

Reifungskrisen – Teil 2: Folgen und Lösungen

Syndromspezifische und ganzheitliche Adolozentenpsychiatrie

Reifungskrisen stellen keine diagnostische Entität im ICD dar. Der Begriff ist jedoch hilfreich, um psychische Syndrome zu umschreiben, die im Rahmen der Herausforderungen des Heranwachsendens reaktiv auftreten und daher – bei geeigneter, ganzheitlicher Herangehensweise der Therapie – prognostisch günstig einzustufen sind.

CLAUDIA MEHLER-WEX, BAD KISSINGEN

Einflussfaktoren für Reifungskrisen sind entwicklungspsychologische Voraussetzungen wie individuelle Persönlichkeit, Identität, Resilienz und Temperament, im Kontext betrachtet mit äußeren Stressoren wie Leistungs- und Entscheidungsanforderungen im schulisch-beruflichen Bereich, Autonomie-Abhängigkeitskonflikten bezüglich der Kernfamilie, Defiziten der sozialen Kompetenzen und Konfliktbewältigungsstrategien sowie Konstituierung des eigenen Lebensumfeldes und Bezugssystems (vgl. Teil 1, NEUROTRANSMITTER 6–2013). Eine Reifungskrise

kann klinisch viele Gesichter aufweisen, die Therapie muss jedoch immer multimodal auf alle wesentlichen Lebensvollzüge des Heranwachsenden abgestimmt sein. Adolozentenpsychiatrie sollte lebensnah, Ressourcen-orientiert, motivierend und anregend sein, die vielen Facetten des Lebens kennenzulernen und aktiv zu gestalten.

Internalisierende Syndrome

Die häufigsten Störungen bei introversiv veranlagten Heranwachsenden sind soziale Ängste (Prävalenz etwa 5%), Depression (3–10%) oder Essstörungen

(0,5–1%), die ihrerseits ebenfalls mit deutlichen Auffälligkeiten im affektiven Bereich assoziiert sind: Zwei Drittel der Anorexie-Erkrankten erleiden im Lebensverlauf eine Angst- oder depressive Störung. Auch häufig zu beobachten sind zwanghafte Verhaltensanteile und Denkstrukturen, die kompensatorisch zum Ausgleich von Unsicherheiten Raum greifen, um eine Halt gebende Ordnung herzustellen.

Resch und Freyberger definieren Emotionen als ein „körpernahes Entscheidungssystem“, welches zwischen den biologisch veranlagten Reaktionsimpulsen („Affekte“) und erworbenen Kognitionen steht [1]. Emotionen senden Dringlichkeitssignale nach innen und lösen nach außen bestimmte Handlungs-, Ausdrucks- und Interaktionsmuster aus. Unsichere Personen werden dazu neigen, sich äußeren Bedingungen oder Erwartungen unterzuordnen und ihre eigenen Impulse zu verdrängen, sodass eine emotionale Dysbalance entsteht. Der resultierende Verlust einer gesunden Emotionsregulation mündet in psychisches Missbefinden einerseits und eine Vielzahl an Alltags- und Beziehungsproblematiken andererseits. Bei depressiven Patienten sind die Strukturelemente des Selbst, nämlich Selbst- und Affektsteuerung, Selbst- und Objektwahrnehmung sowie kommunikative Fähigkeiten zu einem extrem passiven, negativen Pol verschoben. Bei Angstproblematiken stehen veränderte und nicht angemessene Wahrnehmungen im Vordergrund, bei Zwängen die überstarke Selbststeuerung.



Substanzmissbrauch betäubt, behindert dadurch aber auch den Vollzug wichtiger Entwicklungsschritte wie Verantwortungsübernahme, Problemmanagement und den Erwerb sozialer Kompetenzen.

Anorexie stellt in diesem Falle die „Perfektion einer Selbststrukturierung“ dar, das heißt, der Patient, die Patientin gleicht ihre Unsicherheiten durch ein hohes Maß an Selbstdisziplin im Bereich Nahrung, Gewicht und oft auch Leistung aus, definiert sich zunehmend über die „Erfolge“ in dieser Strategie und vermeidet so die Auseinandersetzung mit den eigentlichen Problemfeldern (Identitätsschwäche, mangelnde soziale Kompetenz). Bei Bulimie-Patienten wird auf der Grundlage eines negativen Selbstwertgefühls die körperliche Attraktivität als kompensatorisches Ziel fokussiert. Die Diätversuche können jedoch oft nicht so eisern aufrecht erhalten werden wie bei den disziplinierten Anorexie-Patientinnen; vielmehr liegt hier oft eine erhöhte Neigung zur Impulsivität vor, sodass Essanfälle das Fasten brechen, über Schuldgefühle dann wiederum erbrochen wird und damit der Ekel vor dem eigenen Körper weiter steigt, Beginn eines Teufelskreises, der leichter im Verborgenen gehalten werden kann als die augenscheinliche Magersucht, und somit auch schneller in die Chronifizierung und bei äußeren Anfechtungen in die Rückfallgefährdung führt. In Katamnesestudien wird bei Anorexie von einer 50%igen Genesungsaussicht nach 10 bis 15 Jahren ausgegangen, bei Bulimie sind die Verläufe länger und man spricht eher von einer Symptombesserung als -abstinenz (etwa 60%) [2], hier besteht auch eine Vergesellschaftung mit der Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen im Verlauf (vor allem emotionale Instabilität).

Substanzmissbrauch

Substanzmissbrauch ist im Heranwachsendenalter oft als Selbstbehandlungsversuch zu werten, welcher auch bei introvertierten Störungen vorkommen kann. Es ist bekannt, dass sich bei nicht behandeltem Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom im Rahmen dessen Adoleszentenaufgaben wie Problembewältigung und sozial kompetentes Verhalten deutlich aggravierend verhalten können, das Risiko eines Substanzmissbrauchs im Vergleich zu behandelten ADHS-Patienten verdoppelt. Ein Substanzmissbrauch wiederum korreliert mit gesteigerter Suizidalität [3], kann also Ursache oder Folge einer psychischen Problematik sein.

Eine Stichprobenerhebung bei 19-Jährigen in Deutschland ergab, dass ungefähr 10% einen schädlichen Gebrauch von Alkohol betreiben (15% der Jungen, 7% der Mädchen) und 0,6% von Cannabis, 26% sind Nikotin-abhängig (22% männlich, 30% weiblich) und 2,2% THC-abhängig (knapp 3% männlich, knapp 2% weiblich) [4]. Häufige Komorbiditäten sind Störungen des Sozialverhaltens einerseits, aber Depression oder Angsterkrankungen (vor allem soziale Phobie) andererseits, erst dann gefolgt von ADHS, Bulimie und Borderline-Störungen [5]. Internalisierende Störungen als primäre Ausgangssituation sind sogar stärker mit späterem THC-Missbrauch verknüpft als externalisierende [5].

Der Substanzmissbrauch betäubt, behindert dadurch aber auch den Vollzug wichtiger Entwicklungsschritte wie Verantwortungsübernahme, Problemmanagement und den Erwerb sozialer Kompetenzen. Es resultieren verstärkt Ängste vor dem Alltag, was den Substanzmissbrauch fördert und somit in einen Teufelskreis mündet. Substanzbedingte Enthemmung kann zudem zu riskantem und provokativem Verhalten führen, welches die Gefahr von Gewalt-, Missbrauchs- oder sonstigen traumatisierenden Erlebnissen per se erhöht. Die toxische Wirkung von Alkohol und Drogen auf die im jungen Alter noch andauernde Neurogenese ist wesentlich stärker als beim ausgereiften erwachsenen Gehirn; überlebende hirnrorganische Defekte äußern sich symptomatisch oft in Antriebsverlust („amotivationales Syndrom“), Lern- und Leistungsschwierigkeiten (wirkend wie ein ADHS).

Autoaggressives Verhalten

Depression, die mit dem „Gefühl der Gefühllosigkeit“ assoziiert ist, senkt die Schwelle der Versuchung, sich durch schädlichen Substanzgebrauch Wohlbefinden oder vermeintliche Kompetenzsteigerungen zu erwerben. Gleichzeitig kann bei noch ausreichendem Antrieb eine Neigung zu Verhaltensweisen des „Sensation-Seeking“, die sonst eher expansiveren Störungsbildern zugeordnet werden, ausgelöst werden, vermutlich vor dem Hintergrund, dass gesunde Hemmschwellen sinken (es ist nichts zu verlieren) und ein Spüren des Selbst erhofft

wird. Ortin et al. vermuten eine Dysregulation der Temperamententwicklung und der emotionalen Kontrolle als zugrunde liegenden Faktor für Autoaggressivität [6]: Negative Gefühle bedingen eine innere Anspannung, durch selbstverletzendes Verhalten tritt ein Gefühl der Entspannung und inneren Ruhe ein. Die Schwelle zu selbstgefährdendem Verhalten bis hin zu Suizidalität ist dann nicht mehr weit. Insbesondere dependente Persönlichkeiten, die sich stark an der sozialen Erwünschtheit orientieren, geraten häufiger in suizidale Krisen [7]. Patienten mit Essstörungen, die oft Schwierigkeiten in der Verarbeitung von Aggression haben, weisen eine Lebenszeitprävalenz für Selbstverletzungen von 40–50% auf, wobei hier nicht nur etwa Ritzen, sondern auch Trichotillomanie und ähnliches subsummiert sind.

Bei weiblichen Jugendlichen scheint Hoffnungslosigkeit ein starker Prädiktor einer späteren Suizidalität im Rahmen einer Depression zu sein, bei Jungen hingegen mangelhafte Problembewältigungsstrategien [8]. Eine überhöht kritische Haltung der Eltern scheint ein wichtiger Trigger für Autoaggressivität zu sein [9]; hier schließt sich der Kreis zu den alterstypischen Autonomie-Abhängigkeitskonflikten. Im jungen Alter einsetzende depressive Erkrankungen sind häufiger mit Neurotizismus und Suizidalität verknüpft als später beginnende [10].

Selbstverletzendes Verhalten muss nicht zwangsläufig mit Suizidalität gekoppelt sein. Die Häufigkeit von autoaggressiven Handlungen bei Heranwachsenden liegt bei bis zu 9%, bei 4% für repetitive Selbstverletzungen und muss, anders als bei Erwachsenen, bei denen Autoaggressivität zu 80% mit einer Borderline-Störung vergesellschaftet ist, mehrheitlich davon losgelöst gesehen werden [11]. Bereits in den 1980er-Jahren wurde ein „Selbstverletzungssyndrom“ ohne suizidale Intention, eher im Sinn einer Stressreduktion, als eigene Entität diskutiert; als neue Begrifflichkeit dieses adoleszententypischen Phänomens dient die Bezeichnung der „Nicht-suizidalen Selbstverletzung“ (NSSV), die für DSM-V sogar als neu einzuführende diagnostische Kategorie diskutiert wird. Nach bisherigen Erkenntnissen kann NSSV auch im Kontext von Reifungsvorgängen

betrachtet werden, da entwicklungsbiologische Abweichungen des Serotonin- und Opioid-Systems als Ursache einer veränderten Affektregulation oder verringerten Schmerz Wahrnehmung angenommen werden [12]. Die im Jugendalter erhöhte Impulsivität und Neigung zum Sensation-Seeking hängt mit der Ausreifung von Belohner- und Kontrollinstanzen des Gehirns zusammen [13]. Mit der Reifungshypothese übereinstimmend zeigte eine Follow-up-Studie [14], dass in der Gruppe der untersuchten 11- bis 14-Jährigen sich 18% in diesem Altersabschnitt zumindest einmal selbst verletzen, dies bei 50% jedoch ohne weitere Interventionen sistierte. Somit kann ein „Probierkonsum“, der passager und nicht mit einer psychischen Erkrankung verknüpft ist, unterschieden werden von repetitivem NSSV, das auf Pathologien im psychiatrischen Bereich hinweist: Weniger

als Borderline-Strukturen überwiegen bei den jungen NSSV-Betroffenen hohe Depressions- und Angstscores sowie ein eingeschränktes Funktionsniveau [15], negative Kognitionen, Hoffnungslosigkeit und soziale Desintegration [14]. Empfehlungen zum Umgang mit selbstverletzendem Verhalten zeigt **Tabelle 1**.

Internetsucht

Eine epidemiologische Studie in elf EU-Ländern kam zu einer Prävalenzrate des schädlichen Internetkonsums unter Adoleszenten von 4,4% [16], Jungen sind dabei häufiger betroffen als Mädchen (5,2% bzw. 3,8%). Videos, Spiele (vor allem Jungen) und die Nutzung von Chatrooms (vor allem Mädchen) sind die am häufigsten in Anspruch genommenen Angebote. Leider zeigen Untersuchungen von Internetforen für die

Selbstpräsentation, dass fast 50% der eingestellten Inhalte gesundheitsschädigend oder risikofördernd sind (z. B. Beschreibung sexueller Aktivitäten, Selbstschädigungen, Alkohol etc.).

Der Computergebrauch korreliert direkt mit dem Grad psychosozialer Vernachlässigung im Elternhaus und der allgemeinen sozialen Desintegration. Affektive Störungen wie Depression und soziale Ängste sowie unsicher-ängstliche Persönlichkeitszüge sind in hohem Maße mit schädlichem Internetkonsum assoziiert [17] und bestätigen daher die Vermutung, dass das Internet für Betroffene eine alternative, vermeintlich geschützte, da anonyme Plattform der Selbstpräsentation und Kontaktaufnahme darstellt und somit das Vermeidungsverhalten sowie die affektiven Symptome weiter verstärkt. Auf der anderen Seite besteht ein erwartungsgemäßer Zusammenhang mit ADHS, wobei der Internetgebrauch dann eher als eine im Internet ausgeübte Spielsucht interpretiert werden kann. Das Fokussieren auf das Internet kann Ursache weiterer psychischer Probleme sein, unter anderem verbunden mit verringerter Schlafqualität (spätes Einschlafen, vermehrte Alpträume), Störung von Gedächtnis- und Konzentrationsleistungen, aggressionssteigernde und empathiemindernde Effekte bei gewaltbetonten Inhalten, sozialer Rückzug, körperliche Vernachlässigung, Adipositas etc. [18].

Spielsucht tritt bei 4–7% der Heranwachsenden auf und kann eine vermeintliche Kompensationsstrategie sein, wahrgenommene Selbstunwirksamkeit durch Erfolg im Spiel als „Beweis“ besonderer Fähigkeiten („Kontrolle“ über das Spiel) auszugleichen und unangenehmen Gefühlen und Frustrationserlebnissen auszuweichen. Der selbstreferenzielle Spieler, der alleine etwa am Automaten oder am PC spielt, profitiert vorrangig von der Ablenkung, während es dem kompetitiven Spieler auch um „soziale Kompetenz“ gegenüber Mitspielern geht, wenngleich ihm diese nur im Sinne äußerer Kontrolle über Aufregung und Anspannung („Pokerface“) gelingt, nicht jedoch in alltäglichen Kontexten. Spielsuchtveranlagung ist beim männlichen Geschlecht oft genetisch geprägt über erhöhte Impulsivität, bei Frauen ist ein wichtiger Risikofaktor die Depression: Erfolg im Spiel als

Tabelle 1

Diagnostisch-therapeutisches Vorgehen bei selbstverletzendem Verhalten [20]

1. Möglichst emotional neutrale zur Kenntnisnahme der Selbstverletzung, Entfernen des Patienten von „Publikum“, sachliche Wundversorgung.
2. Falls chirurgische Intervention notwendig: Vorherige Absprache mit dem Konsiliararzt, um einheitliche Haltung zu gewährleisten (wenig Nachfragen, keine Zuwendung über die Wundversorgung hinaus).
3. Bei Erstauftreten: körperliche Untersuchung und Erfragen weiterer Selbstverletzungen, exakte Dokumentation.
4. Wie wird mit dem Thema Selbstverletzungen in der Peer-Group umgegangen? Falls es dort ein Modethema ist, müsste hier sozialpsychiatrisch angesetzt werden.
5. Im Gespräch zu eruieren: Gibt es ein Vorgefühl, ehe die Verletzung stattfindet? Könnte eine Meldung vor der Handlung erfolgen (als Vereinbarung zum Beispiel im stationären Setting)?
6. Teil der psychotherapeutischen Arbeit mit dem Patienten: Welche alternativen Maßnahmen könnten eine Spannungsabfuhr ermöglichen (z. B. Sport, haptische Reize)? Entwicklung von „Skills“, die der Patient übt und als Selbsthilfe bei Anspannung anwenden soll.
7. Selbstverletzendes Verhalten beinhaltet oft keine suizidale Absicht. Bei psychopathologisch bekannten Patienten mit wiederholten Selbstverletzungen ist daher abzuwägen, ob wirklich jedes Mal zu Suizidalität befragt werden muss; dies könnte im Sinne eines Krankheitsgewinns („Macht über die Situation“) auch verstärkend wirken.
8. Anwendung von Elementen der Dialektisch-Behavioralen Therapie [21].
9. Für die psychopharmakotherapeutische Behandlung selbstverletzenden Verhaltens bestehen nur geringe Evidenzgrade (III–IV). Erwogen werden können (Off-label):
 - a. SSRI: bei depressiven, zwanghaften, bulimischen Symptomen oder Flashbacks (besonderes Augenmerk auf Suizidalität wegen initialer Antriebssteigerung)
 - b. Atypische Neuroleptika: bei emotionaler Instabilität, Impulsivität, Anspannung
 - c. Mood Stabilizer: bei extremen Stimmungsschwankungen und Aggressivität
 - d. Niedrig- bis mittelpotente Neuroleptika: symptomatisch bei Anspannung und „Druck“

Mittel der Selbstbestätigung. Die therapeutische Herangehensweise ist bei der Entität der affektiv vermittelten Spielsucht – neben der vorrangigen Verhaltenstherapie – weniger über Opioid-Antagonisten wie bei den klassischen Suchterkrankungen, sondern vielmehr über SSRI, SNRI oder Noradrenalin-Dopamin-Wiederaufnahmehemmer (Bupropion) oder Mood-Stabilizer sinnvoll.

Therapeutischer Beziehungsaufbau mit Adoleszenten

Anders als Kinder entwickeln Jugendliche mit zunehmendem Alter selbst einen Leidensdruck und bei Patienten, vor allem mit introversiven Störungen, besteht in der Regel eine Behandlungsmotivation. Dies sind optimale Bedingungen für die Therapie, wenngleich Zweifel, Antriebslosigkeit und Ängste erschwerend sind für die psychotherapeutische Arbeit. Junge Menschen mit extravertierten Störungen sind oft zunächst abwehrend und verschlossen, neigen zur Externalisierung, impulsiver Beziehungsgestaltung und Entscheidungslosigkeit. Das A und O von Seiten des Behandlers zur Erlangung eines therapeutischen Bündnisses mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen sind Akzeptanz, motivierende Gesprächsführung (**Tabelle 2**), Klarheit und Zuverlässigkeit.

Akzeptanz bedeutet, die Eigenheiten, Entscheidungen und Autonomiebestrebungen des Patienten zu respektieren. Das fordert Geduld und Toleranz, da junge Menschen wechselhaft mitteilungsbereit, oft ausweichend und eher misstrauisch sind, und gute Beobachtung, da der nonverbale Ausdruck gerade in dieser Altersspanne sehr ausgeprägt ist. Negative Übertragungen, wie etwa die Erwartung, dass der Therapeut „wie die Eltern“ einschränkend und reglementierend auftreten wird, müssen behutsam gelöst oder relativiert werden zugunsten von wahrnehmbarem, ehrlichem Wohlwollen. Von großem Vorteil ist es, wenn man einen gemeinsamen Gesprächsduktus finden kann (z. B. ähnlicher Humor, Dialektsprachliches) oder über Interessenschwerpunkte einen Einstieg nehmen kann. Unerwartetes Verständnis („Es ist o.k., wenn du nicht alle Fragen beantwortest“) oder das Sich-Einlassen auf ein zunächst weniger Emotionen und Reflexi-

onen forderndes Zielvorhaben („Aus verschiedenen Gründen ist Dir Dein Alltag nicht mehr gelungen, Deine Ausbildung musstest Du abbrechen. Wie wäre es denn, wenn wir uns erst einmal überlegen, wie wir wieder eine Tagesstruktur aufbauen können?“) wirken gewinnender als eine fordernde, nach Therapeutenmaßstäben ausgerichtete Vorgehensweise. Die Etappenziele der Therapie und deren Reihenfolge sollten immer gemeinsam formuliert werden.

Die akzeptierende widerspricht nicht einer therapeutischen Haltung, die Interpretationen, Meinungen oder auch, wenn nötig, Grenzen aufzeigen muss. Eine zu permissive Haltung des Therapeuten würde realitätsfernen Annahmen des Patienten Vorschub leisten („Ich habe einfach keine Lust, die Schule zu besuchen. Trotzdem werde ich erfolgreicher Unternehmer werden.“), eine zu stark steuernde Haltung könnte den Patienten in die Regression treiben (der Therapeut arbeitet, aber der Patient nicht). Die therapeutischen Ziele im Auge zu behalten, den Prozess zu strukturieren und an reale Machbarkeiten und Alltagsbedingungen zu erinnern ist Aufgabe des Behandlers. Aber: Der Patient selbst erarbeitet sich seinen Weg, und der Therapeut gibt ihm dazu den vertrauensvollen und schützenden Rahmen sowie die entsprechenden Impulse. Ganz entscheidend für ein Gefühl der Sicherheit sind Transparenz, Logik und Konsequenz in den Handlungen und Aussagen des Therapeuten. Die positive Gesprächsführung beinhaltet unter anderem das aktive Zuhören, das heißt, Gesagtes wird durch den Therapeuten in der Essenz nochmals aufgegriffen und beide Gesprächspartner erhalten dadurch die Sicherheit, sich richtig verstanden zu haben und die Möglichkeit, Dinge nochmals zu reflektieren und eventuell in einem anderen Sinne zu interpretieren.

Grundsätzlich gilt: Die Therapie bei Adoleszenten sollte ressourcenorientiert, lebensnah und positiv-motivierend sein!

Im multiprofessionellen stationären Setting sollte man den nonverbalen kreativen Therapien einen womöglich höheren Stellenwert als in der Erwachsenenpsychiatrie einräumen: Gerade misstrauische, verschlossene Patienten, oder solche, die altersbedingt noch eingeschränkt reflexions- und mitteilungsfähig sind, so-

wie grüblerisch-„verkopfte“ junge Menschen fassen oft eher in den Kothérapien Fuß als im psychotherapeutischen Gespräch. Wir halten daher ein breites Spektrum an kreative-therapeutischen Angeboten, vorrangig im Einzelsetting, unter engen Teamabsprachen, für sehr zielführend in dieser Altersgruppe.

Ganzheitliche Therapie

Im Kontext von Reifungskrisen entstandene psychische Erkrankungen müssen mehrdimensional, vorzugsweise im adoleszentenpsychiatrischen Setting (vgl. [19]) behandelt werden. Neben der spezifischen Therapie der syndromal im Vordergrund stehenden Störung (z. B. Depressive Episode, Anorexia nervosa, Angststörung) sind zu berücksichtigen:

- Identitätsempfinden,
- soziale Integration und Kompetenz,
- Problem- und Konfliktlösestrategien,
- familiäre Interaktionsproblematiken (z. B. Abhängigkeits-Autonomie-Konflikte),
- schulische oder Ausbildungssituation (Leistungsfähigkeit, Perspektive),
- partnerschaftliche Beziehungsgestaltung,
- Freizeitgestaltung (Interessen, soziale Aktivitäten, Stärken),
- altersentsprechende Selbstständigkeit.

Die Wahrnehmung der eigenen Identität fußt auf dem Selbstbewusstsein und der Selbstachtsamkeit. Sind die Identitätsgrenzen sehr durchlässig, bestehen Unsicherheiten nach innen und außen, oft verknüpft mit dysfunktionalen Überzeugungen. Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie können hier unterstützen, Bewertungsstile und Wahrnehmungsmuster zu facettieren. Achtsamkeits- und Abgrenzungsübungen können unserer klinischen Erfahrung zufolge auch gut mit nonverbalen Strategien wie Tanz- oder Kunst- oder Musiktherapie erfolgen.

Soziales Kompetenztraining ist ein wichtiger, oft auch der wichtigste, Schlüssel zu einem besseren Selbstwert. Fast alle unserer adoleszenten Patienten haben zumindest bei bestimmten Aspekten Trainingsbedarf in der sozialen Interaktion. Bei Adoleszenten erscheint soziales Kompetenztraining nur sinnvoll in einer altershomogenen Gruppe, da lebensabschnittsbedingt die Themen sich ähneln und die Gleichaltrigen im

weiteren „erwachsenen“ Leben die wichtigste Bezugsgruppe sind, also muss auch genau in diesem Kontext geübt werden. Sind zu viele ältere, im Leben beruflich und sozial bereits situierte Mitpatienten anwesend, wie dies in Er-

wachsenenpsychiatrien die Regel ist, können die adoleszenzspezifischen Inhalte nicht auf Augenhöhe bearbeitet werden und die jungen Erwachsenen werden daher eher zurückhaltend sein. Problem- und Konfliktlösestrategien

sind wesentliche Fähigkeiten, Herausforderungen oder unangenehme Ereignisse strategisch angehen zu können, will heißen, die Kernthematik zu erfassen, zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten abzuwägen, Entscheidungen zu tref-

Tabelle 2

Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen; wichtige Elemente der Gesprächstechnik (nach [22])		
Elemente	Strategien im Gespräch	Beispiele/Erläuterung
Grundhaltung	Positives/optimistisches Betonen Anleiten statt Vorschreiben Aktives Zuhören, Schweigen vermeiden	
	Um Erlaubnis bitten Informationen geben	<i>Darf ich Dir einen Vorschlag machen?</i>
	Feedback einholen	<i>Was denkst Du darüber?</i>
	Ist-Soll-Abgleich (Patientenwertesystem berücksichtigen)	<i>Was sollte Deines Erachtens sich verändern?</i>
	Widerstand aufgreifen	<i>Du hast immer wieder erlebt, dass andere über Dich bestimmen. Erzähle mir mehr davon.</i>
	Selbstwirksamkeit fördern Empathie zeigen Autonomie respektieren Veränderungsideen stützen Eigenverantwortung stützen	<i>Wahlfreiheit betonen: Du kannst Dich dagegen entscheiden oder folgende Ideen überlegen: ...</i>
	Kooperation	<i>Therapeut und Patient arbeiten miteinander, nicht gegeneinander</i>
	Evokation: Aktivieren zur Veränderung	<i>Nicht der Therapeut formuliert die Veränderungsschritte, sondern er entlockt durch seine Gesprächsführung dem Patienten Veränderungswünsche als Basis für die zielgerichtete Zusammenarbeit</i>
	Personenzentrierte Beratung	Offene Fragen verwenden
Bestätigung von Bemühungen		<i>Ich sehe, dass Du Dir viele Gedanken zu dem Thema gemacht hast.</i>
Reflektierende/spiegelnde Aussagen, Zusammenfassungen von Inhalten		<i>Aufgreifen einer Aussage mit eigenen Worten, um Verstehen zu signalisieren, Klarheit zu schaffen</i>
Umgang mit Widerstand	Themawechsel Neutrale statt direktive Haltung Nicht überreden wollen	
	Spiegeln der Aussagen, um „gesunde“ Gegenargumente zu wecken	<i>Du bist Dir sicher, dass Trinken nicht Deiner Gesundheit schadet.</i>
	Pro´s und Kontra´s erarbeiten lassen	<i>Was könnte für, was dagegen sprechen?</i>
	Umdeutung	<i>Du kannst nicht aufhören mit dem Rauchen. Du bist aber jemand, der es trotzdem immer wieder versucht.</i>
	Fokus wechseln	<i>Du möchtest keine Medikamente nehmen. Erzähle mir, was Du darüber denkst.</i>
Change Talk (Bahnung der Veränderung)	Ambivalenzen spiegeln Wertfreie Haltung	
	Imaginationen erfragen Werte erfragen Stärken erfragen	<i>Wie stellst Du Dir idealerweise Dein Leben in fünf Jahren vor?</i>
	Schätzskaalen verwenden (Priorisierung anregen)	<i>Auf einer Skala von 1 bis 10, wie wichtig ist Dir diese Angelegenheit?</i>
Commitment	Veränderungsplanung: Ziele, konkrete Schritte, Abwägungsgründe, mögliche Schwierigkeiten	

fen und die Konsequenzen bewusst zu akzeptieren. Sowohl erlernte Hilflosigkeit oder negative Selbstsicht bei introversiven Störungen als auch impulsive Handlungsstile bei extraversiven Störungen behindern die erfolgreiche Problembewältigung. Insofern ist die Vermittlung entsprechender Kompetenzen ein zentraler Aspekt in der Unterstützung adoleszenter Patienten.

Auch junge Erwachsene benötigen mitunter noch eine Familientherapie mit den Eltern. Dabei geht es vorrangig um die Mediation einer adäquaten Kommunikation und angepassten emotionalen Verbundenheit im Rahmen der Loslösungsprozesse. Die gegenseitige Akzeptanz differenzierter Haltungen und Meinungen und das Aufeinander-Zubewegen etwa bei der Berufswahl (elterliche Erwartungen versus persönliche Neigungen) können durch die Moderation und therapeutische Mitwirkung einer neutralen Fachperson oft leichter gelingen als im privat familiären Kontext.

Patienten in der Adoleszentenpsychiatrie befinden sich in der Regel noch in der beruflichen Orientierungsphase: Oft stehen sie nahe am Schulabschluss oder haben die Schule oder eine Lehre, ein Studium abgebrochen und sind, zum Teil auch noch weit über das 20. Lebensjahr hinaus unentschieden oder völlig ratlos, wie sich ihre berufliche Zukunft gestalten könnte. Ohne eine realistische, aber dennoch individuell möglichst attraktive Perspektive im Beruflichen wird ein psychisch Kranker sich schwerlich stabilisieren. Der Adoleszente wird seinen eigenen Lebensunterhalt verdienen müssen, davon wird seine Lebensqualität entscheidend abhängen, und er wird viel Zeit seines Lebens mit der gewählten Tätigkeit verbringen. Der sozialpädagogischen Aufgabe, das in der psychologischen Testdiagnostik erhobene Leistungsniveau mit Eignungen und Interessen abzugleichen und durch geeignete Maßnahmen (Praktika) oder Zwischeninstanzen (Arbeitsamt) einer motivierenden, absehbar umsetzungsfähigen Perspektivenplanung zuzuführen, kommt daher ein großer Stellenwert zu. In unserem Konzept für stationäre Adoleszentenpsychiatrie sind daher Bewerbungstraining, Arbeitstherapie, Praktikavermittlung zur beruflichen Orientierung und/oder Belastungs-

erprobung oder die Bahnung berufsvorbereitender Maßnahmen unabdingbarer Bestandteil, der ab fortgeschrittener Schullaufbahn zum Tragen kommt.

Vorausgegangene oder aktuelle Beziehungen beschäftigen Heranwachsende, die lange Jahre zuvor nur die elterlich-verwandschaftliche und freundschaftliche Beziehungsebene kannten, als neue Lebenserfahrung in hohem Maße. Daher sind die diesbezüglich gemachten Erfahrungen als Matrize der Identitätsformung früher oder später auch Inhalt der Therapie. Negative Erlebnisse müssen verarbeitet werden, was mitunter Elemente der Traumatherapie erfordert (bewusste gedankliche Exposition schlechter Erinnerungen, Reduktion der Angstbeteiligung, Relativierung der eigenen Rolle, Selbstakzeptanz). Ritualisierte „Bestattungen“ oder „Verabschiedungen“ von belastenden Ereignissen können hilfreich sein. Positive Beziehungserfahrungen hingegen, deren sich die Patienten nicht immer bewusst sind zugunsten der negativen, können identitätsstiftend und verstärkend genutzt werden.

Der Freizeitgestaltung kommt nicht nur in der Reifungsphase eine wichtige Bedeutung in der Lebenszufriedenheit zu. Die zweckfreie und dem Leistungsanspruch enthobene Begeisterung für eine bestimmte Sache oder Aktivität stellt eine kostbare Ressource dar. Idealerweise sind etliche der Freizeitelemente aktiv und in sozialer Gemeinschaft und stellen einen passenden Ausgleich zur Berufstätigkeit dar (z. B. Sport bei vor allem sitzendem Beruf, Kreatives bei hoher Organisiertheit der Arbeit). Insgesamt sollte eine Station für Adoleszentenpsychiatrie ein breites Freizeitangebot bereit halten, um die Patienten zu aktivieren, in Gemeinschaft zu bringen und sich ausprobieren zu lassen. Neu oder wieder gefundene Hobbies sollten einen festen Platz im zukünftigen Leben haben (z. B. Anmeldung im entsprechenden Verein, fixer Termin im Wochenablauf).

Autonomie ist eine Kernkompetenz für die erwachsene Lebensführung. Ganz unabhängig von der Schulbildung weisen junge Menschen um die Volljährigkeit oft erstaunliche Lücken auf in Alltagskompetenzen. Sich selbst versorgen beinhaltet: für regelmäßige Mahlzeiten zu sorgen, diese zuzubereiten und die ent-

sprechenden Vorräte anzulegen; bürokratische Angelegenheiten zu bewältigen; für Ordnung und Sauberkeit (bezogen auf Wohnung, Kleidung und die eigene Pflege) zu sorgen; eine Tagesstruktur einzuhalten; Buchhalterisches und Finanzen zu kontrollieren; pünktlich zur Arbeit/zum Unterricht zu erscheinen etc. Aus diesem Grunde sollten die therapeutischen Maßnahmen immer Hilfen zur Selbsthilfe und Alltagskompetenzen mit vermitteln. Besonders im stationären Setting einer Adoleszentenpsychiatrie können sozialtherapeutische Angebote wie ein „Fit for Life –Training“, Schuldenberatung, Kochkurse und Ernährungsberatung sehr hilfreich sein.

Fazit für die Praxis

Heranwachsen bedeutet Vulnerabilität. Identitätsfindung, soziale Integration, Autonomieerwerb, Berufsentscheidungen und vieles mehr müssen bewältigt werden. Abhängig von Temperament und Persönlichkeit fallen reaktive psychische Erkrankungen introversiv oder extraversiv aus. Das besondere an den Störungen mit reifungsgeschichtlichem Kontext ist die Notwendigkeit einer nicht nur syndromspezifischen, sondern ganzheitlichen therapeutischen Herangehensweise. Die Belange aller Lebensbereiche sind zu prüfen und bei Bedarf zu unterstützen, dann kann die Prognose sehr gut sein und sich der Verlauf auf diese Lebensphase begrenzen. Die Therapie Heranwachsender profitiert von dem altershomogenen Setting einer Adoleszentenpsychiatrie, welches per se ein soziales Übungsfeld darstellt. Wichtige Aspekte in der Behandlung sind eine wohlwollende, akzeptierende Haltung des Therapeuten, eine motivierende Gesprächsführung, eine große Alltagsnähe des therapeutischen Vorgehens, die adjuvante oder bei bestimmten Themen sogar vorrangige Einbeziehung nonverbaler Verfahren im stationären Setting sowie der konkrete Transfer der Therapieinhalte in den Alltag. □

LITERATUR

www.Springermedizin.de/neurotransmitter

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

Literatur

1. Resch F, Freyberger HJ. Struktur und Identität. In: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. Adoleszenzpsychiatrie. 2009, Schattauer, Stuttgart New York, S. 105–111
2. Schulze U, von Wietersheim J. Essstörungen. In: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. Adoleszenzpsychiatrie. 2009, Schattauer, Stuttgart New York, S. 340–354
3. Bacskai E, Czobor P, Gerevich J. Trait aggression, depression and suicidal behavior in drug dependent patients with and without ADHD symptoms. *PSYCHIATRY RESEARCH* 2012;200(2-3):719–723
4. Barnow S, Stopsack M, Spitzer C, Freyberger HJ. Correlates of alcohol expectancies in adolescence. *Z Klin Psychol Psychother* 2007;36:1–10
5. Schepker R, Barnow S, Fegert JM. Suchtstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ. (Hrsg.) Adoleszenzpsychiatrie. Schattauer, Stuttgart 2009, S. 231–240
6. Ortin A, Lake AM, Kleinman M, Gould MS. Sensation seeking as risk factor for suicidal ideation and suicide attempts in adolescence. *J Affect Disord* 2012;143(1-3):214–222
7. Freudenstein O, Valevski A, Apter A, Zohar A, Shoval G, Nahshoni E, Weizman A, Zalsman G. Perfectionism, narcissism, and depression in suicidal and nonsuicidal adolescent inpatients. 2012;53(6):746–752
8. Labelle R, Breton J, Pouliot L, Dufresne MJ, Berthiaume C. Cognitive correlates of serious suicidal ideation in a community sample of adolescents. *Journal of affective disorders* 2013;145(3):370–377
9. Wedig MM, Nock MK. Parental expressed emotions and adolescent self-injury. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:1171–1178
10. Korten NCM, Comijs HC, Lamers F, Penninx BWJH. Early and late onset depression in young and middle aged adults: Differential symptomatology, characteristics and risk factors? *J Affect Disord* 2012;138(3):259–267
11. Plener PL, Kapusta ND, Koelch MG, Kaess M, Brunner R. Non-suicidal self-injury as autonomous diagnosis – implications for research and clinic of the DSM-5 proposal to establish the diagnosis of Non-Suicidal Self-Injury in adolescents *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2012;40(2):113–120
12. Plener PL, Brunner R, Resch F, Fegert JM, Libal G. Selbstverletzendes Verhalten im Jugendalter. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 2010;38:77–89
13. Casey BJ, Jones RM. Neurobiology of the adolescent brain and behavior: Implications for substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010;49:1189–1301
14. Hankin BL, Abela JRZ. Non-suicidal self injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2,5 year longitudinal study. *Psychiatry Res* 2011;124:74–80
15. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner TE. Jr. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personal Disord.* 2012;3(2):167–75
16. Durkee T, Kaess M, Carli V, Parzer P, Wasserman C, Floderus B, Apter A, Balazs J, Barzilay S. et al. Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction* 2012;107(12):2210–2222
17. Weinstein A, Lejoyeux M. Internet Addiction or Excessive Internet Use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2010;36(5):277–283
18. Lehmkuhl G, Frölich J. Neue Medien und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche. *Zeitschr Ki Ju Psychiatrie* 2013;41(2):83–86
19. Mehler-Wex C. Adoleszentenpsychiatrie. Entwicklungs- und reifeabhängiges Konzept. *Neurotransmitter* 2012;6:50–58
20. Wasserman D, Rihmer Z, Rujescu D, Sarchiapone M, Sokolowski M, Titelman D, Zalsman G, Zemishlany Z, Carli V. The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *Eur Psychiatry* 2012;27(2):129–141
21. Fleischhaker C, Sixt B, Schulz E. (Hrsg.) Diagnostisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (Manual). 2011 Wien, New York: Springer
22. Naar-King S, Suarez . (Hrsg.) Motivierende Gesprächsführung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. 2012, 1. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz