

Psychiatrie bei Heranreifenden

Ganzheitliche Behandlung bei Adoleszentenkrisen

Claudia Mehler-Wex, Bad Kissingen

Im Heranwachsendenalter ist die Abgrenzung zwischen normalen Verhaltensexperimenten oder Stimmungsschwankungen und pathologischer Symptomatik schwierig. Viele Entwicklungen können je nach Resilienz mit kleineren Unwägbarkeiten bewältigt werden, andere münden in ernste Störungsbilder. Da diese psychiatrischen Diagnosen im Kontext mit Krisen des Heranreifens zu sehen sind, ist eine ganzheitliche Behandlung mit adolescentenspezifischen Angeboten dringend anzuraten.

Entwicklungsschritte in der Adoleszenz beeinträchtigen. Dieses Wechselspiel ist in der Therapie ganzheitlich zu berücksichtigen.

Ein wesentlicher neurobiologischer Aspekt der Pubertät ist die „Reifungsdissoziation“, das heißt mesolimbische Bereiche, die für emotionale Prozesse verantwortlich sind, reifen rascher als der impulskontrollierende und handlungsstrukturierende Präfrontalkortex, so dass leichtsinniges, unüberlegtes Handeln („Sensation Seeking“) und die zum Teil eingeschränkte Zugänglichkeit für Rationalität im Jugendalter biologisch erklärbar werden [3, 4]. Diese Besonderheit muss als Grundlage für die psychotherapeutische Herangehensweise Berücksichtigung finden: Der Patient ist mit emotionalen Verknüpfungen erreichbar als über rein theoretische Modelle.

Während die serotonerge Neurotransmission (passend zu der dargestellten frühen Entwicklung emotionaler Systeme) schon im frühen Kindesalter ausge-reift ist, dauert dies bei Dopamin und Noradrenalin bis zum jungen Erwachsenenalter. Daher ergeben sich pharmakodynamische Abweichungen von Erwachsenen, und auch die Pharmakokinetik, die von zahlreichen Stoffwechselfvorgängen und Eigenschaften des heranwachsenden Organismus abhängt, weist ihre Spezifika gegenüber Erwachsenen auf [5, 6, 7]. Die Entwicklungspsychopharmakologie ist somit gefordert, alters- und entwicklungs-spezifische Aspekte der Psychopharmakotherapie herauszuarbeiten und dies muss sich auch in der Handhabung der Medikation bei Adoleszenten niederschlagen [8].

Entwicklungspsychologisch entsteht die individuelle Persönlichkeit auf Basis

Erfahrungswerte aus der Erwachsenenpsychiatrie lassen sich nicht einfach auf Kinder und Jugendliche übertragen. Die Reifungsvorgänge setzen so manche „Gesetzmäßigkeit“ außer Kraft. Die klinische Manifestation muss in Zusammenhang mit der individuellen psychosozialen und neurobiologischen Entwicklung gesehen werden (Entwicklungspsychiatrie [1]). Da die Reifungsvorgänge und jugendtypischen Belange nicht mit dem 18. Geburtstag enden, ist Adoleszentenpsychiatrie als eine interdisziplinäre Aufgabe zu betrachten [2].

Adoleszenz und Psychiatrie

Das Gehirn befindet sich in vielen Strukturen bis zum Ende des dritten Lebensjahrzehnts in Reifungsvorgängen. Zu beachten ist die aktivitätsgesteuerte Neuroplastizität, das heißt, das Gehirn reift an den Anforderungen, denen es gestellt wird [3]. Hier ist somit eine Wechselwirkung abzuleiten zwischen Lebenserfahrungen, biologischer Gehirnreifung und entsprechender psychologischer Performance (Flexibilität, Adaptationsfähigkeit etc.). Entwicklungsverzögerungen lösen psychische Belastungen aus und umgekehrt können psychische Störungen wesentliche psychosoziale



© Dmytro Panchenko/iStock/Thinkstock

der angeborenen Temperamenteigenschaften (Flexibilität, Adaptationsfähigkeit, Exploratives Interesse, Resilienz), beeinflusst durch die persönlichen Lebenserfahrungen, den erlebten elterlichen Bindungs- und Erziehungsstil und den kulturellen Kontext (Abb. 1). Herausforderungen, an denen die Persönlichkeitsentwicklung wachsen, aber auch scheitern kann, sind die gesellschaftlich-psychologischen Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz.

Psychosoziale Herausforderungen der Adoleszenz

Die sexuelle Reifung ist ein grundlegender Prozess, den Heranwachsende im Rahmen der ohnehin schon anspruchsvollen Identitätsfindung in ihren Lebensvollzug integrieren müssen. Bei Mädchen sind die Reifungszeichen körperlich sichtbarer als bei Jungen, zudem schwächt der pubertäre Östrogenanstieg die Stressresistenz, während Androgene eher schützen. Auch ist die eher internalisierend angelegte Wesensart des weiblichen Geschlechts stärker prädisponierend für psychische Anfälligkeit. Selbst-attribuierung, Grübelneigung, negative Wahrnehmung, Misserfolgsorientiertheit sowie Veränderungängste sind bei Mädchen stärker ausgeprägt als bei Jungen.

Die Identitätsfindung fordert die Regulation von Nähe und Distanz, soziale und partnerschaftliche Kontakte müssen getestet und in Bezug auf die eigene Person auf Förderlichkeit oder Nachteiligkeit geprüft werden [9]. Selbst- und Fremdwahrnehmung müssen abgeglichen, persönliche Stärken bewusst und Selbstwirksamkeit erlebbar werden, um das Selbstverständnis und Selbstbewusstsein als einen grundlegenden Baustein einer stabilen, gesunden Persönlichkeitsentwicklung zu konsolidieren. Wachsamkeit für äußere Anreize und parallel der Abgleich mit der Achtsamkeit für sich selbst sollten im günstigsten Fall dazu führen, dass in einem inneren Dialog eigene Denkstile und Haltungen überprüft und eventuell modifiziert oder weiterentwickelt werden. Somit entsteht auch eine gesunde innere Flexibilität, die bei Adaptationsvorgängen an neue Bedingungen erforderlich ist. Optimal wäre eine höchstmögliche Kongruenz

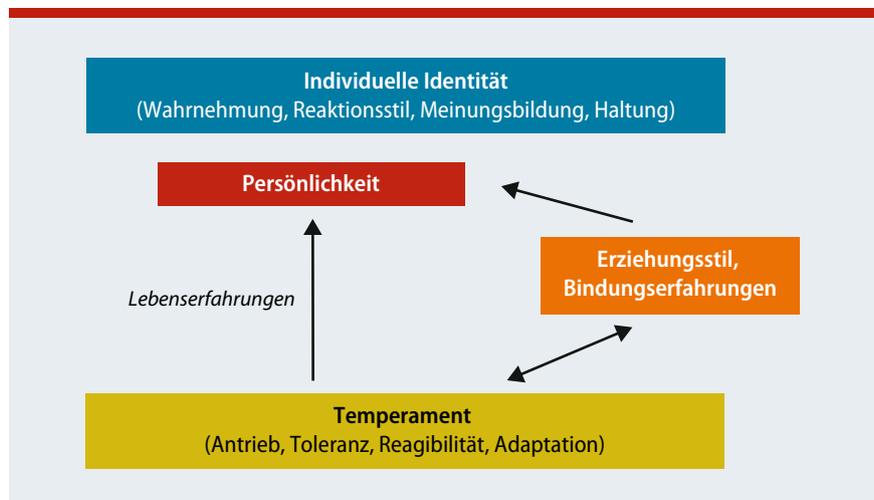


Abb. 1: Identitätsentwicklung

von innerem Erleben und Befinden mit dem äußeren Auftreten und Agieren (Authentizität).

Die Loslösung von der Kernfamilie und altersangemessene Verselbstständigung und Verantwortungsübernahme stellen hohe emotionale Ansprüche nicht nur an den Jugendlichen, sondern auch an die Eltern. Grenzaustestungen und -überschreitungen einerseits oder aber, bei ängstlicher Wesensart, das Verharren in nicht mehr altersentsprechender Abhängigkeit andererseits, können die Folgen sein. Auch nach der räumlichen Trennung von den Eltern durch Auszug können bestimmte Sichtweisen, Denkmuster und Beziehungs- oder Bindungserfahrungen überdauernd die freie Identitätsentfaltung beeinträchtigen, sodass auch im jungen Erwachsenenalter mitunter noch familientherapeutische Indikationen für Elternarbeit vorzufinden sind.

Ein weiterer Anforderungsbereich besteht in den steigenden Leistungserwartungen, abgebildet durch die gesellschaftliche Forderung vor allem höherer Schulabschlüsse und den Trend zur ungerechtfertigten Entwertung des qualifizierenden Hauptschulabschlusses. Die Berufswahl beeinflusst die gesellschaftliche Reputation, den zukünftigen Sozialstatus; sie muss eigene Interessen, elterliche Erwartungen und finanzielle Aspekte berücksichtigen. Aber auch ein hervorragender gymnasialer Abschluss kann in die Krise führen, wenn die Vielfalt der

Möglichkeiten überfordern oder der Druck in Richtung einer „elitären“, zum Beispiel Numerus-clausus-beschränkten Ausbildung groß erscheint, obwohl ein „niedrigerer“ Bildungsweg vielmehr den eigenen Vorstellungen gerecht würde.

Schließlich ist der immer frühere und intensive Einfluss der Medien ein Vulnerabilitätsfaktor, da hier irrealer Ideale von Leistungsfähigkeit, Entscheidungssicherheit, Attraktivität, sozialer Gewandtheit und Erfolg vorgegaukelt werden, die Normalsterbliche eigentlich nicht zu erfüllen imstande sind.

Vor dem Hintergrund all dieser Herausforderungen ist es entscheidend, welche Lebensbedingungen den jungen Menschen umgeben und welche Ressourcen oder Schwächen er selbst mit sich bringt. Als Umgebungsfaktoren sind niedriger Sozialstatus, erziehungsschwache Eltern, chronisch kranke Bezugspersonen (vor allem depressive Mütter), familiäre Konflikte und ambivalente Eltern-Kind-Interaktionen sowie akute Lebensereignisse schwer wiegende Risikofaktoren für eine psychische Erkrankung. Eingeschränkte Problemlöse- und Copingstrategien sowie soziale Kompetenzen, ängstlich-unsichere Wesenszüge einerseits oder Impulsivität bei mangelnder Frustrationstoleranz andererseits sind intraindividuell angelegte prädisponierende Bedingungen. **Abbildung 2** fasst die verschiedenen Lebensaspekte in der Adoleszenz zusammen.

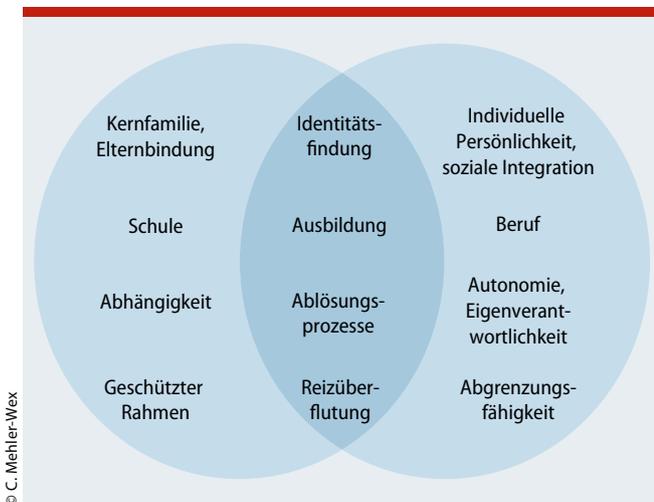


Abb. 2: Entwicklungsthemen der Adoleszenz.

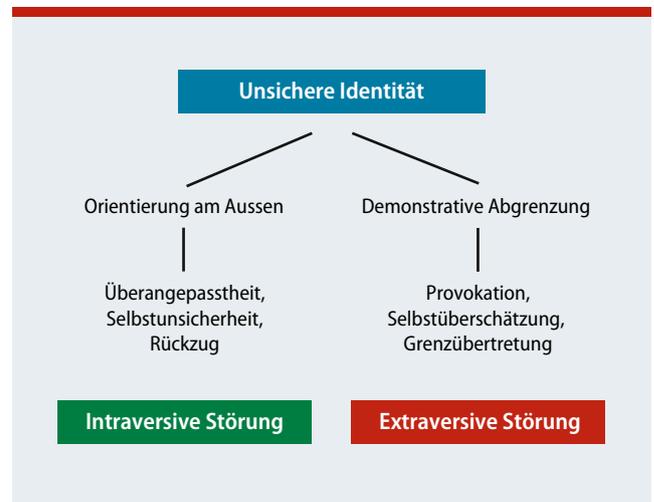


Abb. 3: Entstehung extra- und intraversiver Störungen in der Adoleszenz.

Adoleszenzkrise

Im Heranwachsen ergeben sich beständig neue Anforderungen, sozial, psychologisch und auf Leistungsebene, sodass durch die permanente Unkonsolidiertheit Flexibilität und Adaptationsfähigkeiten stark gefragt sind. Der Umgang mit der im Keim bestehenden Unsicherheit kann entweder in Antizipation der vermuteten Erwartungen Anderer beste-

hen und somit in Fremdorientierung und Angepasstheit. Die andere Reaktionsweise wäre „die Flucht nach vorn“ mit Bagatellisierung der Problemstellungen, Selbstüberschätzung, Abgrenzung von den Ratschlägen Anderer zu Gunsten einer hohen Selbstbestimmtheit, bis hin zu expansiven, leichtsinnigen oder die Grenzen der Legalität berührenden Verhaltensweisen. Während die erst genannte internalisierende Strategie durchaus lerntheoretisch angemessene Elemente enthält (Orientierung an Erfahreneren) und sich gesellschaftskompatibler darstellt, werfen die externalisierenden Heranwachsenden oft augenscheinlichere Probleme auf. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass die Überangepasstheit als einzige Leitlinie mittelfristig zu einer Reduktion der eigenen, gesunden Explorationsbedürfnisse führt, verbunden mit geringem Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, zunehmender Ängstlichkeit und Vernachlässigung beziehungsweise Verdrängung der eigenen Emotionen und inneren Impulse. Dadurch kann die Identitätsentwicklung (Abgrenzungsfähigkeit, Selbstbewusstsein) empfindlich gestört werden [10]. Ein Modell der Störungsgenese ist in **Abbildung 3** dargestellt, mögliche erste Symptome einer pathologischen Störung zeigt **Tab. 1**.

Ob die unvorhersehbaren Verhaltensmuster und Stimmungsschwankungen in der Pubertät noch physiologisch sind

oder aber auf eine „Reifungskrise“, das heißt die Nicht-Bewältigung der in der Adoleszenz gestellten Herausforderungen (bezogen auf die umgebende Kultur und Gesellschaft) hindeuten, ist manchmal schwierig abzugrenzen [11]. Behandlungsbedürftigkeit ergibt sich aber sicherlich, wenn der altersentsprechende Alltag nicht mehr vollzogen werden kann (z.B. Vermeidung des Schulbesuchs) und/oder wenn die soziale Einbettung nicht gelingt. Erste Anlaufstellen für Familien können Schulpsychologen, Kinderärzte, Erziehungsberatungsstellen, Jugendämter, ggf. Drogenberatungsstellen sein, für junge Erwachsene sind auch Hausärzte, Sozialberatungsstellen, Betriebsärzte denkbar, wobei im Falle gravierenderer Störungen rasch eine fachliche Abklärung bei einem (Kinder-Jugend-) Psychiater, Psychologen oder Psychotherapeuten gebahnt werden sollte. Psychiatrische Erkrankungen, die im Kontext einer Reifungskrise auftreten, sind bei internalisierend Veranlagten vorrangig Depressionen, Angststörungen (vor allem soziale oder generalisierte Ängste), Essstörungen (Anorexie oder Bulimie, teils Binge-Eating) oder auch Zwänge. Bei Externalisierenden sind Störungen des Sozialverhaltens, Impulskontrollstörungen im Vordergrund, im Hintergrund können sich jedoch ebenfalls sekundär affektive Problematiken entwickeln. Bei allen Diagnosen oder aber auch als Initialindi-

Tab. 1: Mögliche erste Symptome einer Reifungskrise
— Soziale Unsicherheit
— Rückzug
— Angst vor Leistungsversagen
— Somatisierungsneigungen
— Fehlzeiten in Schule/Studium/Arbeitsplatz
— Selbstwertproblematik
— Interessenverlust
— Depressivität
— Soziale und generalisierte Ängste
— Kompensationsbemühungen über Zwanghaftigkeit
— Starke, unvermittelte Stimmungsschwankungen
— Antriebslosigkeit, Amotivationalität
— Zukunftspessimismus
— Suizidale Gedanken
— Anspannungszustände, Wutausbrüche
— Verschlussenheit, Abwehr der Eltern
— Gegebenenfalls „Internetsucht“
— Gegebenenfalls Substanzmissbrauch
— Gegebenenfalls (Auto-)Aggressivität noch vitalität

katoren der Reifungskrise können zu dem Substanzmissbrauch, übermäßiger Gebrauch des Internets oder selbstverletzendes Verhalten auftreten.

Interdisziplinäre Aufgabe

50 % aller psychiatrischen Erkrankungen beginnen vor dem 18. Lebensjahr, 75 % bis zur Mitte des dritten Lebensjahrzehnts [12]. Während Schullaufbahn und berufliche Perspektivenplanung, Elternarbeit, Autonomie-Abhängigkeitskonflikte und Entwicklungsaspekte in die tägliche Expertise von Kinder- und Jugendpsychiatern fallen, sind juristisch eigenverantwortliche Persönlichkeiten mit konstitutioniertem Umfeld erwachsenenpsychiatrische Normalität. Die komplexen neurobiologischen, psychopharmakologischen und psychosozialen Besonderheiten profitieren letztlich von einer längsschnittlich ausgerichteten, interdisziplinären Synergie der beiden Fachrichtungen. Junge Erwachsene in Erwachsenenpsychiatrien stellen oft eine Minderheit dar und können in ihren abweichenden Lebensstilen und Bedürfnissen (man nehme nur das formale Kriterium der Beschulungsnotwendigkeit bei erwachsenen Abiturstudenten) oft nicht ausreichend spezifisch bedient werden; des Weiteren besteht die Gefahr, dass sie als kurzfristiger Erkrankter die Umgebung mit chronischen Krankheitsverläufen und sozialen sowie psychischen Abbauprozessen als demotivierend erleben, wodurch negative Zukunftserwartungen, Ängste, Depressionen oder auch Antriebslosigkeit verstärkt werden können. Umgekehrt gelingt es logistisch in einer Kinder- und Jugendpsychiatrie, die das weite Entwicklungsspektrum von früher Kindheit bis zum 18. Lebensjahr abdecken soll, nicht immer, die älteren Jugendlichen an der Schwelle zum Erwachsenenalter altersspezifisch zu unterstützen. Auch dürften durch die langen Wartezeiten vieler stationärer kinder- und jugendpsychiatrischer Zentren manche ältere Jugendliche durch das Raster fallen, die dann mit 18 schließlich initial in einer Erwachsenenambulanz aufgenommen werden. Die Transitionsphase per se aber bedarf der spezifischen therapeutischen Aufmerksamkeit, und aus diesem Grund dürften altersspezifische, das 18.

Lebensjahr übergreifende Settings von Vorteil sein [13].

Altersspektrum einer Adoleszentenpsychiatrie

Bei der Festlegung des adressierten Altersspektrums sollte auf eine relative Homogenität der Interessen und Lebensstilen geachtet werden. Der Beginn der Pubertät kann schon sehr früh liegen, das Auftreten ist dann mitunter aber noch zu kindlich, insofern eignet sich das Alter der körperlichen Pubertät nur bedingt als Orientierung. Der obere Endpunkt der Adoleszenz lässt sich ebenso wenig an biologischen Parametern festmachen. Wesentliches Definitivkriterium des Heranwachsenden ist, dass der Betroffene sich in sozialen und schulisch-beruflichen Bezügen noch nicht angemessen orientiert beziehungsweise etabliert hat. Oft konsolidieren sich die Lebensumstände erst nach Abschluss der Ausbildung und Eintritt in den endgültigen Beruf, weshalb zum Beispiel akademische Laufbahnen oder Ausbildungsabbrüche und -wechsel die Orientierungsphase bis zum Ende des dritten Lebensjahrzehnts protrahieren. Ein 22-Jähriger mit eigener Familie und festem Arbeitsplatz passt insofern zum Teil weniger in eine Adoleszentenpsychiatrie als ein 30-Jähriger, der zahlreiche Semester in verschiedenen Studiengängen absolviert hat und oft den Lebensort und die Bezüge wechselte.

Multiprofessionelles Angebot

Die somit angenommene Altersspanne zwischen etwa 14 und 27, eventuell bis 30 Jahren, erfordert Jugend- und Erwachsenenpsychiatern, um die Expertise beider Fachrichtungen zusammenzuführen. Multiprofessionalität wie im psychiatrischen Fachbereich üblich, sollte auch hier gegeben sein. Ein stationäres Setting sollte neben kinder- und jugend- sowie erwachsenenpsychiatrischen Fachärzten, Psychologen und Psychotherapeuten ein breites Angebot an Kreativtherapien wie Kunst-, Musik-, Tanz-, Ergo-, Moto- oder Arbeitstherapie bieten. Hiermit kann eine sinnvolle nonverbale Ergänzung zur zentralen Einzel- und Gruppenpsychotherapie stattfinden, da bei jungen Patienten manchmal stärkere Verschlussheit vorherrscht und der Zugang über

das reine Gespräch nur verzögert gelingt. Wie weiter oben dargestellt, ist durch die zerebrale Reifungsdissoziation der rationale Ansatz, wie er in der Psychotherapie mit gefordert ist, durch emotionalere Behandlungsoptionen mit kreativen Medien sinnvoll zu ergänzen, um den Aufbau eines therapeutischen Bündnisses durch vielschichtiger Angebote besser zu ermöglichen. Auch sind schambesetzte Themen (Sexualität, Traumata) in Kreativverfahren niedrigschwelliger angebar als im Gespräch. Schließlich profitieren auch Patienten, die im Gegenteil stark vernunftorientiert, selbstkontrollierend und psychologisierend auftreten, ebenfalls von kreativen Behandlungsstrategien (z. B. Anorexia nervosa, Größelzwang bei Depressionen).

Das Team, das die Patienten durch den Alltag begleitet, arbeitet nicht nur tagesstrukturierend und als „verlängerter Arm des Therapeuten“ (z. B. gemeinsames Essen mit essgestörten Patienten, generalisierte Expositionsübungen bei Waschzwang, Üben von sozialen Kompetenzen, Reflexionsgespräche zu bestimmten therapeutischen Themen), sondern trägt hauptverantwortlich die „Milieuthérapie“. Die Integration in die Gruppe der Mitpatienten, die Harmonisierung der gegenseitigen Kommunikation, die pädagogische Verhaltensmodifikation, die Verstärkung und Bewusstmachung von positiven Fortschritten, das Erleben von Selbstwirksamkeit, der Abgleich zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung – all dies sind Mikroprozesse, die therapeutisch von höchster Bedeutung sind und ohne den Rahmen einer für den Patienten spezifisch gekennzeichneten Therapieeinheit unmerklich im Stationsalltag ablaufen. Basis dafür ist ein hervorragend aufeinander abgestimmtes und geschultes Team, welches von unterschiedlichen Berufsgruppen aus den Bereichen Pflege, Sozialpädagogik sowie Erziehern profitiert und sich in enger Absprache zu den therapiesteuernden Ärzten und Psychologen befinden muss.

Bestandteile eines stationären Therapiekonzepts

Das klinische Konzept ist eher jugendtypisch geprägt, da auch bei den volljährigen Patienten neben der störungsspe-

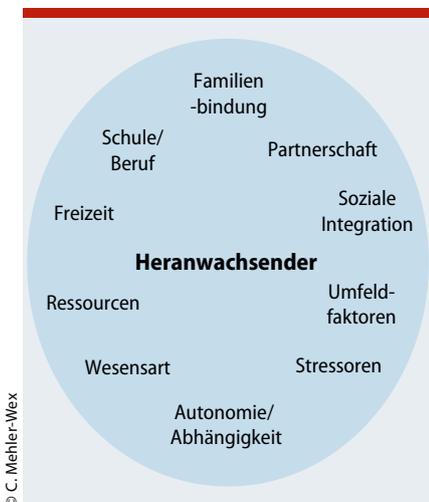


Abb. 4: Aspekte der ganzheitlichen Therapie.

zifischen Behandlung die Elemente Ausbildung, Familie, Soziale Kompetenz, Lebensgestaltung und Verselbständigung im Mittelpunkt stehen (Abb. 4). Zentral auf allen Ebenen sind Ressourcen-orientiertes Behandeln, Empathie und positive Gesprächsführung [14].

Oft besteht bei zuvor zurückgezogenen Patienten keinerlei Tag-Nacht-Rhythmus mehr, die Betätigung erfolgt sozial isoliert über das Internet, Kontakte oder Aktivitäten, schulische oder berufliche Verpflichtungen liegen brach. Aktivierung und Tagesstruktur sind somit Basis und werden durch regelmäßige gemeinsame Mahlzeiten, individuell abgestimmte Bausteine aus (jugend-) psychiatrischer Therapie, Kreativtherapien (z. B. Kunst-, Tanz-, Musik- und Bewegungstherapie), Schule beziehungsweise Arbeitstherapie und Freizeitangeboten ermöglicht.

Familienberatung und -edukation, im Bedarfsfall auch therapeutische Familienarbeit sind auch bei Volljährigen zu empfehlen, um konstruktive Umgangsweisen zu fördern, belastende interaktionale Themen zu bearbeiten und altersentsprechende Verselbständigungsprozesse zu begleiten. Bei Volljährigen ist der Austausch mit den Eltern jedoch an den Auftrag des Patienten und dessen Bereitschaft zur Schweigepflichtentbindung geknüpft.

Durch die altershomogene Patientenstruktur einer Adoleszentenpsychiatrie

ergibt sich im geschützten Rahmen ein Übungsfeld für soziale Interaktionen, welches durch gruppenpsychotherapeutische Angebote zum Sozialen Kompetenztraining ergänzt werden sollte, da hier in der Regel ein hoher Bedarf besteht. Weitere Angebote sollten Problemlösefertigkeiten, Impulskontrollstrategien („Skills“), Selbstwahrnehmung/Achtsamkeit, Körperbild umfassen. Ein lebensnahes Setting sollte altersangemessene, vielfältige Freizeitangebote im sportlichen, musischen und kreativen Bereich beinhalten, um die jungen Patienten zu ermutigen, aufeinander zuzugehen, sich auszuprobieren und Inspirationen für die eigene aktive zukünftige Freizeitgestaltung zu finden.

Alltagsvorbereitung

Interne Beschulungsmöglichkeiten mit der Option der darauf folgenden Belastungserprobung in regulären Außenschulen sind für Schüler wichtig zur Minimierung der Schulversäumnisse und Vorbereitung der Alltagsreintegration. Auch spiegelt die Schule diagnostisch hilfreiche Eindrücke wider, die mitunter zu entsprechenden Empfehlungen für die weitere schulische Laufbahn einhergehen. Vor Entlassung sind therapeutische Beurlaubungen mit Besuch der Heimschule essenziell, um die Belastbarkeit zu prüfen.

Eine Arbeitstherapie mit vielfältigem Angebot (z. B. Werkstatt, Garten, Küche, Büro) kann Durchhaltevermögen und Belastbarkeit fördern und sollte verknüpft sein mit der anschließenden Möglichkeit zu Berufspraktika, entweder zur beruflichen Orientierung oder als Belastungserprobung. Bei fraglicher Perspektive kommen Berufs- und Studienwahlberatung sowie Eignungs- und Interessenprüfungen ein hoher Stellenwert zu, um den weiteren Lebensweg inhaltlich konkreter zu füllen und so positive Anreize zur Gesundung zu setzen. Aspekte wie Vorbereitung auf Bewerbungsgespräche, gegebenenfalls Planung eines neuen Lebensumfelds (Wegzug aus der Kernfamilie) sowie bei Bedarf Initiierung weiterer Unterstützungsmaßnahmen (z. B. betreutes Wohnen, berufsvorbereitende/-orientierende Einrichtungen, therapeutische Wohngruppen, Hilfen nach dem Kinder- und

Jugendhilfegesetz KJHG usw.) sollten dabei ebenso abgedeckt sein wie Trainings zur Aneignung und Vertiefung von Alltagskompetenzen (Kochen, Umgang mit Ämtern und Finanzen usw.).

Fazit für die Praxis

Angesichts der zahlreichen Anforderungen im Heranwachsendenalter ist die Abgrenzung zwischen normalen Verhaltensschwankungen und pathologischer Symptomatik schwierig. Identitätsfindung, Autonomieentwicklung, soziale Integration, Perspektivenkonsolidierung sind anspruchsvoll und induzieren Unsicherheiten, die je nach Resilienz, Problemlösefähigkeiten und Wesensart mit kleineren Unwägbarkeiten bewältigt werden können, oder aber in internalisierende oder externalisierende Störungsbilder münden, die Überschriften einerseits wie Anorexie, Angststörungen oder Depression tragen oder andererseits wie Störung des Sozialverhaltens, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen, Internetsucht können Begleitphänomene sein. Da diese psychiatrischen Diagnosen jedoch im Kontext mit Krisen des Heranreifens zu sehen sind, ist eine ganzheitliche Behandlung mit adoleszenzspezifischen Angeboten dringend anzuraten, um in allen relevanten Lebensbereichen und -bezügen Klärungen zu schaffen und somit über Besserung von Selbstwirksamkeit, Achtsamkeit, Stressmanagement, sozialer Kompetenz und Ressourcen-Bewusstsein ursächliche Bedingungen der Erkrankung anzugehen.

Literatur

www.springermedizin.de/dnp



Prof. Dr. med. Claudia Mehler-Wex, HEMERA Klinik für Seelische Gesundheit, Privatklinik für Jugendliche und junge Erwachsene Schönbornstr. 16 97688 Bad Kissingen E-Mail: mehler-wex@hemera.de