

Bedarf für eine eigenständige Adoleszentenpsychiatrie und -psychotherapie

A Need for Independent Adolescence Psychiatry and Psychotherapy

Autoren

Pro: Barbara Blankenburg
Kontra: Michael Kölch, Claudia Mehler-Wex

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2007-986329
Psychiatr Prax 2008; 35:
216–218
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 0303-4259

Korrespondenzadressen

Barbara Blankenburg

Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin für den Psychiatrischen Behandlungsbereich für Jugendliche und Junge Erwachsene, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke, Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Gerhard-Kienle-Weg 4
58313 Herdecke
m.vehoff@gemeinschafts-
krankenhaus.de

Dr. med. Michael Kölch

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Oberarzt, Universitätsklinikum Ulm, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie
Steinhövelstraße 5
89075 Ulm
michael.koelch@uniklinik-
ulm.de

Pro Adoleszenz bezeichnet den Übergang zwischen Pubertät und Erwachsenenleben mit vielen basalen Entwicklungsaufgaben hinsichtlich einer stabilen Identitätsbildung, Verselbstständigung und Gestalten eines eigenen sozialen Raumes jenseits der Herkunftsfamilie. Diese Aufgaben sind in der Regel nicht mit der formalen Volljährigkeit des 18. Geburtstags abgeschlossen, sondern benötigen oft bis etwa Mitte 20.

Jugendliche und junge Erwachsene, die früh psychiatrisch ersterkrankten bzw. klinisch behandlungsbedürftige Symptome zeigen und in biografische Sackgassen geraten, haben oft die üblichen Entwicklungsschritte gesunder Gleichaltriger nicht oder nur unzureichend vollziehen können. Sie sind auch bei formaler Volljährigkeit was persönliche Reife und Selbstständigkeit angeht oft um Jahre verzögert und eigentlich psychisch „jünger“ und können auf weniger Kompetenzen zurückgreifen. Dies ist auch dadurch bedingt, dass häufig jahrelanger sozialer Rückzug und Isolation nur wenig altersspezifische Erfahrungen und Reibungsphasen ermöglicht haben.

Insbesondere ist hier an Jugendliche mit juvenilen Psychosen, Angst- und Zwangserkrankungen, Essstörungen sowie beginnenden Persönlichkeitsstörungen zu denken. Depressive Syndrome treten in dieser Altersgruppe meist sekundär auf. Oft haben die Patienten keinen Schulabschluss, keine Berufsausbildung oder Arbeit sowie kein tragendes Netz gefestigter sozialer Beziehungen. Hinsichtlich Impulskontrolle, emotionaler Regulation und dem Bilden von Handlungsentwürfen entsprechen diese Patienten oft 13–16-jährigen Jugendlichen, können nicht an Strukturen der Erwachsenenpsychiatrie anknüpfen und diese sinnvoll nutzen.

Die gängige Praxis, Patienten mit ihrem 18. Geburtstag in erwachsenenpsychiatrischen Abteilungen zu behandeln, ja teilweise in diese zu verlegen, wird der Situation inhaltlich und im Hin-

blick auf einen optimalen Behandlungserfolg oft nicht gerecht.

Anstatt zur notwendigen Verselbstständigung und Progression kommt es oft zu eher regressiven Entwicklungen. Einerseits wird der Patient/ die Patientin leicht zum versorgten Nesthäkchen durch teilweise wesentlich ältere Mitpatienten und übernimmt ungünstige, dysfunktionale Verhaltensweisen oft chronisch kranker Erwachsener mit sekundärer Identitätsbildung durch die Krankheit. Oder aber der Jugendliche geht in Vereinsamung und Widerstand und produziert eine Menge pädagogischer Probleme, denen erwachsenenpsychiatrische Behandlungsteams oft überfordert gegenüberstehen. Immer wieder wenden sich bei diesem Klientel erwachsenenpsychiatrische Kliniken an uns mit der Bitte um Verlegung der Jugendlichen oder jungen Erwachsenen, da ein spezifisches adoleszenzpsychiatrisches und therapeutisch-pädagogisches Setting erforderlich ist.

In den letzten Jahren ist zu der Problematik der Reifungsverzögerung durch frühe Erkrankung noch ein weiteres pädagogisch-psychosoziales Problemfeld hinzugetreten. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie unterscheidet über- und untersozialisierte Jugendliche. Übersozialisierte Jugendliche zeigen eine hohe Anpassungsbereitschaft und -fähigkeit im Sinne der sozialen Erwünschtheit, oft um den Preis eines weitgehenden Verzichts auf individuelle Entwicklung.

Im Gegensatz dazu sind wir in den letzten Jahren auch in der Psychiatrie mit einem immer größer werdenden Anteil sogenannter untersozialisierter Jugendlicher konfrontiert, dies interessanterweise unabhängig von der sozialen Schichtzugehörigkeit. Wichtige soziale Fähigkeiten für das Gestalten förderlicher Beziehungen und Übernahme von Aufgaben und Arbeiten in der Gemeinschaft sind kaum oder nur rudimentär entwickelt. Dazu gehören Fähigkeiten wie Empathie, Respekt und Verbindlichkeit, Entwicklung und

Motivation zu mittel- und langfristigen Zielen, Frustrationstoleranz, aktive Konfliktfähigkeit, die Fähigkeiten, um etwas bitten zu können und sich zu entschuldigen, Verantwortungsübernahme, Introspektionsfähigkeit und Korrekturfähigkeit.

Bei unzureichender Ausbildung dieser Fähigkeiten kommt es bei notwendigen Entwicklungs- und Verselbstständigungsarbeiten häufig entweder zu impulsiv-externalisierenden Verhaltensweisen oder zu passiv-vermeidendem Rückzug.

Bei ersterem Handlungsmuster sehen wir Jugendliche und junge Erwachsene, die häufig unrealistisch anspruchlich und fordernd auftreten, zu impulsivem und grenzüberschreitendem Verhalten neigen, Verantwortung fast ausschließlich anderen zuschreiben, selbst mit Kritik gar nicht umgehen können und keinesfalls bereit sind, Schwierigkeiten auszuhalten. Sie pflegen Kontakte zu ähnlich strukturierten anderen Jugendlichen, die sie in ihrer Haltung bestärken, kommen aber mit Erwachsenen und ihren Anforderungen und Grenzen meist kaum zurecht.

Im Gegensatz dazu neigen passiv-vermeidende junge Patienten zu Rückzug und Isolation, scheuen direkte Kontakte und Konfrontation, lassen unbequeme und unangenehme Dinge gern von ihren Eltern oder anderen erwachsenen Bezugspersonen erledigen. Mit diesen kommen sie scheinbar recht gut zurecht, isolieren sich aber von Gleichaltrigen, mit denen sie oft Ausgrenzungs- oder nach ihrer Diktion „Mobbing“-Erfahrungen haben. Obwohl bei den meisten eine tiefe Sehnsucht nach tragfähigen Beziehungen besteht, neigen beide Gruppen in ihrem eigenen Verhalten eher zu Unverbindlichkeit in Absprachen und menschlichen Kontakten und tendieren manchmal dazu, die Beziehungspartner im Sinne kurzfristiger Wünsche und Affekte zu funktionalisieren. Dies geschieht meistens vor dem Hintergrund eigener, wenig haltgebender Beziehungserfahrungen. Zum Entwickeln eines individuell befriedigenden und anregenden Lebensstils im Erwachsenenalter gehören auch eigenständig entwickelte Interessen und Freizeitgestaltung. Entsprechende Aktivitäten wirken auch deutlich antidepressiv und sozialer Isolation entgegen. Im Laufe der letzten 15 Jahre ist in der psychiatrischen Behandlung Jugendlicher und junger Erwachsener ein deutlicher Rückgang von Eigeninitiativkräften zu beobachten in einer Entwicklungsphase, in der sie biografisch angelegt eigentlich besonders vital sein müssten.

Außerhalb von festgelegten Zeiten für Schule und Ausbildung (wenn die Pat. dort noch hingehen) sehen wir eher passives Verhalten entweder in konsumierenden oder Rückzugstendenzen. Außerhalb von Shoppen, Kino, Fernsehen, Internet, Flucht in Scheinwelten und passivem Rückzug mit viel Schlafen und schnell aufgehobener Tagesstruktur sehen sich viele erst mal mit viel Leere und Langeweile konfrontiert. Es gibt wenig, was die Seele wirklich erwärmt und auch zum persönlich immer mehr bereichernden Interesse und Austausch mit der Welt beiträgt.

So brauchen die jungen Erwachsenen während der stationären Behandlung insbesondere an Abenden und Wochenenden viel Anregung und unterstützende Detailplanung seitens der Mitarbeiter, um in diesen Bereichen neue, oft erst mühsame, dann aber doch anregende und bereichernde Erfahrungen machen zu können.

Bei wenig ausgebildeten Fähigkeiten zum Überblick über mittel- und langfristige Konsequenzen und hohem Affektstress, Wünsche unmittelbar zu befriedigen, unterscheiden sich viele Jugendliche und junge Erwachsene oft kaum von Kindern. Leider sind mit formal eingetretener Geschäftsfähigkeit die finanziellen Folgen in Form hoher Schulden schon in jungem Alter erheb-

lich, meist durch nicht bezahlbare Handyrechnungen oder Versandkäufe. Viele junge Erwachsene haben in dramatischer Weise noch nicht gelernt, mit Geld umzugehen.

Dies ist keine kritisierende Abrechnung mit der Generation heutiger Jugendlicher und junger Erwachsener, mit denen sich die Autorin sehr verbunden fühlt. Es ist vielmehr eine Schilderung von täglich erlebbarem Problemverhalten aufgrund von unzureichend ausgebildeten sozialen Fähigkeiten, mit dem nicht nur die oft unglücklichen jungen Menschen selbst, ihre Familien, Schule und Ausbildungseinrichtungen konfrontiert sind, sondern im Falle von Erkrankung oder ausgeprägter Störungen eben auch die Psychiatrie.

Diese Sozialisierungsdefizite spielen für viele Krankheits- und Störungsbilder bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen eine bedeutsame mitverursachende und/oder komplizierende Rolle, ähnlich wie das Vorliegen von Persönlichkeitsstörungen in der Erwachsenenpsychiatrie. Sie führen auch oft zum Scheitern oder zur vorzeitigen Beendigung von stationären Behandlungen, entweder aus Frustration und dem Gefühl des Unverstandenseins seitens des Patienten oder aus grenzziehenden, disziplinarischen Gründen seitens des Behandlungsteams etwa bei häufigen Regelverletzungen oder vermeintlich mangelnder Motivation des Patienten. In der nächsten, absehbaren Krise ist er aber wieder da und so kommt es zu unbefriedigenden und chronifizierenden „Drehtür“-Entwicklungen. Vor diesem Hintergrund ist für etliche junge Patienten bis ca. 24 Jahre eine milieutherapeutische Behandlung mit der altersadäquaten Lernerfahrung innerhalb der Peergroup zum Entwickeln nötiger psychosozialer Basisfähigkeiten sinnvoll und effektiv. Pädagogische und psychotherapeutische Anteile sind dabei sorgfältig aufeinander abzustimmen und benötigen auch im Jugendbereich erfahrene sozialpädagogische Mitarbeiter. Eine spezifische Behandlung in diesen biografisch weichenstellenden Jahren begünstigt die Prognose der Patienten entscheidend und kann einer Chronifizierung nachhaltig entgegenwirken.

Kontra

Das Adoleszentenalter ist unscharf und – auch kulturell – variabel definiert: die WHO versteht darunter die Zeit der zweiten Lebensdekade, abweichend davon werden in den USA oder in Deutschland jeweils verschiedene Zeiträume definiert [1]. Die normale psychische Entwicklung in diesem Altersabschnitt ist hochvariabel [2]. In kaum einem Altersabschnitt ist der Entwicklungsstand von Jahr zu Jahr, wie auch bei gleichem Alter interindividuell und geschlechtsbedingt so unterschiedlich. In diesen Zeitraum fallen essenzielle Entscheidungen, etwa die Ausbildungs-/Berufswahl, Beginn der sexuellen Aktivität etc. Psychische Störungen mit ihren Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau haben somit einen starken Einfluss auf diese Entwicklungsschritte.

Welche Vorteile hätte eine eigene Disziplin einer Adoleszentenpsychiatrie für die Diagnostik und Behandlung und wo haben vorhandene Strukturen Defizite, die nur durch eine neue Disziplin beseitigt werden könnten? Die Kinder- und Jugendpsychiatrie versorgt Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, in Ausnahmefällen, wie etwa bei Patienten mit chronischen Erkrankungen oder entwicklungsbedingten Besonderheiten auch bis zum 21. Lebensjahr [3]. Die Psychiatrie schließt sich nahtlos an. Eine Besonderheit der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist die familienzentrierte Arbeitsweise, d.h. die Behandlung schließt, da der Minderjährige ein (abhängiger) Teil des Familiensystems ist, die-

ses mit ein. Mit höherem Lebensalter stellt die Autonomieentwicklung eine entwicklungspsychologische Aufgabe, auch für psychiatrische Patienten, dar. Hier kann der Übergang zur Psychiatrie, deren Behandlung stärker auf das Individuum und dessen Autonomie zentriert ist, therapeutisch indiziert sein. Im Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter ist eine Balance zwischen beiden Ausrichtungen notwendig; dieser Umstand begründet zwar die Ausbildung von kooperativen Kompetenzen in den bestehenden Disziplinen, aber keine eigene Disziplin. Unter ethischen Aspekten ergeben sich Probleme, wollte man die Autonomie der psychisch kranken Adoleszenten durch eine vermehrte Fremdbestimmung oder einen paternalistischen Sonderzustand einschränken, der die Absolvierung von entwicklungspsychologischen Entwicklungsaufgaben verhindert.

Die Epidemiologie psychischer Erkrankungen zeigt, dass die Hälfte der psychiatrischen Störungen in der Kindheit und Jugend, drei Viertel bis zur Mitte der dritten Lebensdekade beginnt, ein Viertel später [4,5]. Dies lässt auch epidemiologisch die Frage nach der Sinnhaftigkeit einer weiteren Diversifizierung stellen: störungsspezifische Therapie- und Gruppenansätze und auch die (entwicklungsübergreifende) Forschung würden dadurch eher erschwert.

Besonderheiten psychischer Störungen bei frühem Erkrankungsbeginn sind die Einwirkungen in einer neurobiologisch sehr vulnerablen Phase und die durch die Erkrankung behinderte Lösung entwicklungsbedingter Aufgaben mit Auswirkungen auf das Funktionsniveau und Sozialstrukturen. Alterstypische Spezifika der Symptomatik von psychischen Störungen sind diagnostisch zu berücksichtigen, aber genuin unterschiedliche Syndrome jenseits der Erkrankungen im Kapitel F9 des ICD-10 sind nicht bekannt. Spezielle kinderpsychiatrische Störungen, wie bestimmte Angsterkrankungen bei Kindern oder Depressionen bei Minderjährigen, können eine vom Erwachsenenalter verschiedene Symptomatik zeigen [6]. Diese Erkrankungen, wie auch etwa Störungen des Sozialverhaltens, Substanzkonsum in der Pubertät o.Ä., werden effizient in der Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt. Schizophrenien und Abhängigkeitserkrankungen sind je nach Auftretensalter genuine Störungsbilder für Therapie und Diagnostik in der Psychiatrie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie. In der Behandlung müssen Altersspezifika in die Therapieplanung immer einbezogen werden, selten reichen diese hin für eine grundsätzlich eigene Methode. Beispielsweise bedarf eine Schizophrenie im Adoleszentenalter im Grundprinzip der gleichen Behandlung wie im höheren Lebensalter (Medikation, kognitives Training und Psychoedukation), eine Angsterkrankung sollte altersunabhängig psychotherapeutisch mittels verhaltenstherapeutischer (Expositions-)Behandlung angegangen werden. Die spezifischen individuellen Inhalte einer Therapie unterscheiden sich vornehmlich interindividuell. Der essenzielle Unterschied zwischen Erwachsenen und Kindern und Jugendlichen liegt in der Behandlungsmotivation, die bei letzteren generell niedriger ist, was mit der Fremdmotivation und Introspektionsfähigkeit zusammenhängt [7]. Die therapeutische Arbeit am Motivationsaufbau ist ein basaler Baustein kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung. Spezielle Behandlungsbau- steine bei Adoleszenten wie spezifische Rehabilitations- und Berufsfindungsmaßnahmen, im Rahmen der Psychoedukation spezielle altersabhängige Themen wie Sexualität und Partnerschaft, Auswirkungen der Medikation auf die Lebensführung (z. B. Peer-

group-Verhalten bei Alkohol- oder Substanzkonsum) oder die Hinzuziehung der speziellen gesetzlichen Grundlagen sind Aufgaben, die in den bestehenden Versorgungsstrukturen von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychiatrie geleistet werden.

Die Entwicklung einer speziellen Adoleszentenpsychiatrie würde eine Schnittstellenproblematik eher verstärken, da sich sowohl Abgrenzungsprobleme hin zur Kinder- und Jugendpsychiatrie, als auch zur Psychiatrie ergäben, mit allen negativen Folgen für Patienten, die im ungünstigsten Fall drei verschiedene Behandlungssettings innerhalb kürzester Zeit durchlaufen müssten. Dadurch entstünde eine therapeutische Diskontinuität mit der Gefahr von Informationsverlust, Behandlungsabbrüchen und mangelnder Konstanz in der Umfeldarbeit (z. B. Sozialarbeit). In der psychiatrischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung sind spezielle Therapieinhalte und -formen für Adoleszente notwendig, wozu es einer stärkeren Vernetzung der Strukturen zwischen beiden Disziplinen bedarf. Zu fordern ist eine integrierte Versorgung, die Synergien nutzt, etwa die Kompetenzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie im Bereich des SGB VIII oder im Bereich spezifischer jugendtypischer Krankheitsprobleme, andererseits aber auch die Kompetenzen der Erwachsenenpsychiatrie hinsichtlich Psychopharmakotherapie oder anderer Therapieformen (EKT, Home-Treatment) und der Fokussierung auf eine verstärkte Autonomie des Patienten jenseits der Familienstrukturen [3]. Ansätze dazu bestehen bereits, so gibt es Einheiten für depressive junge Mütter oder andere Risikogruppen [8,9]. Eine solche kooperative Versorgung dürfte dienlicher sein als eine weitere Diversifizierung in einem sehr inhomogen ausgebildeten Altersabschnitt für den bereits spezielle Versorgungsstrukturen bestehen. Die Entwicklung altersspezifischer Behandlungsansätze, wie etwa eine spezielle Psychoedukation oder Gruppentherapien für Adoleszente, ist zweifelsohne auszubauen, jedoch in einer eng vernetzten Versorgung professioneller zu leisten als in einer Abspaltung.

Literatur

- 1 *World Health Organization*. The health of youth technical discussions. Geneva: WHO, 1989
- 2 *Dusek JB*. Introduction to adolescence. Adolescent development and behavior. 3rd ed. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice-Hall, 1996: 1 – 15
- 3 *Resch F*. Kooperationsmodelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie und Erwachsenenpsychiatrie. In: Klosinski G (Hrsg): Stationäre Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Bern, Göttingen, Toronto: Huber, 1997: 62 – 70
- 4 *Steinhausen HC*. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 6. Aufl. München, Jena: Urban & Fischer, 2006
- 5 *Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB*. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20 (4): 359 – 364
- 6 *Kölch M, Fegert JM*. Medikamentöse Therapie der Depression bei Minderjährigen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2007; 56: 224 – 233
- 7 *Kazdin AE*. Psychotherapy for children and adolescents. In: Lambert MJ; Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change (5. ed.). New York: Wiley, 2004: 543 – 589
- 8 *Reck C, Fuchs T, Fricke J, Möhler E*. Integrative stationäre Psychotherapie für psychisch erkrankte Mütter und ihre Kinder. *Psychotherapie im Dialog* 2006; 1: 53 – 60
- 9 *Ziegenhain U*. Förderung der Beziehungs- und Erziehungs Kompetenzen bei jugendlichen Müttern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 2007 (im Druck); 8: 660 – 675