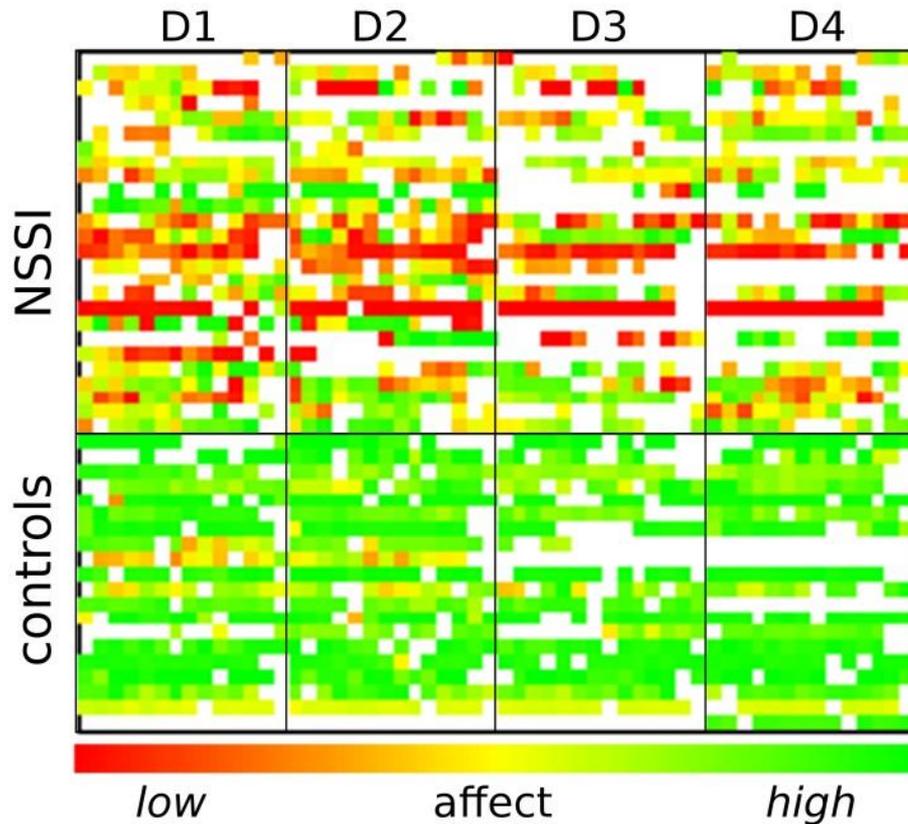


Präfrontaler Kortex

Limbisches System



NSSV und emotionale Dysregulation



Klinische Fall-Kontroll-Studie:

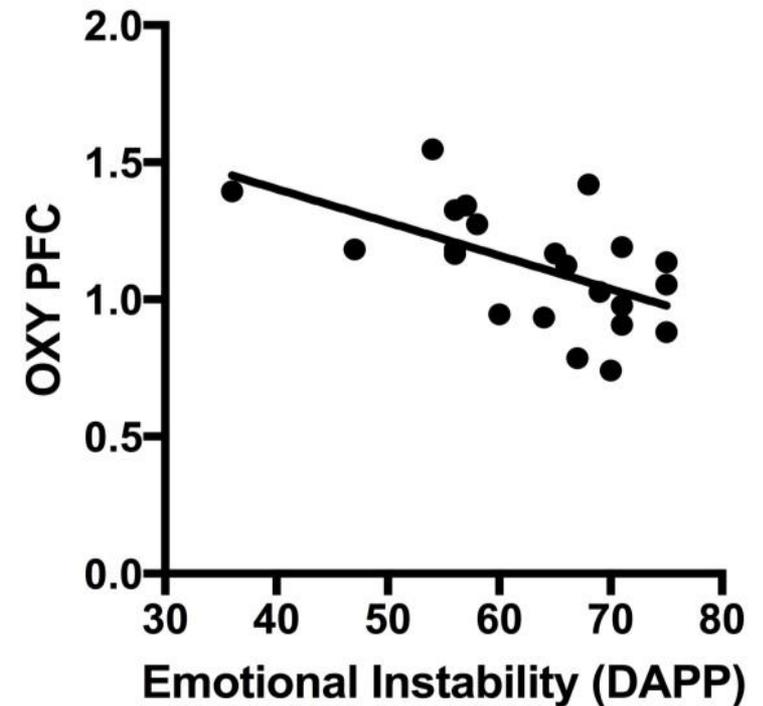
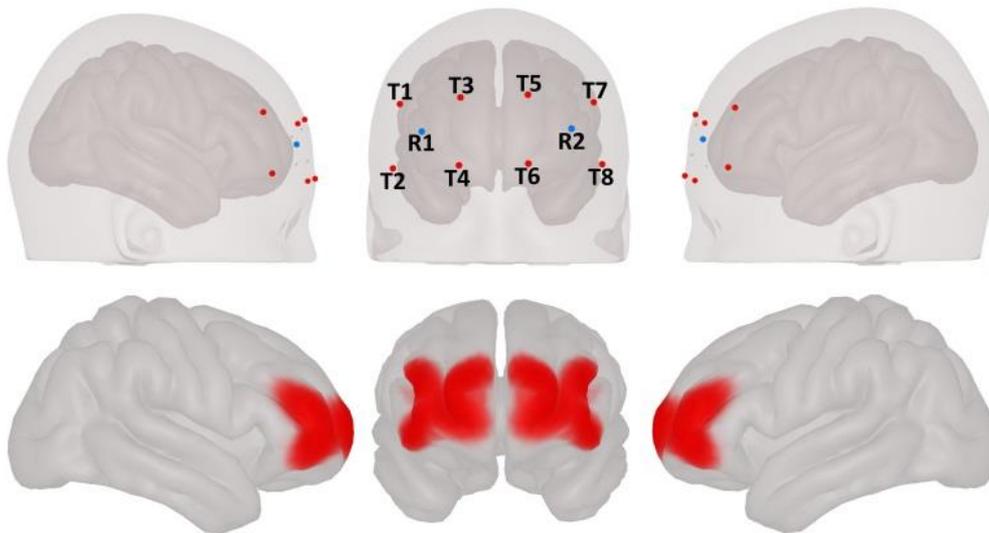
Ecological Momentary Assessment (EMA) über 4 Tage

NSSV: n=26 (100% weiblich, 15.9 Jahre alt)

Kontrollen: n=20 (100% weiblich, 15.8 Jahre alt)

Signifikant höhere Instabilität ($p < .001$) im Affekt bei Jugendlichen mit NSSV

NSSV und Frontalhirnaktivität

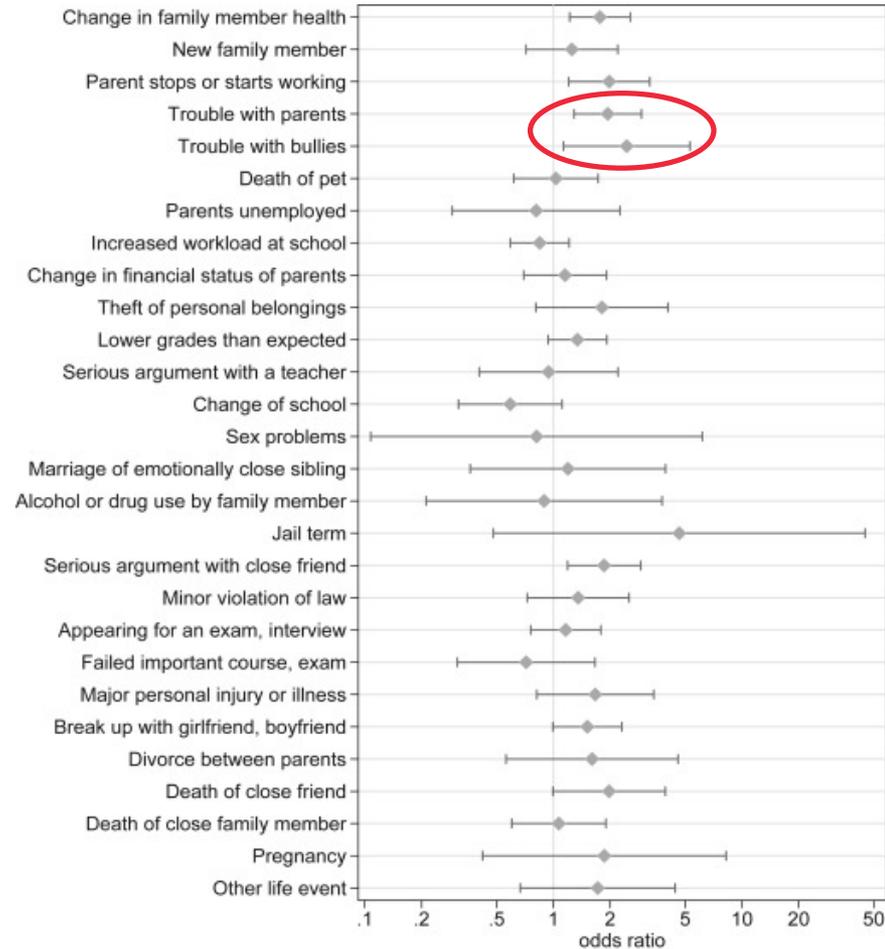


Entwicklungsschritte in der Adoleszenz

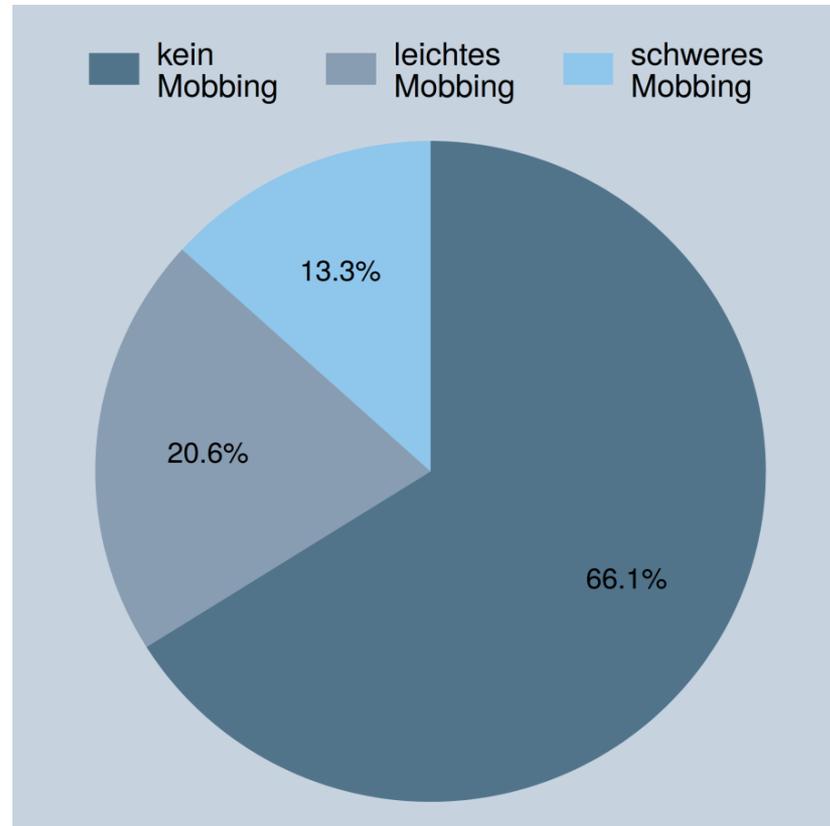
In der Adoleszenz müssen wesentliche Entwicklungsschritte bewältigt werden:

- Dramatische biologische Umbauprozesse (nicht begrenzt auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale)
- **Loslösung von den Eltern (Autonomieentwicklung)**
- **Bildung eines sozialen Netzwerkes (bestehend aus sog. Peers)**
- Identitätsentwicklung (inkl. Entwicklung einer sexuellen Identität)
- Erarbeitung eines guten psychosozialen Funktionsniveaus

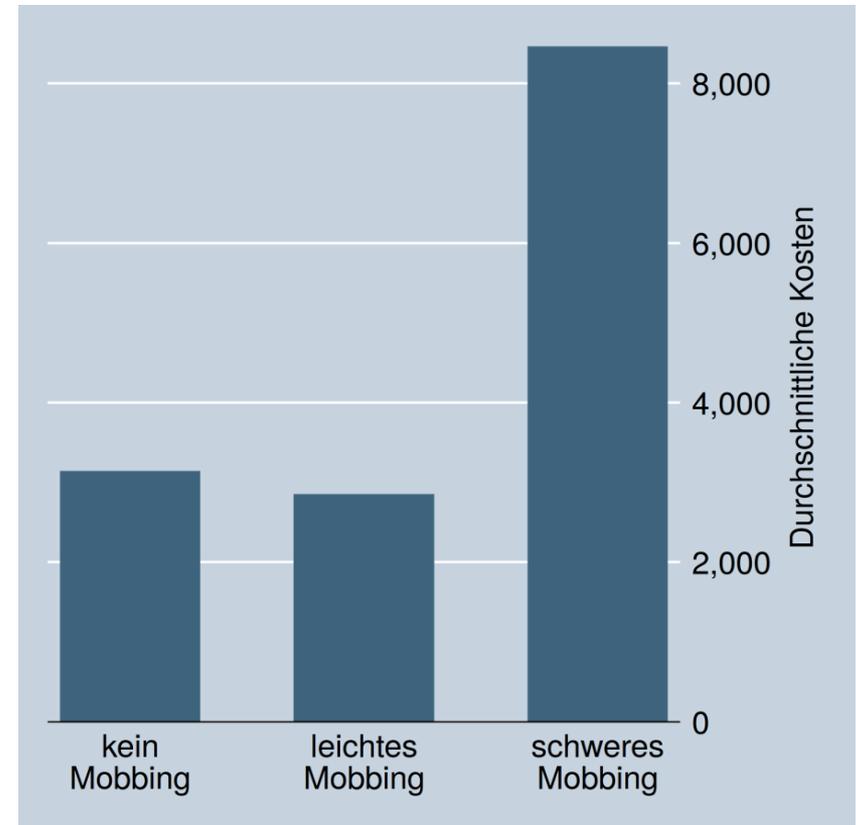
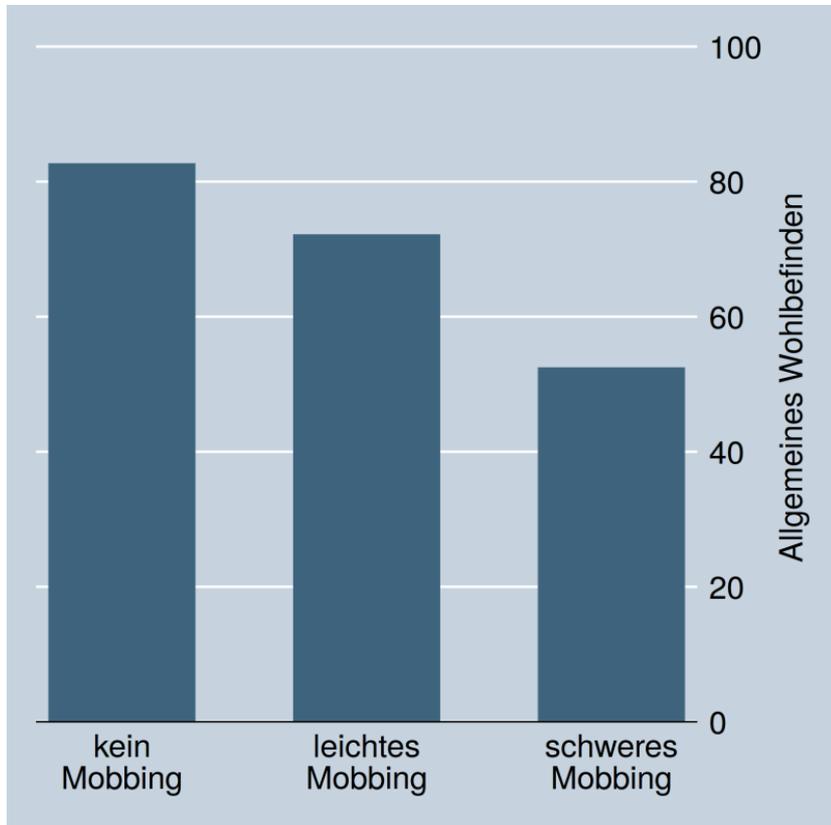
Stressexposition in der Adoleszenz



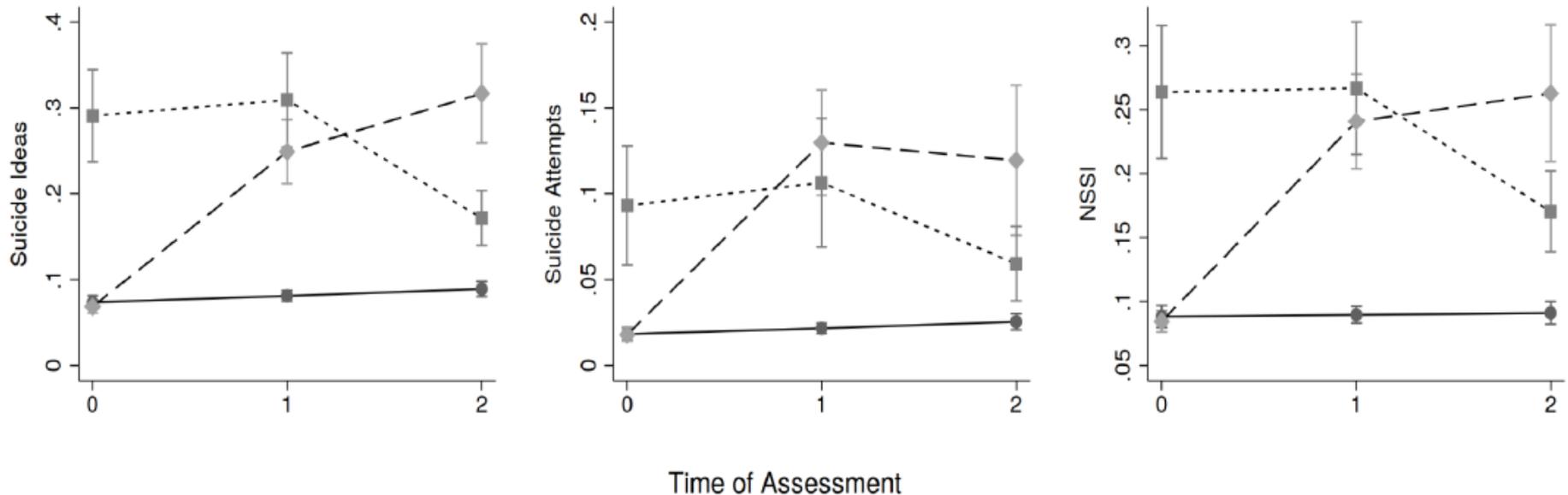
Mobbing im Jugendalter



Mobbing im Jugendalter verursacht Gesundheitskosten



Mobbing als stärkster Risikofaktor für Suizidalität und Selbstverletzung



Latent Growth Curve Models (LGCMs) für einige exemplarische Verläufe von Mobbing:

Nein-Nein-Nein _____
Nein-Ja-Ja - - - - -
Ja-Ja-Nein

Soziale Medien und Suizidalität

Wesentlich sind:

- Cybermobbing
- Inhalte zu Selbstschädigung und Suizidalität
- „Social Media Disorder“
- Sexting

Weniger relevant sind die Häufigkeit und Wichtigkeit sozialer Medien!

Table 2

Associations between social media use variables and self-injurious thoughts and behaviors.

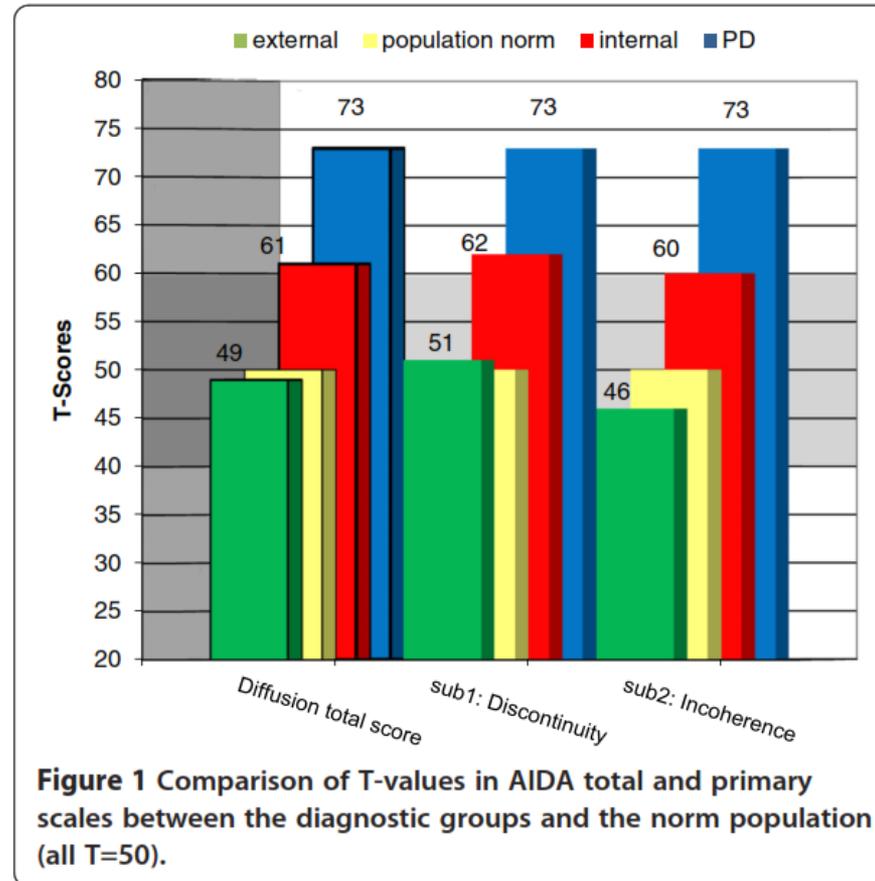
	<i>k</i>	<i>N</i>	Effect size analyses		
			OR	95% CI	<i>p</i>
Cybervictimization					
Suicidal Ideation	45	135,424	2.93	2.43–3.54	<.001
Suicide Plans	10	40,760	3.07	2.18–4.34	<.001
Suicide Attempts	25	106,417	3.38	2.59–4.41	<.001
NSSI	3	532	4.36	2.32–8.20	<.001
Cyberbullying perpetration					
Suicidal Ideation	5	2444	1.89	1.54–2.32	<.001
Suicide Plans	1	650	1.87	1.41–2.48	<.001
Suicide Attempts	3	1890	1.65	1.25–2.18	<.001
SITB-related social media use					
Suicidal ideation	5	3871	2.79	1.85–4.21	<.001
Suicide plans	3	10,980	3.78	1.90–7.55	<.001
Suicide attempts	5	11,735	3.94	2.20–7.07	<.001
NSSI	2	245	2.98	1.46–6.11	.003
Frequency of social media use					
Suicidal ideation	6	2974	1.45	0.95–2.23	.089
Suicide plans	2	391	1.47	0.33–6.43	.612
VNSSI	3	570	2.03	0.79–5.21	.143
Problematic social media use					
Suicidal ideation	4	21,391	2.81	1.72–4.59	<.001
Sexting					
Suicidal Ideation	2	586	2.37	0.98–5.73	.057
Suicide Attempts	1	11,707	4.24	3.13–5.44	<.001
NSSI	2	6103	3.07	2.53–3.74	<.001
Importance of social media					
Suicidal ideation	3	858	1.05	0.96–1.15	.291
Suicide plans	2	391	1.02	0.71–1.49	.902
NSSI	2	391	1.25	1.06–1.47	.007

Entwicklungsschritte in der Adoleszenz

In der Adoleszenz müssen wesentliche Entwicklungsschritte bewältigt werden:

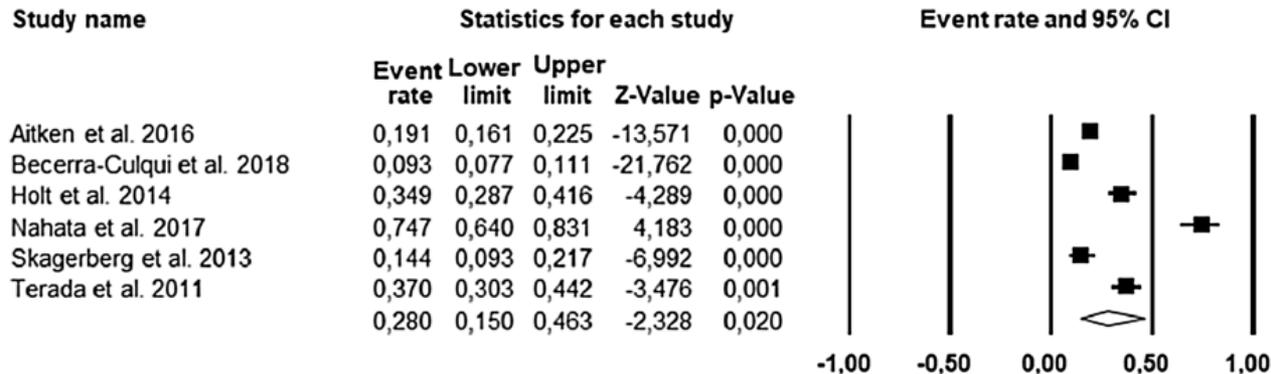
- Dramatische biologische Umbauprozesse (nicht begrenzt auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale)
- Loslösung von den Eltern (Autonomieentwicklung)
- Bildung eines sozialen Netzwerkes (bestehend aus sog. Peers)
- **Identitätsentwicklung (inkl. Entwicklung einer sexuellen Identität)**
- Erarbeitung eines guten psychosozialen Funktionsniveaus

Identitätsprobleme und psychische Erkrankungen

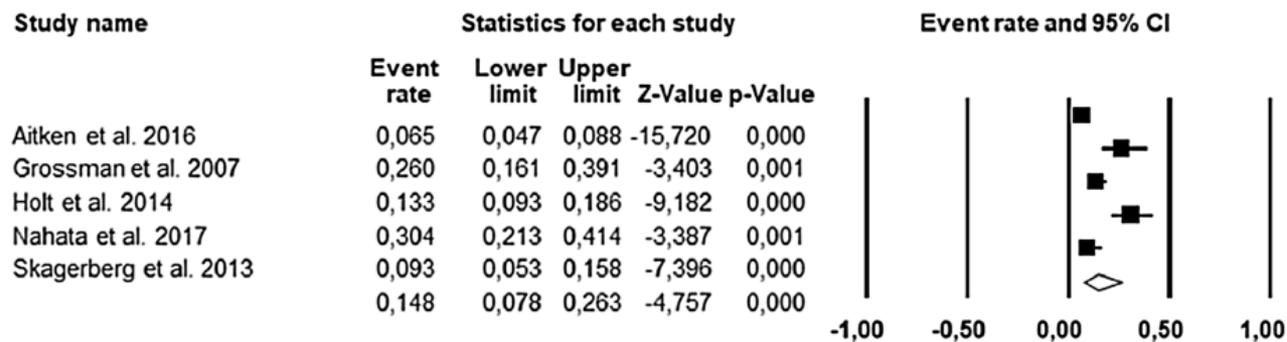


Geschlechtsidentität und Suizidalität

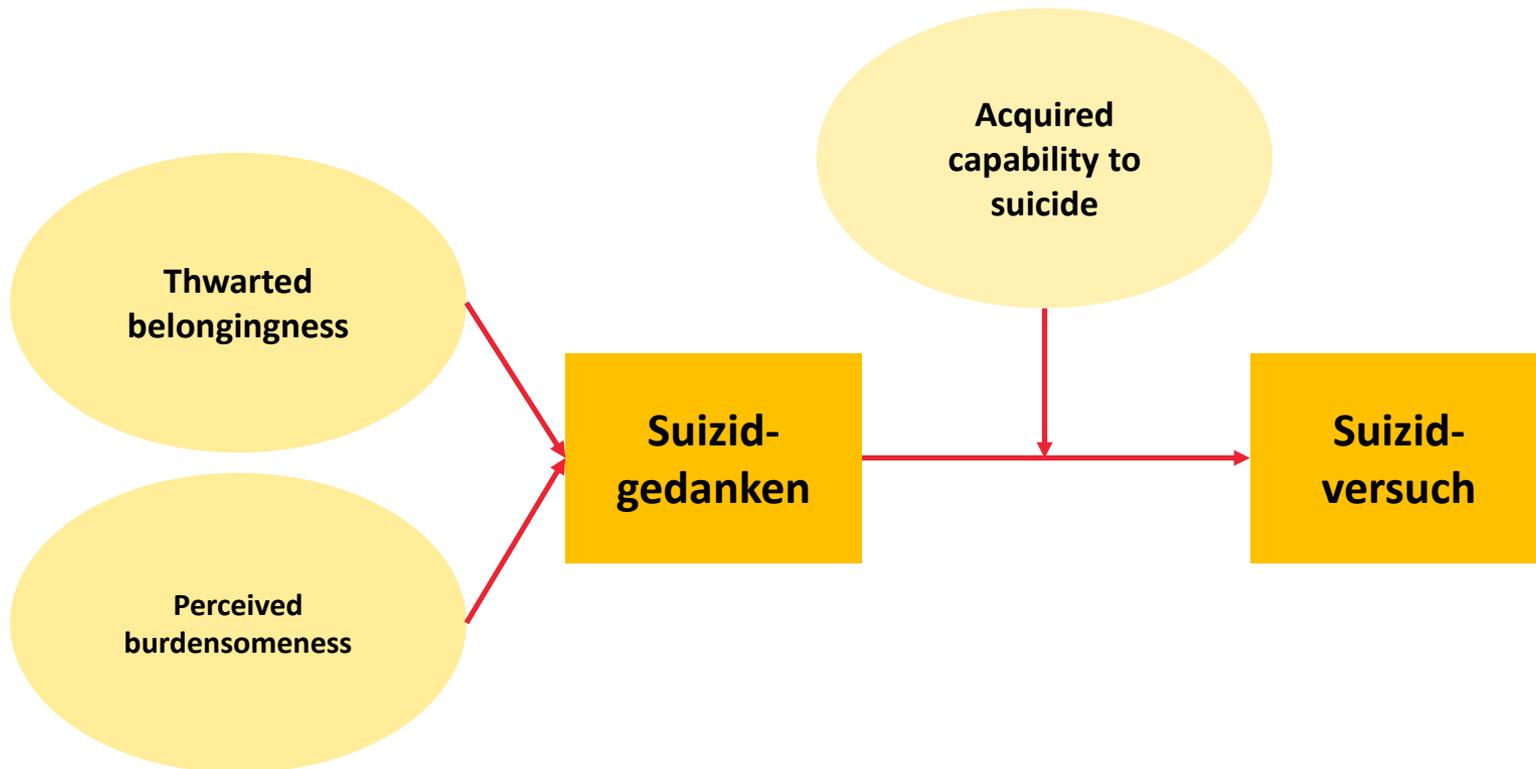
(b) Suicidal ideation



(c) Suicide attempts



Interpersonelle Theorie des Suizids



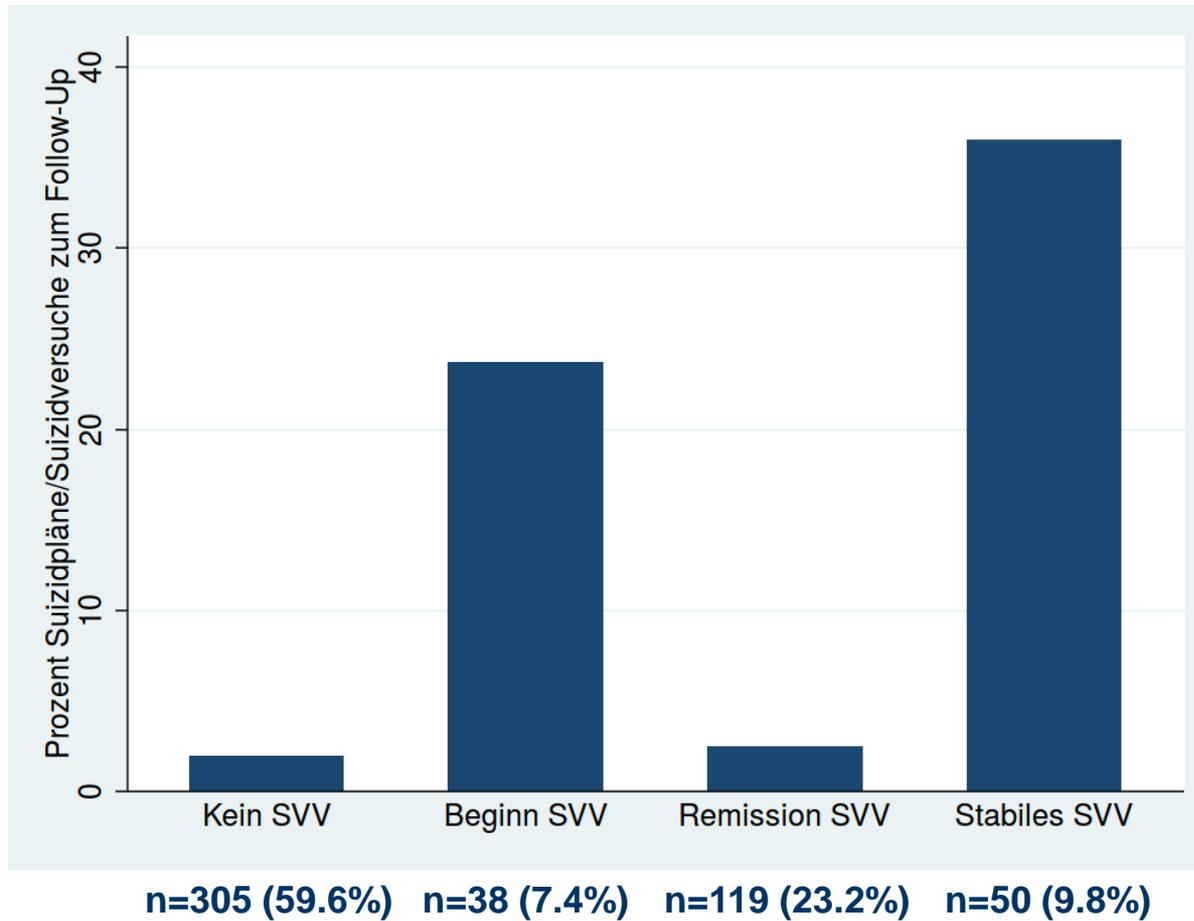
Keine Suizidalität

Suizid

Risikosyndrom

Joiner (2015)

Die Reduktion von NSSV ist suizidpräventiv



Das „Risk Behavior Syndrome“

Handout

Selbstschädigung und Risikoverhalten

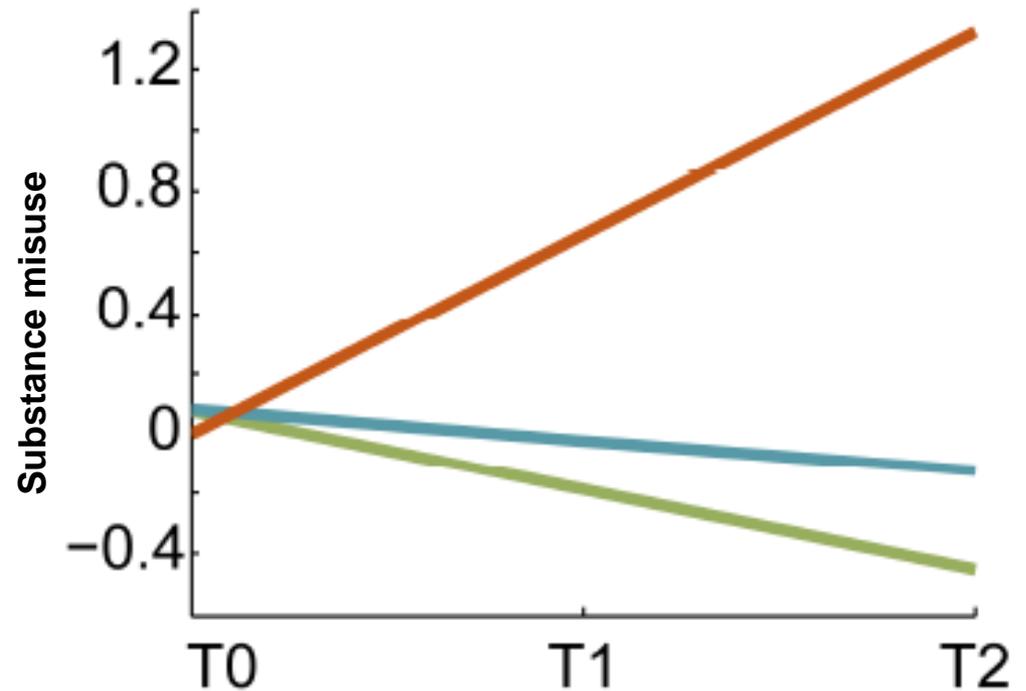
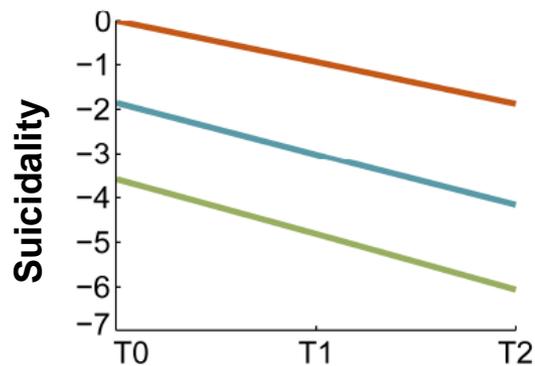
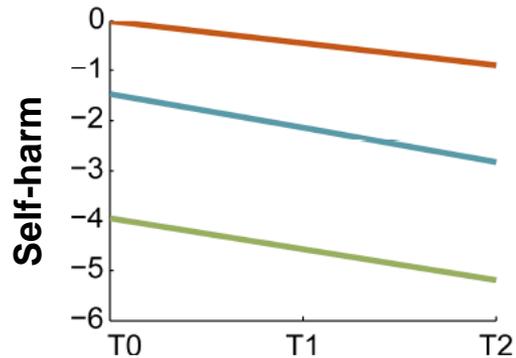
Substance misuse

Suicidality



- N=515 Jugendliche
- n=93 Jugendliche in mind. einem Hochrisikocluster
- Starke Überlappung der Hochrisikocluster
- Signifikante Erhöhung der BPS-Traits in den Hochrisikoclustern

Selbstschädigung und Risikoverhalten



Der prognostische Wert von Selbstverletzung im Jugendalter

Table 3 | Hazard ratios for all cause and cause specific mortality for self harm cohort versus age, sex, and practice matched comparison cohort

Cause of death*	Self harm cohort (n=8638)		Comparison cohort (n=170 274)		Hazard ratio (95% CI)	
	No of deaths	Rate per 1000 person years	No of deaths	Rate per 1000 person years	Unadjusted	Adjusted†
All causes:	43	5.47	176	1.11	5.78 (4.08 to 8.20)	5.71 (4.02 to 8.11)
Boys	25	12.03	74	1.76	8.61 (5.31 to 13.95)	8.64 (5.29 to 14.12)
Girls	18	3.11	102	0.88	3.95 (2.35 to 6.63)	3.93 (2.33 to 6.62)
All natural causes	15	1.91	104	0.66	3.38 (1.93 to 5.90)	3.41 (1.95 to 5.99)
All unnatural causes	28	3.56	72	0.45	9.31 (5.85 to 14.81)	9.35 (5.84 to 14.97)
Suicide	13	1.65	17	0.11	18.67 (8.32 to 41.87)	17.48 (7.55 to 40.46)
Suicide (including open verdicts)	16	2.04	24	0.15	17.31 (8.52 to 35.16)	16.95 (8.28 to 34.68)
Acute alcohol or drug poisoning	11	1.40	6	0.04	38.20 (13.23 to 110.28)	34.33 (10.19 to 115.69)
Accident	12	1.52	47	0.30	5.96 (3.08 to 11.53)	5.97 (3.05 to 11.68)

*Cause of death categories are not mutually exclusive.

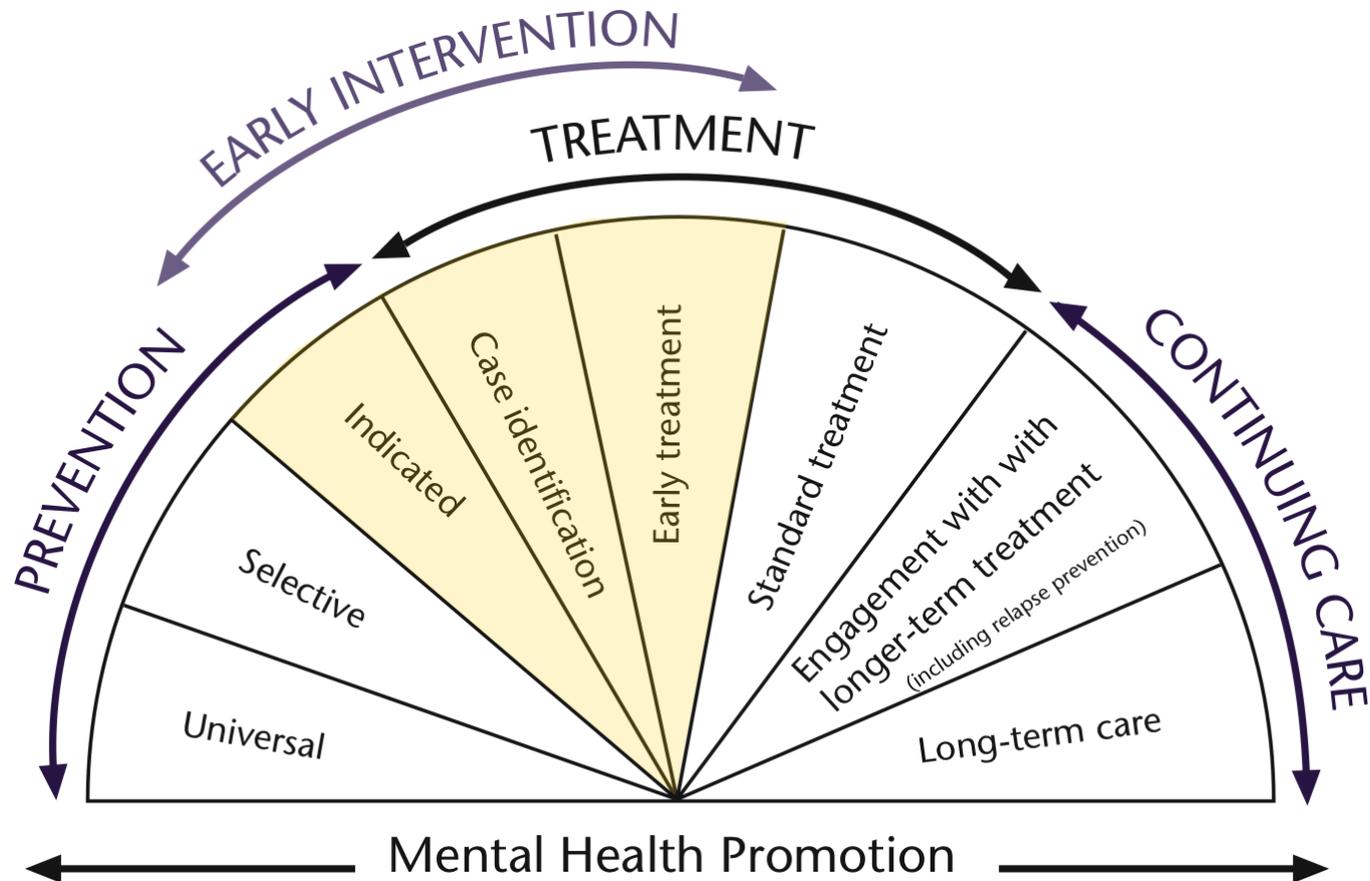
†Adjusted by index of multiple deprivation fifth.

Entwicklungsschritte in der Adoleszenz

In der Adoleszenz müssen wesentliche Entwicklungsschritte bewältigt werden:

- Dramatische biologische Umbauprozesse (nicht begrenzt auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale)
- Loslösung von den Eltern (Autonomieentwicklung)
- Bildung eines sozialen Netzwerkes (bestehend aus sog. Peers)
- Identitätsentwicklung (inkl. Entwicklung einer sexuellen Identität)
- **Erarbeitung eines guten psychosozialen Funktionsniveaus**

Früherkennung und Frühbehandlung



Warum Frühbehandlung?

- **Verringerung von akuten und langfristigen Risiken**
 - Suizid
 - Substanzmissbrauch und –abhängigkeit
 - (Interpersonelle) Stressoren
- **Verringerung einer Chronifizierung von Erkrankungen**
- **Aufrechterhaltung des psychosozialen Funktionsniveaus**

Wirksamkeit der Frühbehandlung am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS)

Kriterien nach DSM-5

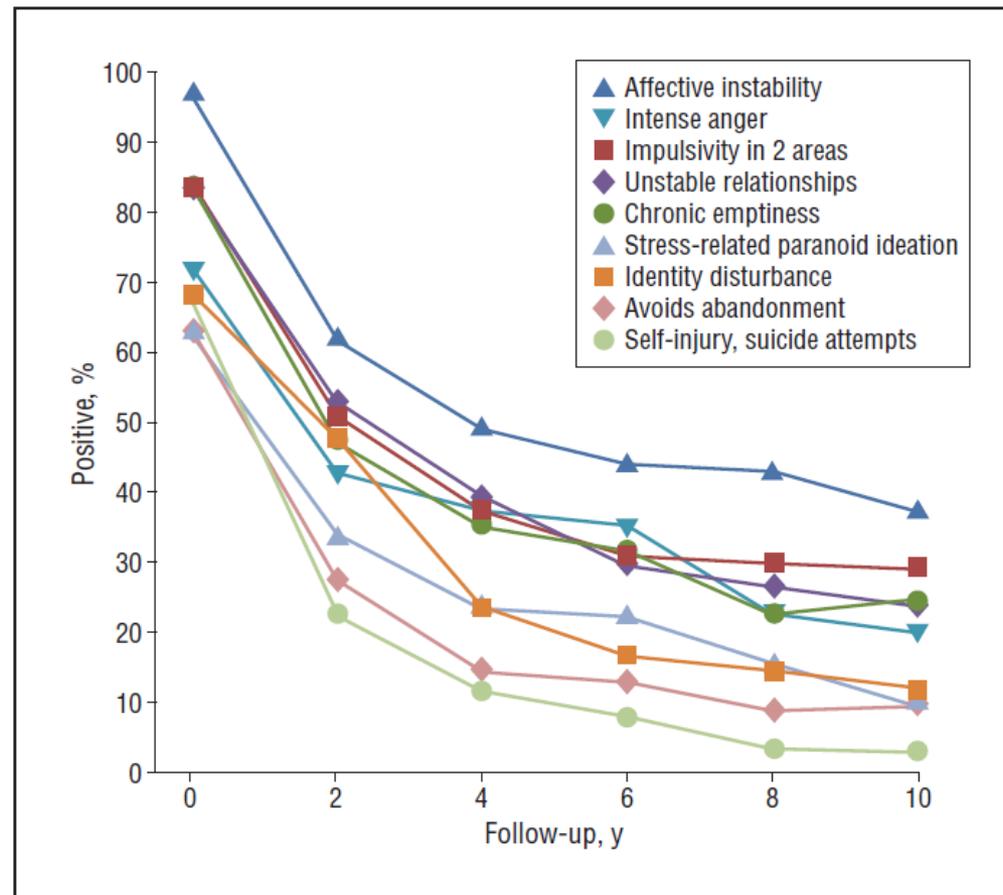
- (1) Angst vor dem Verlassenwerden
- (2) Instabile zwischenmenschliche Beziehungen
- (3) Identitätsstörung
- (4) Impulsivität
- (5) Repetitive Selbstverletzungen und suizidale Handlungen
- (6) Affektive Instabilität
- (7) Chronisches Gefühl der Leere
- (8) Überschüssende Wut und Gereiztheit
- (9) Transiente paranoide und dissoziative Symptome

Die Symptome der BPS beginnen in der Regel mit der Pubertät und gipfeln im jungen Erwachsenenalter

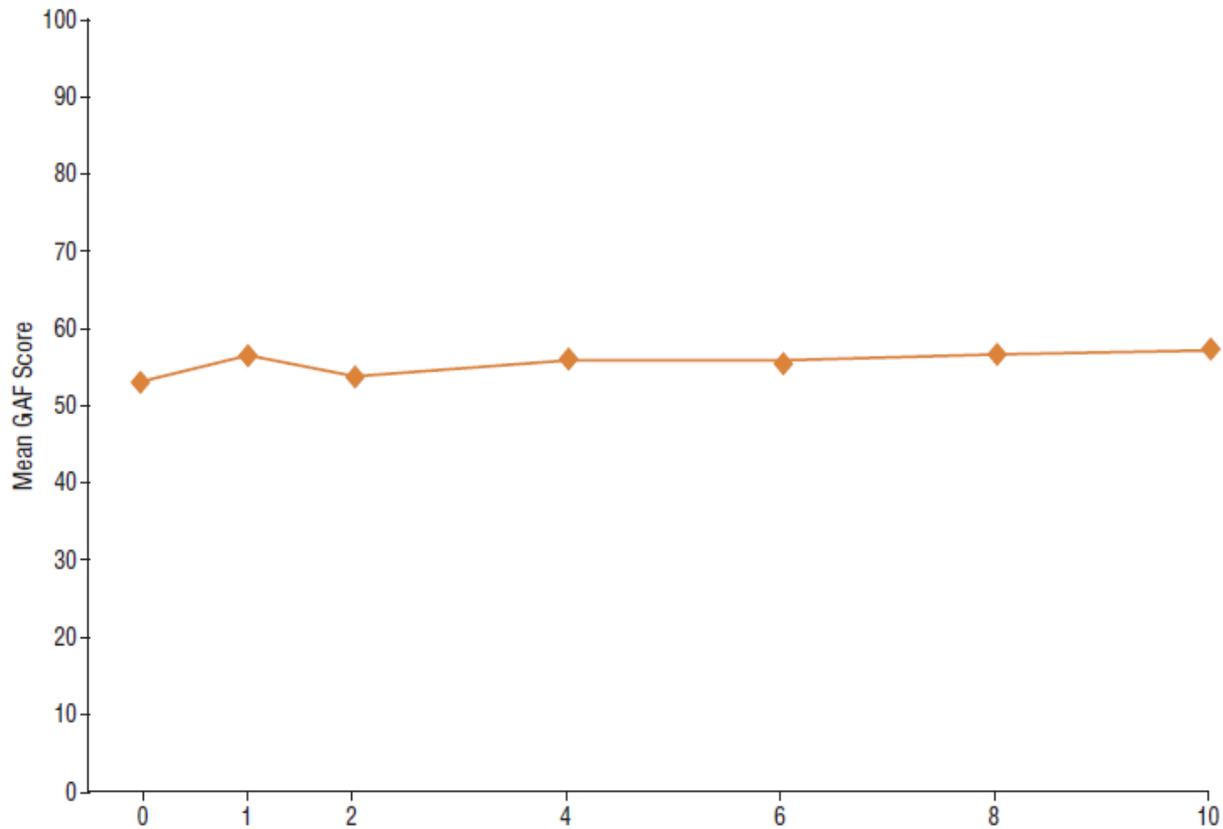
Kernsymptome sind ein hohes Mass an emotionaler Instabilität sowie Beziehungsstörungen und Identitätsprobleme

Die BPS ist meist von starkem Risikoverhalten und Selbstschädigung begleitet

Verlauf der BPS nach Therapie bei Erwachsenen



Verlauf des psychosozialen Funktionsniveaus nach Therapie bei Erwachsenen



Frühbehandlung der BPS in Bern



UNIVERSITÄRE PSYCHIATRISCHE DIENSTE BERN (UPD)
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Ambulatorium
für Risikoverhalten
und Selbstschädigung

AtRisk
Ambulatorium für Risikoverhalten
und Selbstschädigung

- **Nicht-suizidale Selbstverletzung**
- **Suizidversuche**
- **Binge-Drinking und Substanzkonsum**
- **Exzessiver Medien- und Internetkonsum**
- **Sexuelles Risikoverhalten**
- **Impulsives und delinquentes Hochrisikoverhalten**

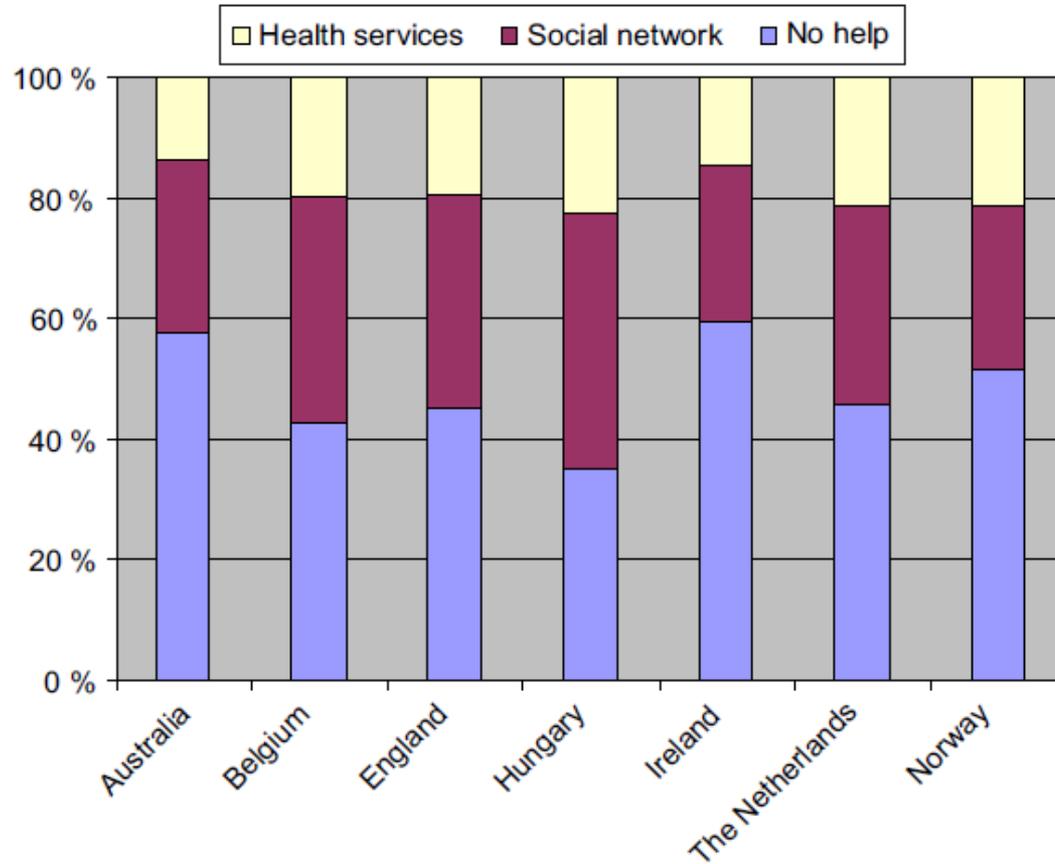
Longitudinale Daten der AtR!Sk-Kohorte – BPS



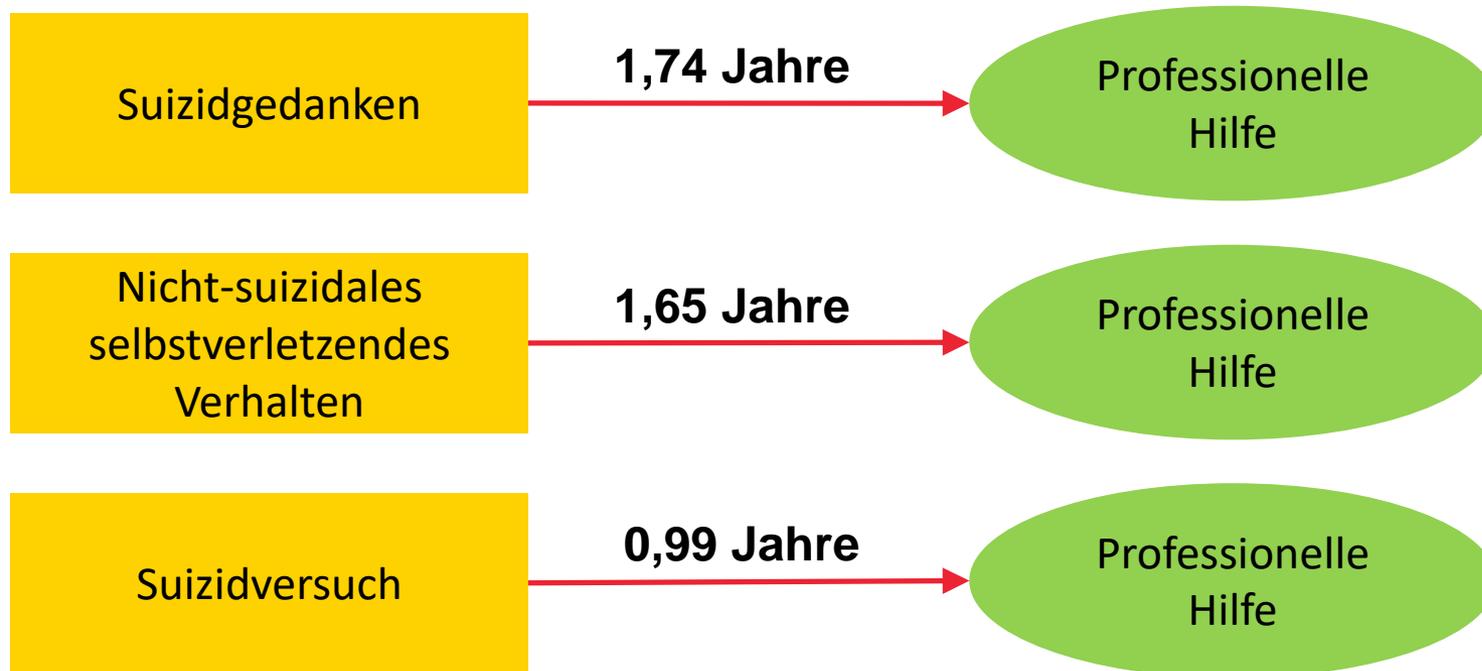
Longitudinale Daten der AtR!Sk-Kohorte – Psychosoziales Funktionsniveau



Problem: Hilfesuchverhalten



Verzögerung von professioneller Hilfe bei selbstschädigenden Jugendlichen



Gründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe



- **Stigma**
 - Psychische Erkrankungen
 - Professionelles Helfersystem
- **Mangelnde Verfügbarkeit von Angeboten**
- **Zugangswege zu Hilfe sowie Therapieangebote nicht altersadäquat**

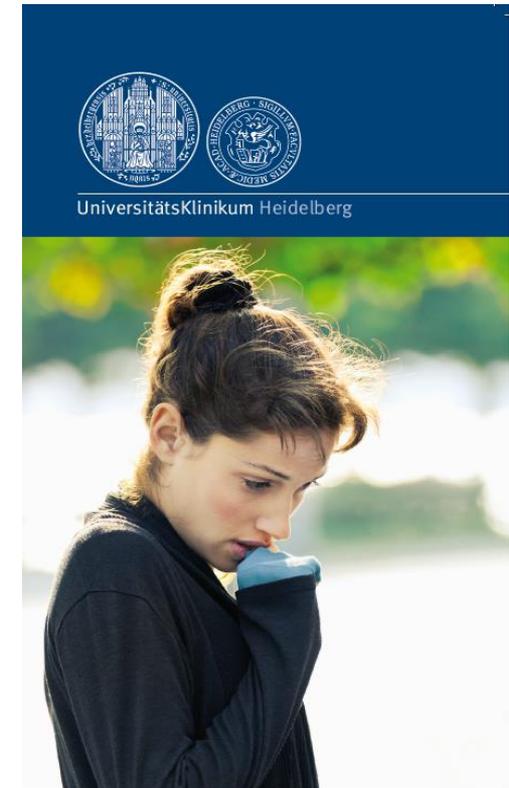
Gründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe



- **Stigma**
 - Psychische Erkrankungen
 - Professionelles Helfersystem
- **Mangelnde Verfügbarkeit von Angeboten**
- **Zugangswege zu Hilfe sowie Therapieangebote nicht altersadäquat**

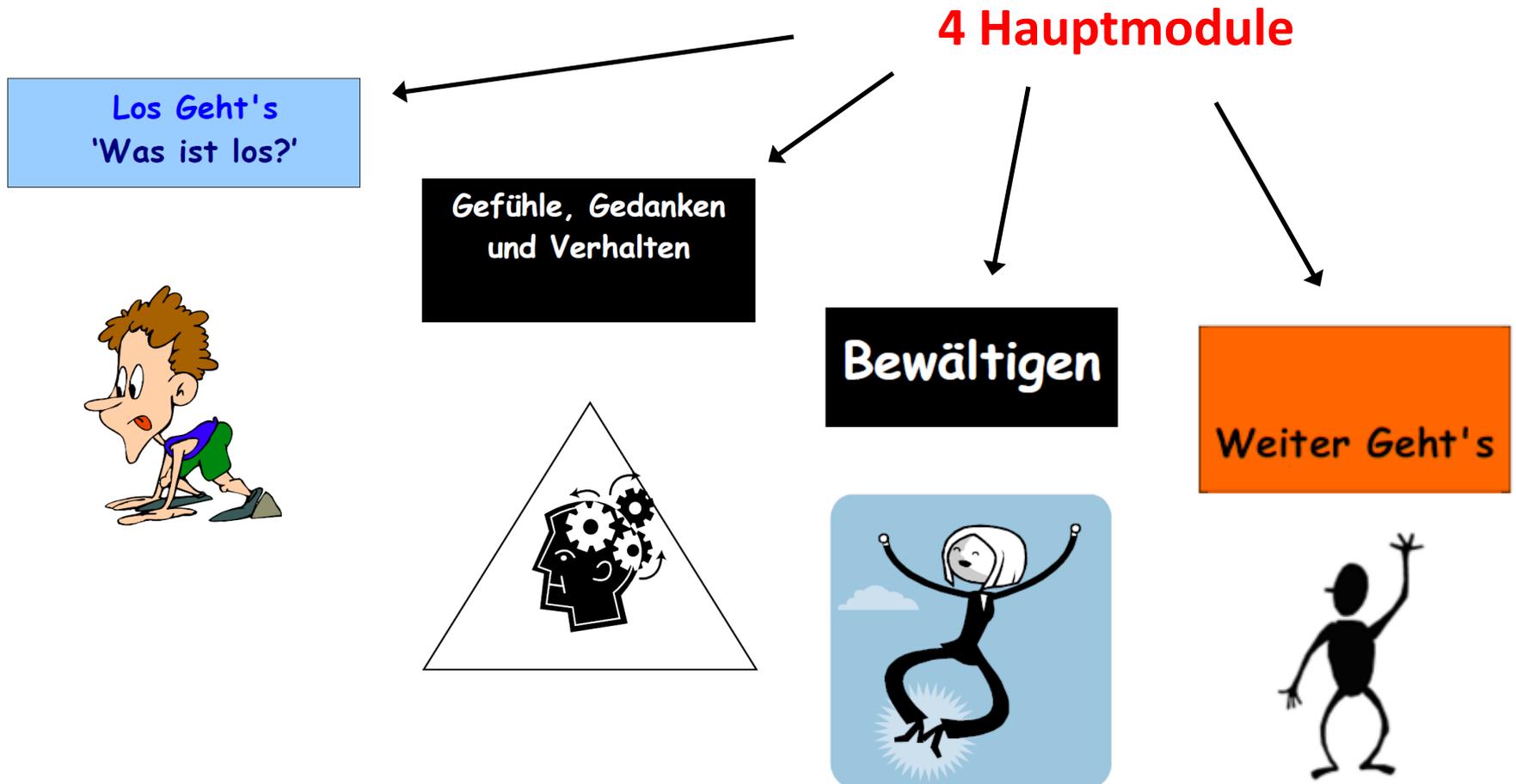
Kurzzeittherapie bei NSSV

- **Ziel:**
 - Reduktion des selbstverletzenden Verhaltens
- **Randomisiert-kontrollierte Studie zu selbstverletzendem Verhalten**
 - Kognitive Verhaltenstherapie mit Elementen der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT)
 - Kurzzeittherapie 8-12 Sitzungen
 - Indexgruppe versus high quality „treatment as usual“ (TAU)

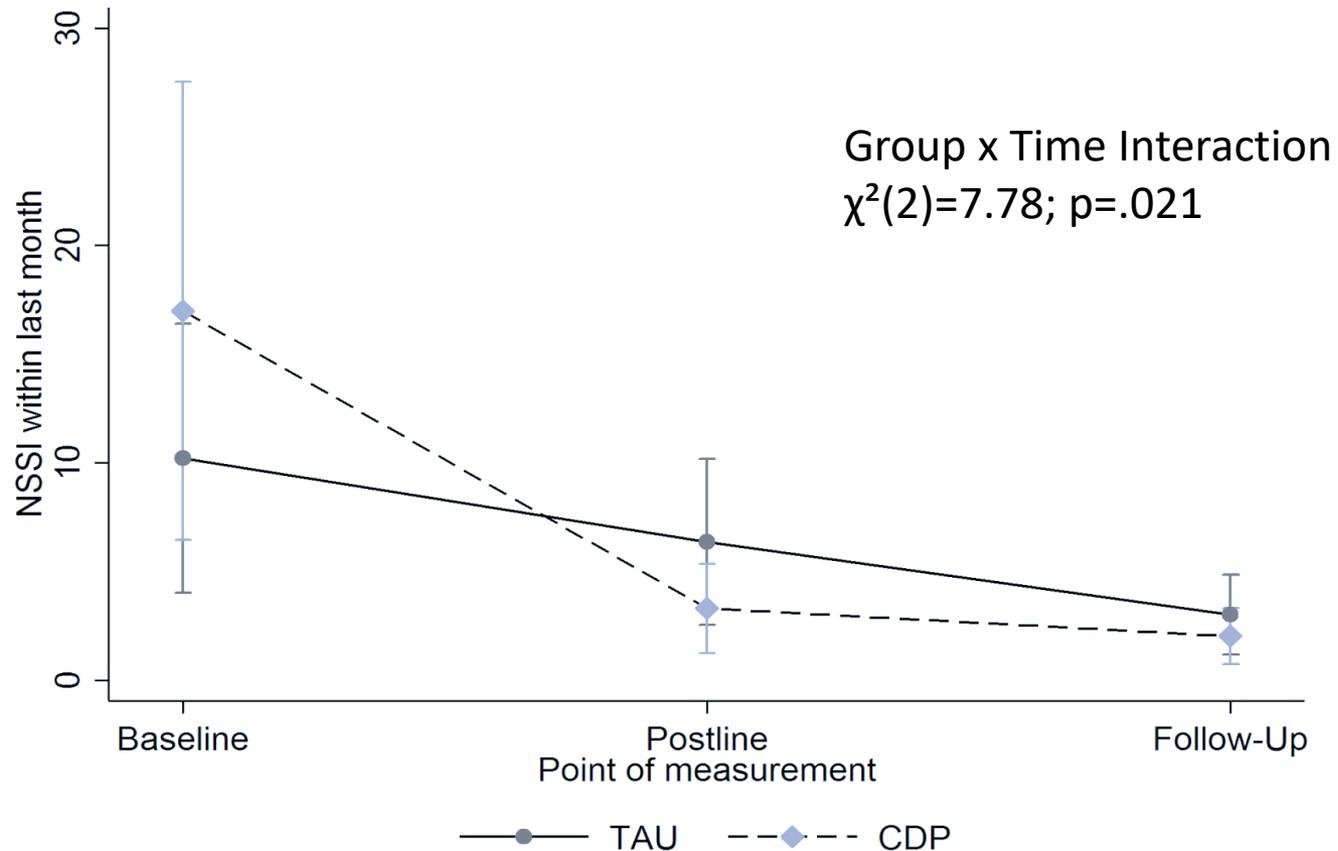


Hilfe für Jugendliche
mit selbstverletzenden
Verhaltensweisen

Das „Cutting Down Programm“



Kurzzeittherapie bei NSSV: Wirksamkeit



Online-Therapie bei NSSV

- Neuartige Kurzzeit-
Onlinetherapie
- Basierend auf
evaluiertem Face-
to-Face Manual
(„Cutting-Down“
Programm)
- **Grundlage:**
Verhaltenstherapie
und Elemente der
dialektisch-
behavioralen
Therapie (DBT)

STAR
SELF-HARM - TREATMENT ASSESSMENT RECOVERY



Herzlich Willkommen!



Online-Therapie bei NSSV: Zwischenergebnisse



Handout

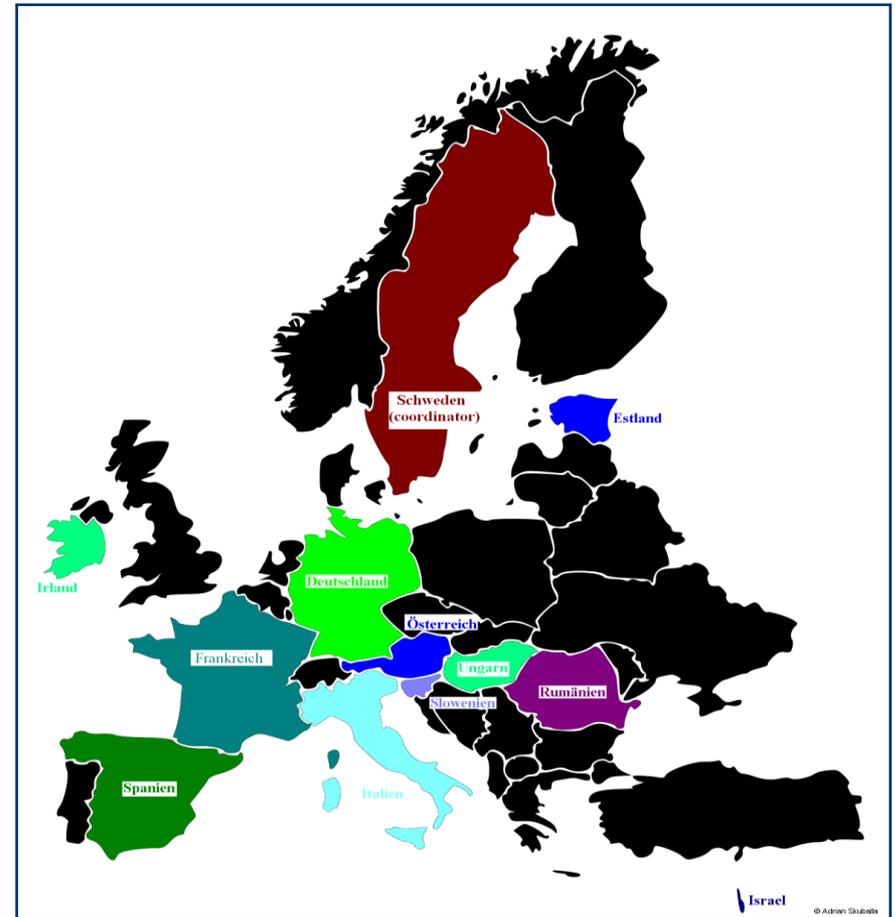
Schulbasierte Suizidprävention



The „Saving and Empowering Young Lives in Europe“ (SEYLE) Studie

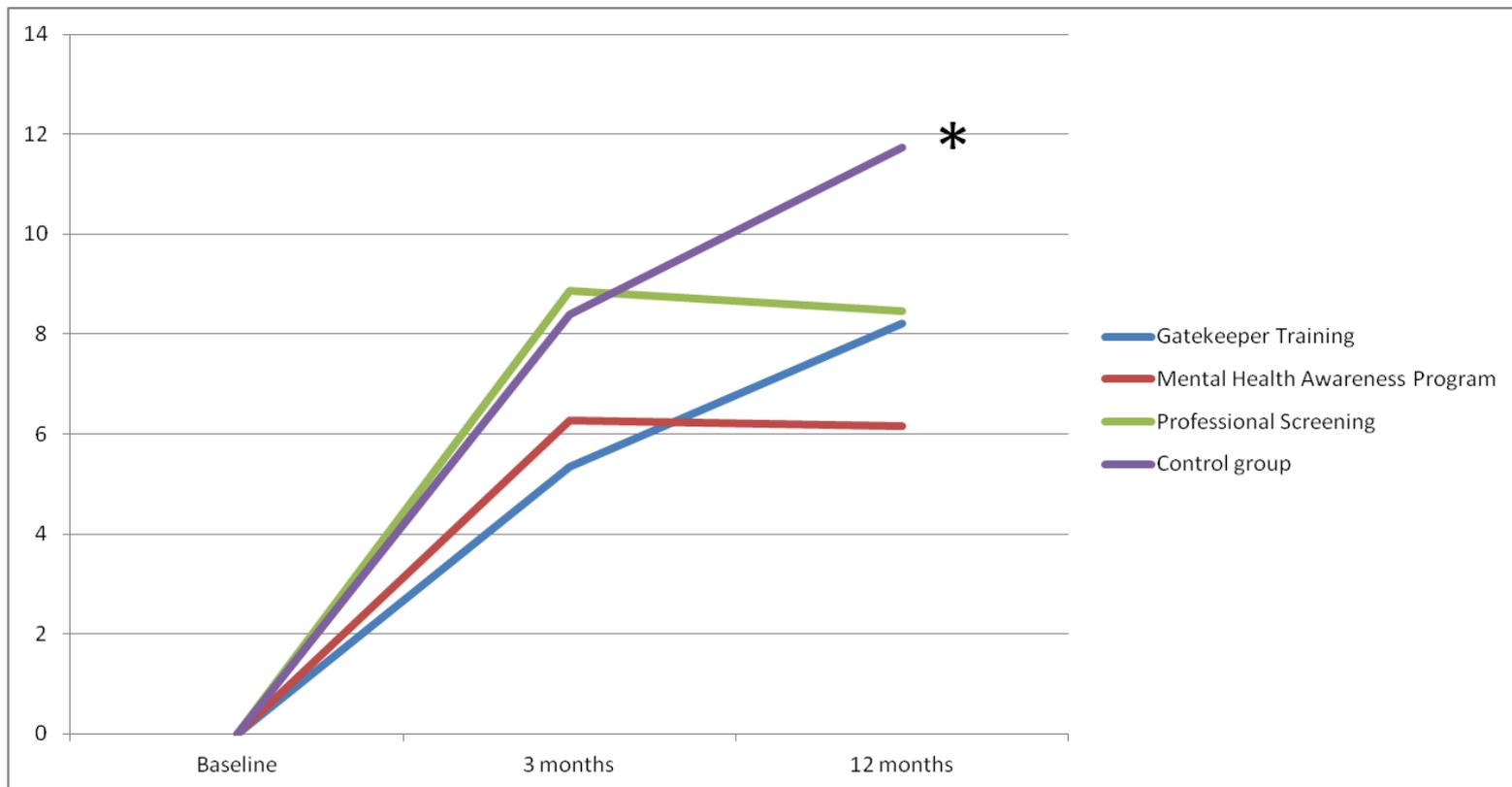
Studienzentren:
10 Europäische Länder und
Israel

Stichprobe:
Mehr als 11'000 Jugendliche

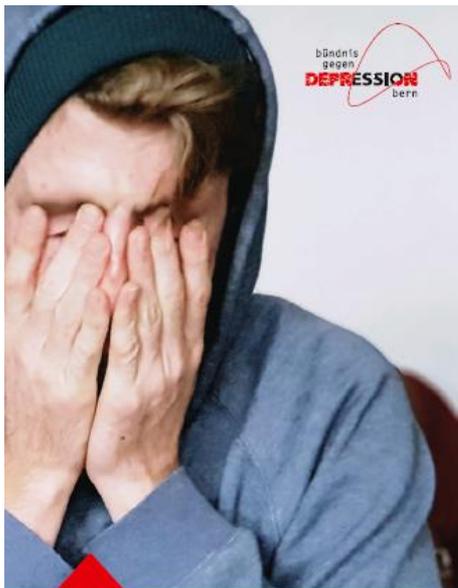


Wirksamkeit von Prävention

Reduktion der Suizidversuche im Folgejahr um mehr als 50%



Das Berner Programm „Schau hin!“



Schau hin!

Ein schulbasiertes Training des Berner Bündnis gegen Depression

Depressionen, Selbstverletzung und Suizidalität bei Kindern und Jugendlichen: erkennen, verstehen und handeln

HILFE HOLEN - WICHTIGE PUNKTE

Wenn ein Freund, Geschwisterkind oder Familienangehöriger Anzeichen von einer Krise, Depression, Selbstverletzung oder Suizidgedanken zeigt, schau hin!

BLEIB IN KONTAKT

- Sende regelmäßig kleine Zeichen.
- Zeige, dass du an die Person denkst.
- Frag nach, wie es ihr geht.



ZEIGE, DASS DIE PERSON DIR WICHTIG IST

- Kleine Aufmerksamkeitstücken oder nette Nachrichten tun jedem gut.

ABLENKUNG HILFT

- Unterbrich etwas mit der Person um sie auf andere Gedanken zu bringen.



NIMM ES ERNST

- Sätze wie "Ich bring mich um" sind manchmal schnell gesagt, ohne, dass dahinter eine Suizidabsicht steckt.
- Wenn jemand mehrfach oder in trauriger Stimmung von Selbstmord redet oder Warnsignale sendet, muss man das unbedingt ernst nehmen.
- Überbringe es nicht zu oft nach, sondern sprich es einmal zu wenig.
- Es stimmt nicht, dass Menschen, die von Selbstmord sprechen, sich nichts an tun.

SPRICH ES AN

- Wenn du mitbekommst, dass es jemandem schon länger nicht gut geht, sprich die Person direkt an.
- Z.B. "Ich mache mir Sorgen um dich. Ich habe Angst, dass du dir etwas an tun willst. Stimmt das?"
- Betroffene sind orientiert und froh, dass jemand sie ernst nimmt.
- Keine Sorge, man bringt niemanden auf die Idee sich umzubringen, wenn man ihn darauf anspricht.



HÖR ZU

- Hör aufmerksam zu (Kopfnicken, zustimmende Laute).
- Nimm dir Zeit und frag nach, was genau abläuft im Leben der Person.
- Nimm die Person ernst und unterbrich sie nicht.
- Frage offen nach und zeige Verständnis.
- Kommentiere nicht alles sofort und gib tausend Ratschläge.
- Z.B. "Ich verstehe, dass du dich verzweifelt fühlst in dieser Situation. Ich möchte aber, dass es dir wieder besser geht, du bist mir wichtig, ich möchte dir helfen, dass du wieder Freude am Leben haben kannst."



HOL HILFE

- Wenn du ein ungutes Gefühl hast, hol Hilfe.
- Sag der Person, dass du dir grosse Sorgen machst und du es wichtig findest Hilfe zu holen.
- Hol Erwachsene hinzu und halt euch Hilfe bei Fachpersonen. Du kannst anbieten z.B. gemeinsam bei 147 anzurufen.
- Es kann niemals eine Person alleine helfen.
- Suche dir unbedingt Unterstützung bei einer Vertrauensperson.
- Der Schutz des Lebens ist in dieser Situation wichtiger als ein freundschaftliches Schweigeversprechen.

TRAGE DIR SORGE

- Jemanden in einer tiefen Krise begleiten, kann sehr belastend sein.
- Sorge gut für dich und sprich regelmäßig mit einer Vertrauensperson darüber, wie es dir geht.
- Du bist nicht verantwortlich dafür, ob sich jemand das Leben nimmt oder nicht.



AKUTER NOTFALL

Solltest du im schlimmsten Fall sogar hinzukommen, wenn jemand versucht, sich das Leben zu nehmen, dann ruf sofort 117 (die Polizei) oder 144 (die Ambulanz) an.

Realitätscheck

Wie verändere ich negative Gedanken?

Es kommt auf den Blickwinkel an! Wir sind oft verhaftet in unseren Gedanken und Vorstellungen und haben wie ein Brett vor dem Kopf. Aber wir können die Perspektive wechseln! Wie das geht, erfährst du hier in 7 Schritten:

1. Wahrnehmen, wenn es mir schlecht geht: **Moment mal - Ich fühle mich schlecht/ traurig/ wütend/ hilflos!**
2. Wahrnehmen, was ich gerade denke: **Was denke ich gerade? Warum fühle ich mich so? (Auf einen Satz konzentrieren)**
3. Ich stell mir die Frage: **Hilft mir dieser Gedanke? Ist er realistisch?**
4. Ich suche nach möglichen Runterziehern: **Gibt es in dem Gedanken Merkmale von Runterziehern wie "muss/ soll/ immer/ nie/ furchtbar"?**
5. Ich suche nach anderen Erklärungen: **Wenn eine Freundin/ ein Freund mir diesen Gedanken sagen würde - was würde ich antworten? Was würde ich ihr/ ihm sagen, wenn sie/ er in meiner Lage wäre?**
6. Ich frage mich, was im schlimmsten Fall passieren wird: **Selbst wenn der Gedanke realistisch wäre, was würde im schlimmsten Fall passieren? Ist das so schlimm? Ist das realistisch?**
7. Ich konzentriere mich auf positive Gedanken: **Was habe ich heute geschafft? Was lief gut? Was habe ich heute Schönes erlebt?**



Am besten konzentriert du dich auf einen einzelnen Gedanken, wenn du den Realitätscheck durchgehst.

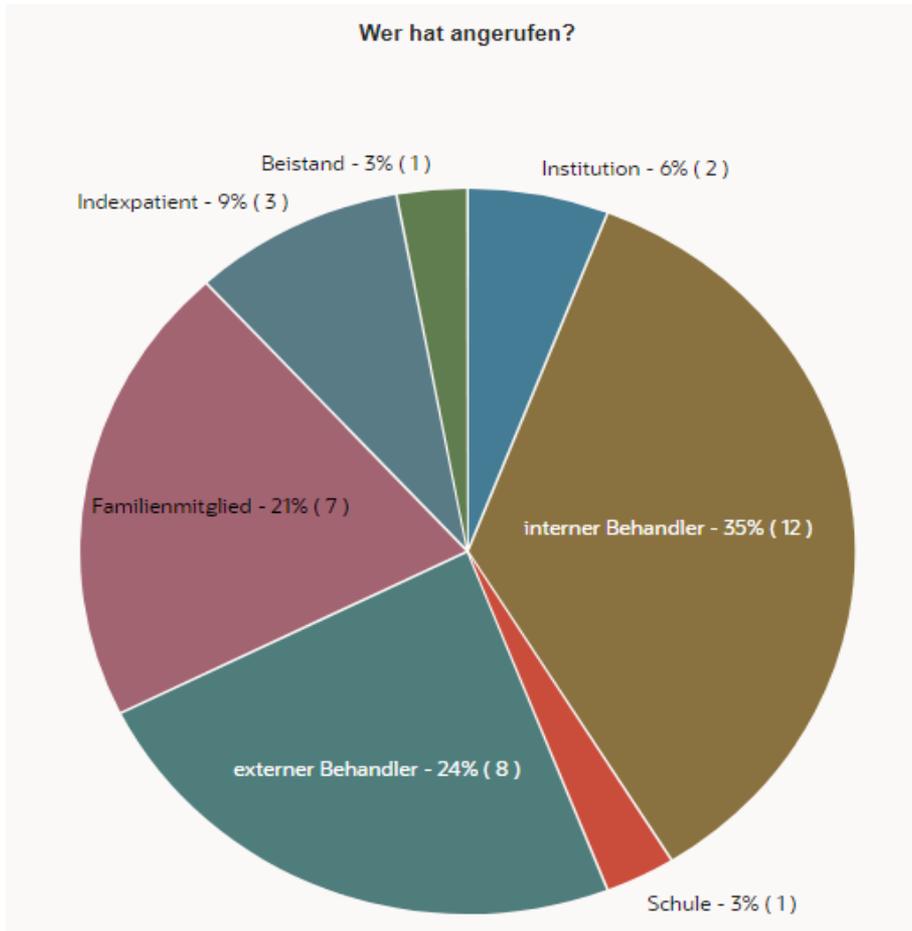
Tipp: Wenn es dir schwer fällt, einen Gedanken zu fassen, kann es helfen alles auf einem weissen Papier aufzuschreiben, was einem gerade in den Sinn kommt. Das müssen keine logischen Sätze sein, aber es hilft, um deine Gedanken besser kennenzulernen.

Gründe für fehlende Inanspruchnahme professioneller Hilfe



- **Stigma**
 - Psychische Erkrankungen
 - Professionelles Helfersystem
- **Mangelnde Verfügbarkeit von Angeboten**
- **Zugangswege zu Hilfe sowie Therapieangebote nicht altersadäquat**

Jugendliche holen sich selbst kaum Hilfe



Das ist ein RISIKO !!!

Der Notfall-Chat KJP



Projekt «Instant Messaging»

Gestartet in 2020 durch das «UPD Digital Board» und die KJP

Ziel: Entwicklung eines sicheren Notfall-Chats als altersgerechten Zugang zu den Dienstärzt*innen der Klinik

Start: Q1 / 2023

Entwicklungsschritte in der Adoleszenz

In der Adoleszenz müssen wesentliche Entwicklungsschritte bewältigt werden:

- Dramatische biologische Umbauprozesse (nicht begrenzt auf primäre und sekundäre Geschlechtsmerkmale)
- **Loslösung von den Eltern (Autonomieentwicklung)**
- **Bildung eines sozialen Netzwerkes (bestehend aus sog. Peers)**
- **Identitätsentwicklung (inkl. Entwicklung einer sexuellen Identität)**
- **Erarbeitung eines guten psychosozialen Funktionsniveaus**

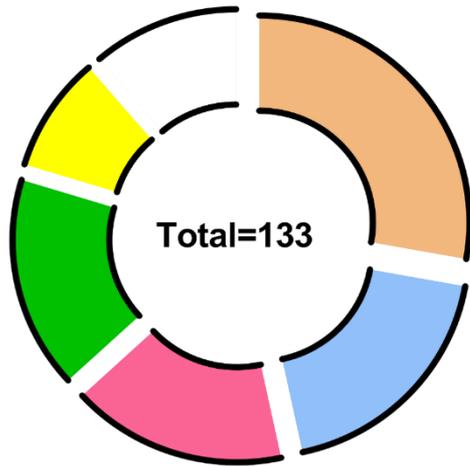
AT_HOME: Altersadäquate Therapie in der Adoleszenz



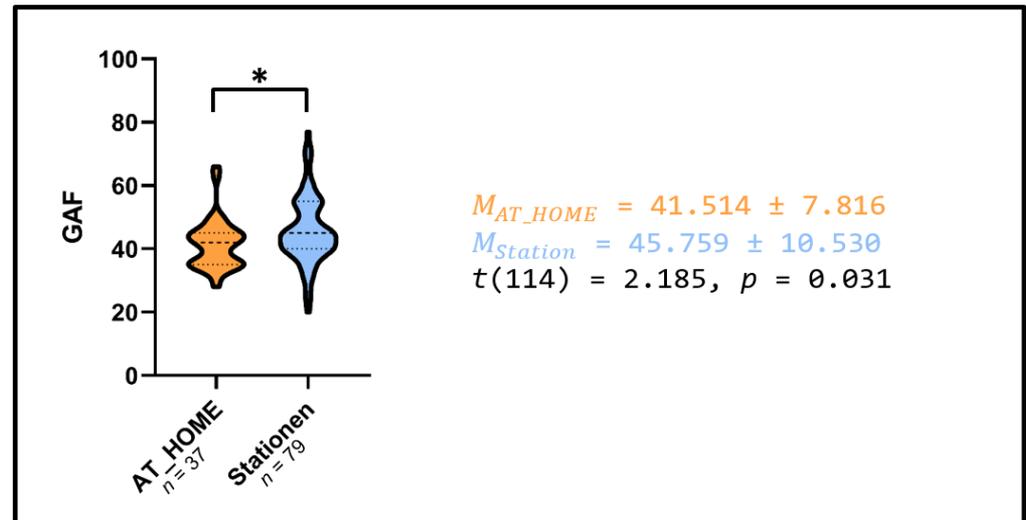
Psychiatrische Akutbehandlung zu Hause

Ein Modellversuch mit Zukunft!

AT_HOME: Pilotstudie

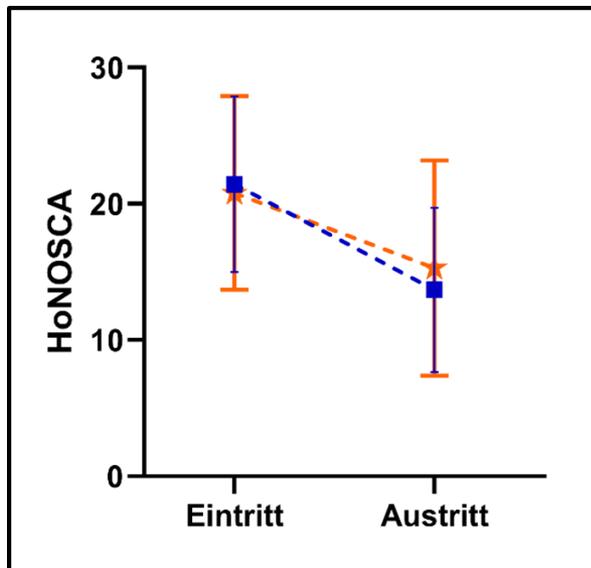


- 37 AT_HOME
- 25 Station LUNA
- 22 Station TRANSIT
- 22 Station PHOENIX
- 12 Station LEVANTE
- 15 Station MISTRAL



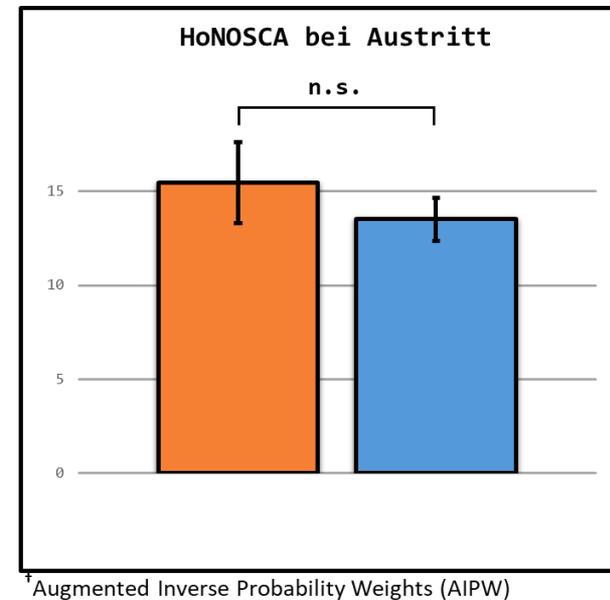
AT_HOME: Pilotstudie

Psychopathologie



-■- Inpatient
-★- AT_HOME

Statistische Kontrolle für Gruppenunterschiede[†]



«Der Behandlungseffekt – gemessen anhand des HoNOSCA – unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Gruppen.»

- **Die Adoleszenz – beginnend mit der Pubertät – stellt eine vulnerable Phase für die Entstehung psychischer Erkrankungen dar**
- **Sie bietet aber auch ein „Window of Opportunity“ für die Prävention und Frühbehandlung dieser Erkrankungen**
- **Hierdurch können die Risiken für junge Menschen dramatisch gesenkt und die Prognose substantziell verbessert werden**
- **Es gibt ausreichend Daten und Konzepte zur Prävention und Frühbehandlung im Jugendalter – die Politik muss handeln, um den flächendeckenden Einsatz zu fördern!**

Vielen Dank an...



Mitarbeiter*innen:

Marialuisa Cavelti
Alexandra Edinger
Lena Eppelmann
Gloria Fischer-Waldschmidt
Leonie Fleck
Anna Fuchs
Martin Gehrig
Denisa Ghinea
Daniel Graf
Nicole Hedinger
Saskia Höper
Maria Infurna
Vanessa Jantzer
Jochen Kindler
Julian Koenig
Chantal Michel
Fanny Ossa
Peter Parzer
Corinna Reichl

Franziska Rockstroh
Nora Seiffert
Leila Tarokh
Patrice Van der Venne
Sindy Weise
Karin Witte
Andrea Wyssen

Kooperationspartner*innen:

Nicholas B. Allen (Oregon, USA)
Alan Apter (Tel Aviv, Israel)
Kristin von Auer (Lübeck)
Rebecca Brown (Ulm)
Arne Bürger (Würzburg)
Kathryn Cullen (Minneapolis, USA)
Ulrich Ebner-Priemer (Karlsruhe)
Eva Möhler (Homburg)
Denis Ougrin (London, UK)
Paul Plener (Wien, Österreich)
Klaus Schmeck (Basel, Schweiz)
Christian Schmahl (Mannheim)
Julian Thayer (Irvine, USA)
Danuta Wasserman (Stockholm, Schweden)

Mentoren:

Romuald Brunner (Regensburg)
Andrew Chanen (Melbourne)
Franz Resch (Heidelberg)

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit! / Fragen?

