



Psychische Störungen im Jugendalter

Einflussfaktoren, Therapieerwartungen und Prävention

von Katharina Weitkamp

Über eine Million Kinder und Jugendliche leiden in Deutschland an psychischen Störungen. Doch weniger als die Hälfte erhält eine Behandlung. Zur mangelnden Versorgungslage kommt die Entwicklungsphase Pubertät hinzu. Sie macht es den Betroffenen und ihrem Umfeld nicht gerade einfach, Störungen zu erkennen und sich Hilfe zu holen. Schule und Jugendhilfe können eine wichtige Funktion im Bereich von Aufklärung und Entstigmatisierung übernehmen.

„By 2020 one in three teenagers will have access to cancer treatment in England. Think about that: only one in three. There would be an outcry. It would be scandalous, horrifying, unacceptable. It is not true, however. Unless you delete the word ‘cancer’ and insert ‘mental health’, and then it is.” Paul Burstow

Dieses Zitat von Burstow ist auf England gemünzt, lässt sich aber genauso auf Deutschland und fast die gesamte Welt übertragen. Wäre der Zugang zu medizinischer Versorgung für junge Krebspatienten so schlecht, wie es für psychische Störungen an der Ta-

gesordnung ist, gäbe es einen Aufschrei. Da psychische Störungen aber heute noch stigmatisiert sind, nehmen wir dieses Leid auf individueller und gesellschaftlicher Ebene meistens ungefragt hin.

Wie verbreitet sind psychische Störungen bei Jugendlichen?

Psychische Störungen sind weltweit stark verbreitet: Um die 10 – 20 % der Kinder und Jugendlichen leiden an einer psychischen Störung und Suizid ist unter Jugendlichen weltweit die dritthäufigste Todesursache (Belfer, 2008; Kieling et al., 2011). Für Deutschland wird in dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)

eine Prävalenz von 10 % für psychische Störungen angegeben. Das bedeutet nach Schulte-Körne (2016), dass 1,1 Millionen schulpflichtige Kinder und Jugendliche behandlungsbedürftig erkrankt sind. Psychische Störungen sind dabei kein Phänomen, das sich nur auf die Phase der Jugend beschränkt – es zieht sich durch alle Altersstufen. Es ist jedoch so, dass gerade die Phase der Jugend besonders relevant ist, da in der Jugend viele Weichen für das spätere Erwachsenenleben gestellt werden und rund die Hälfte der psychischen Störungen, die im Erwachsenenleben auftreten, ihre Vorläufer bereits im Jugendalter der Betroffenen haben. Im Folgenden sollen kurz spezifische Auftretensraten (Prävalenz) für einige relevante Störungsbilder angerissen werden, darüber hinaus gibt es, wie jeder, der mit Jugendlichen zusammenarbeitet, weiß, eine Vielzahl an weiteren psychischen Erkrankungen.

Depression ist mit 4 – 5 % Prävalenz eine der am weit verbreitetsten psychischen Störungen im Jugendalter (Costello, Foley, & Angold, 2006). Ab der Pubertät sind Mädchen doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Die Kernsymptome sind Selbstwertverlust, Niedergeschlagenheit, Konzentrationsprobleme, Aktivitäts- und Interessenverlust sowie Suizidgedanken und -handlungen. Betroffene Jugendliche, welche in einer Studie zu ihrem Erleben der Depression befragt wurden, beschrieben speziell auch den Leistungseinbruch in der Schule und den sozialen Rückzug als Bestandteil ihrer Depression, wobei die Veränderung des Appetits – ein Depressions-Symptom im Erwachsenenalter – von den Jugendlichen nicht erwähnt wurde (Weitkamp, Klein, & Midgley, 2016).

Hyperkinetische Störungen (HKS) treten mit einer Prävalenz von 1 – 6 % auf (Polanczyk, Willcutt, Salum, Kieling, & Rohde, 2014). Jugendliche mit einer HKS sind oftmals sehr unruhig (hypermotorisch) und impulsiv, können sich bei bestimmten Inhalten schwer konzentrieren und sind leicht ablenkbar. Wichtig ist des Weiteren, dass diese Symptome in mehr als einem Bereich auftreten, z. B. in der Schule und zu Hause.

Die Lebenszeitprävalenz für **posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS)** beträgt bei Jugendlichen 5 % und ist bei Mädchen im Durchschnitt höher als bei Jungen (McLaughlin et al., 2013). PTBS entwickelt sich als Folge einer Situation oder eines Ereignisses, welches als besonders bedrohlich erlebt wird, z. B. das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt (auch zurückliegend in der Kindheit), Terroranschlag, Krieg, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen,

Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit (Flatten et al., 2011). PTBS entwickelt sich nicht nach belastenden Situationen, die in der Alltagssprache als „Trauma“ bezeichnet werden, zum Beispiel Scheidung, durch eine Prüfung fallen – obwohl dies natürlich besondere Belastungen sein können, die zu psychischen Symptomen jenseits von einer PTBS führen können. Um die 25 – 30 % derjenigen, die ein Trauma im engeren Sinne erleben, entwickeln eine PTBS. Die Symptome umfassen sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma (Intrusionen) oder Erinnerungslücken; Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit); Vermeidungsverhalten und emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust). Bei Jugendlichen kann sich die Belastung auch durch erhöhten Substanzkonsum, selbstverletzendes Verhalten oder aggressive Affektdurchbrüche äußern (Steinhausen, 2016).

Woher kommen psychische Störungen?

Psychische Störungen entwickeln sich aus einem Zusammenwirken von vielfältigen bio-psycho-sozialen Einflussfaktoren, die hier nur angerissen werden können. Dabei ist zu beachten, dass verschiedene Risikofaktoren zur Entwicklung des gleichen Störungsbildes führen können (Äquifinalität) und umgekehrt kann ein und derselbe Risikofaktor zu verschiedenen Störungsbildern führen (Multifinalität).

Im Sinne eines Lebenszyklus-Modells von Risikofaktoren werden lebenslange und altersspezifische Risikofaktoren unterschieden. Zu den Faktoren, die ein Leben lang eine Rolle spielen, zählen z. B. der genetische Hintergrund, die psychische Gesundheit der Bezugspersonen, Verwahrlosung sowie Gewalt- und Missbrauchserfahrungen. Circa 2 – 3 Millionen Heranwachsende in Deutschland haben mindestens einen Elternteil, der psychisch erkrankt ist. Neben der Erkrankung eines Elternteils spielt auch das Erziehungsverhalten eine Rolle in der Entwicklung der psychischen Gesundheit. Aktuell wird neben der negativen Wirkung kontrollierender Erziehungsstile auch überprotektives elterliches Erziehungsverhalten betrachtet, das in den Medien mit dem Begriff „Helikopter“-Eltern bezeichnet wird (Barber, 1996; van Ingen et al., 2015). Weitere lebenslange Risikofaktoren sind global gesehen auch Krieg, Vertreibung und Migrationsstatus, was aktuell auch viele Jugendliche in Deutschland miteinschließen kann. Auf der Ebene der altersspezifischen Risikofaktoren



werden für Jugendliche u. a. Probleme mit der Familie, Freunden und in der Schule beschrieben, darüber hinaus riskantes Verhalten, Substanzmissbrauch sowie frühe sexuelle Aktivität (Kieling et al., 2011). Schwierigkeiten in der Schule können Überforderung, Leistungsdruck und Bullying sein. Darüber hinaus zeigte sich z. B., dass eine geringe Schulverbundenheit sowie eine wenig einfühlend und förderliche Lehrer-Schüler-Beziehung mit damit einhergehender geringer Verbundenheit zu den Lehrkräften einen Zusammenhang zu später auftretender depressiver Symptomatik hatte (Joyce & Early, 2014).

Wie kann betroffenen Jugendlichen geholfen werden?

Die Wirksamkeit von Psychotherapie für Kinder und Jugendliche ist bereits in vielen Studien und Meta-Analysen nachgewiesen (Bachmann, Bachmann, Rief, & Matthejat, 2008a, 2008b). Die Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, www.awmf.org) bieten jeweils detaillierte Informationen für Fachkräfte zu den aktuell empfohlenen Behandlungsmethoden und werden derzeit speziell für den Kinder- und Jugendbereich bei psychischen Störungen überarbeitet. Als Ergänzung können die britischen Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) herangezogen werden (www.nice.org.uk). Wichtig ist in einem ersten Schritt für betroffene Jugendliche die Anbindung an eine/n Hausarzt/-ärztin, der/die ggf. an geeignete psychotherapeutische oder psychiatrische Fachkräfte weiter verweisen kann.

Trotz der existierenden Wirksamkeitsbelege für Psychotherapie ist auch heute noch weltweit ein drastischer Versorgungsmangel festzustellen, was die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „Mental Health Gap“ bezeichnet (World Health Organization, 2008). Selbst in Deutschland mit einem relativ gut ausgestatteten Gesundheitssystem zeigt sich, dass weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen mit psychischen Problemen überhaupt irgendeine Form von Behandlung erhalten. Wenn man psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe betrachtet, verringert sich der Anteil weiter (Ravens-Sieberer et al., 2008). Die Gründe für niedrige Behandlungsraten sind vielschichtig: Neben möglichen gesellschaftlichen, politisch-ökonomischen Einflussfaktoren bestehen auf individueller Ebene u. a. Angst vor Stigmatisierung, Unwissenheit und negative Therapieerwartungen (Bolton Oetzel & Scherer, 2003). Darüber hinaus besteht oftmals eine Unsicherheit auf

Seiten der Jugendlichen und auch der Eltern darüber, ob die Stimmungsschwankungen oder Verhaltensänderungen noch „normales“ Teenagerverhalten oder schon behandlungsbedürftig sind. Des Weiteren sind Eltern besonders bei internalisierenden Symptomen wie Ängsten oder Depressivität nicht gut darin, diese bei ihren jugendlichen Kindern zu entdecken. In einer Studie an Jugendlichen, die eine depressive Störung diagnostiziert bekommen hatten, zeigte sich, dass 79 % der Eltern in einem Screening keines der depressiven Symptome bei ihren Kindern bemerkt hatten (Logan & King, 2002). Oftmals benötigen Jugendliche jedoch noch die Unterstützung eines nahestehenden Erwachsenen, um den Schritt zu schaffen, sich Unterstützung zu suchen, auch wenn Jugendliche bereits möglichst eigenständig und „erwachsen“ sein wollen. All diese Faktoren führen dazu, dass oftmals Jahre vergehen, bevor Jugendliche mit einer psychischen Störung professionelle Hilfe erhalten. Diese Phase ist durchschnittlich doppelt so lang wie bei Erwachsenen (Korczak & Goldstein, 2015)! Obwohl gerade in dieser Phase eine zeitnahe Behandlung wichtig wäre, um eine Chronifizierung zu verhindern.

Die große Herausforderung ist somit oftmals der Weg in die Therapie. Jugendliche versuchen oft ihre Probleme und schwierigen Gefühle sehr lange für sich zu behalten und versuchen, diese vor Eltern, Lehrkräften und Freundinnen und Freunden zu kaschieren. Warnzeichen können sein, wenn der oder die Jugendliche plötzlich ohne erkennbare Ursache unter Konzentrationschwierigkeiten leidet, sich ein Leistungseinbruch oder verstärkt Schulabsentismus zeigt oder er/sie sich sozial zurückzieht. Wie bereits beschrieben, zeigen Jugendliche von sich aus oftmals zunächst geringes Hilfesuchverhalten. Bei einem Verdacht auf eine ausgeprägte psychische Krise oder eine psychische Störung sollte man dies lieber einmal mehr abklären lassen. In den Köpfen ist häufig noch verankert, dass die Jugend eine Phase der Turbulenzen ist, dass starke Emotionen und psychische Schwankungen „normal“ sind. Eine frühzeitige Abklärung z. B. durch den Hausarzt kann jedoch im Verlauf viel Leid verhindern.

Was ist den Jugendlichen wichtig in der Behandlung?

Finden Jugendliche den Weg ins Hilfesystem, kommt es nach Beginn einer Psychotherapie relativ häufig zu verfrühten Abbrüchen, was wiederum ebenfalls – neben vielen anderen Gründen – mit der spezifischen Entwicklungssituation von Jugendlichen zusammen-

hängen kann. Wie Block und Greeno es formulieren, Meilensteine in der Entwicklung können gleichzeitig Hindernisse für die Therapie bedeuten: „Some of the developmental milestones of adolescence can simultaneously act as barriers to mental health treatment“ (Masalehdan, Block & Greeno, 2011, p. 397).

Unter dem Gesichtspunkt der Entwicklungsperspektive können Therapieabbrüche als Autonomiebestreben des Jugendlichen verstanden werden. So könnte das Ablehnen einer von den Eltern initiierten Therapie oder die Abgrenzung zum als Autoritätsperson erlebten Therapeuten demnach ein normativer Entwicklungsschritt zunehmender Selbstverantwortung und Ablösung vom Elternhaus bedeuten (Ryan & Lynch, 1989). Gemäß der Hypothese „threat to self-esteem“, also Bedrohung des Selbstwerts von Nadler und Fisher (1986) kann die Annahme von Hilfe und Unterstützung für Jugendliche möglicherweise als selbstwertschädigend erlebt werden. Jugendliche, die potentiell noch über kein gefestigtes Selbstwertgefühl verfügen, können sich durch die Annahme von Hilfe machtlos und beschämt fühlen. Darüber hinaus können nahestehende Andere wie Freunde oder Familienangehörige (primary group) sowohl unterstützend als auch blockierend auf die Veränderungsbemühungen reagieren (Nadler & Fisher, 1992) und die Therapie somit ‚torpedieren‘.

Demgemäß ist es wichtig, auch die Perspektive der betroffenen Jugendlichen zu berücksichtigen, also, welche Erwartungen und Vorstellungen sie über die Therapie mitbringen. In einer qualitativen Interviewstudie sind wir dieser Frage näher nachgegangen und haben Jugendliche mit einer diagnostizierten Depression vor Beginn ihrer Psychotherapie zu ihren Vorstellungen und Befürchtungen befragt (Weitkamp, Klein, Hofmann, Wiegand-Grefe, & Midgley, 2018). Zunächst wurde deutlich, dass die Jugendlichen keine klare Vorstellung darüber hatten, was in der Behandlung passieren würde – was für eine notwendige bessere Aufklärung über Psychotherapie spricht, jenseits von den vereinzelt nicht ganz realistischen Darstellungen in den Populärmedien. Die Jugendlichen äußerten die Befürchtung, sich den „schlimmen Gefühlen und Erinnerungen“ im Gespräch noch einmal stellen zu müssen, was ihnen als bedrohlich erschien. Sie beschrieben, dass sie schon über einen längeren Zeitraum vergeblich versucht hatten, diese Gefühle und Erinnerungen zu unterdrücken. Sie fühlten sich ihrer Situation ohnmächtig ausgeliefert, sehnten sich gleichzeitig nach Unterstützung, um sich selber und ihre Situation besser zu verstehen. Dabei hatten sie hohe Erwartungen an das professionelle Gegenüber: Der/die Therapeut/in wird die richtigen Fragen stellen und sie dadurch „heilen“. Sie sahen bei

sich wenig eigene Mitgestaltungsmöglichkeiten und hatten gleichzeitig auch weniger die Ansicht, dass sie selber an sich würden arbeiten müssen. Überspitzt formuliert: Der Therapeut stellt die richtigen Fragen, dann kann ich mich verstehen und es kann besser werden.

Einige beschrieben auch einen sorgenvollen Druck, sich öffnen zu müssen. Ein Jugendlicher sagte: „Ja, du musst es jetzt aber sagen, weil es sonst nicht weitergeht. Das ist halt meine Horrorvision, dass sie mich halt dann praktisch dazu zwingen, dass ich was sage, was ich nicht sagen möchte.“ Die Passung und gegenseitige Sympathie waren ihnen ebenfalls wichtig. Für viele der Jugendlichen waren ihre Eltern als Bezugspersonen nicht erreichbar, sei es durch psychische Erkrankungen, missbräuchliches Verhalten oder gar Versterben. Bei diesen Interviews war spürbar, dass die Jugendlichen sich nach einer elterlichen Ersatzfigur sehnten und sich in der Therapie z. B. wünschten, dass jemand „für sie da sein würde“ oder ihnen auf dem Weg ins Erwachsenenleben zur Seite stehen würde. Auch wenn die Jugendlichen in ihrem adoleszenten Autonomiestreben möglichst eigenständig sein wollen, kann ein ehrlich interessierter, zugewandter Erwachsener (nicht nur für Jugendliche mit einer psychischen Störung) sehr wichtig sein.

Was tun, wenn die Jugendlichen Hilfe erst einmal ablehnen?

Oftmals sind Jugendliche Beratungsangeboten gegenüber zunächst ambivalent eingestellt. Es besteht eine gut nachvollziehbare Hemmschwelle, denn sie wissen nicht, was sie erwarten können und was von ihnen erwartet wird. Gleichzeitig haben Jugendliche ein hohes Bedürfnis nach Selbstständigkeit und Selbstbestimmung und möchten sich nichts sagen lassen. Manche fühlen sich von Erwachsenen schnell missverstanden oder fühlen sich im Gespräch mit Erwachsenen sprachlich unterlegen (Steinebach, Knafla, & Schär, 2016). Eine psychische Krise kann wie eine Schwäche und Unfähigkeit wahrgenommen werden, die man lieber verstecken als sich ihr stellen möchte. In einer Studie zum Depressionserleben sagten einige Jugendliche, dass man Therapie erst in Anspruch nimmt, wenn es „richtig schlimm“ ist, vorher müsse man selber versuchen klarzukommen (Weitkamp et al., 2016). Somit stehen der zeitnahen Hilfesuche oft verschiedene Hindernisse im Weg. Zudem kann oftmals erst einmal ein Widerspruch bestehen, zwischen dem, wie Jugendliche ihre Situation



erleben und was Erwachsene (Eltern oder Lehrer und Lehrerinnen) in der Außensicht wahrnehmen. Es kann eine Opposition auftreten in dem, was Erwachsene/Autoritätspersonen als wünschenswerte „Besserung“ betrachten und dem, was die Jugendlichen dann selber als „Besserung“ für sich definieren. Sommers-Flanagan und Kollegen (2011) schlagen dazu einen dialektischen Ansatz vor: Am besten könne man führen, indem man folgt und am wahrscheinlichsten kann man einen Einfluss ausüben, indem man Kontrolle und Macht teilt. Das bedeutet, dass die Jugendlichen in den beratenden Prozess miteinbezogen werden u. a. durch Techniken des personenzentrierten Ansatzes, des Motivational Interviewing oder des lösungsorientierten Ansatzes. Hierbei raten sie dazu, „radikales Interesse“ zu zeigen. Damit ist gemeint, dass Therapeut/-innen oder auch Vertrauenslehrer/-innen bzw. pädagogische Ansprechpartner/-innen mit einer Einstellung auf den/die Jugendliche zugehen sollen, die (wenn auch indirekt) vermittelt, dass sie jetzt nirgendwo anders sein möchten als hier, in diesem Gespräch, um den jungen Klienten zu verstehen. Wenn man den Eindruck hat, dass die Jugendlichen schon bei verschiedenen Hilfsangeboten vorstellig wurden oder diverse Therapien begonnen und abgebrochen haben, kann es hilfreich sein zu fragen: „Was haben die anderen bei deiner Situation übersehen, was aber für mich wichtig wäre zu wissen?“

Um hier ein Beispiel aufzuführen, wo es besonders gelungen scheint, die Jugendlichen ‚ins Boot zu holen‘, sei hier „Tricky Teens“ genannt, ein ressourcenorientiertes Gruppentraining für Jugendliche mit HKS (Reveland & Bastian, 2012). Tricky Teens ist ein Konzept, das bei den Stärken und Fähigkeiten der Jugendlichen mit HKS ansetzt, welches die Autorinnen aus ihrer Praxis mit den Jugendlichen heraus entwickelt haben. Der Fokus liegt dabei auf einer ganzheitlichen Betrachtung der Lebenssituation der Jugendlichen. Um etwaige Autonomiekonflikte zu umgehen, ist Tricky Teens so aufgebaut, dass die Jugendlichen in gemeinsamen Übungen ihre eigenen Stärken selber entdecken und mit Spaß lernen, durch Tricks und Tipps diese Stärken für sich einzusetzen. Ansetzend an den Erfahrungen und Problemsituationen der Jugendlichen werden gemeinsam Lösungsmöglichkeiten erarbeitet. Eine Evaluation ist in Planung, aus vielen positiven Rückmeldungen der jugendlichen Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie der Trainerinnen und Trainer ist aber zu entnehmen, dass dieses Ernstnehmen und den/die Jugendliche/n dort abholen wo er/sie ist, ein sehr vielversprechender Ansatz sein kann.

Kann man psychischen Störungen vorbeugen?

Auch wenn es bereits eine Vielzahl von Präventionsprogrammen für Jugendliche gibt, ist bislang ein ernüchternder Befund festzuhalten, dass generell störungsspezifische Präventionsprogramme geringe, nur manche mittelhohe Effekte auf die Entwicklung einer psychischen Störung haben. Programme zur Stärkung der psychischen Gesundheit erzielen etwas größere Effekte (Röhrle, 2008). Dabei sind eher die Programme erfolgversprechend, welche u. a. theoretisch gut begründet, reich an Komponenten und didaktisch abwechslungsreich, ressourcen-, fertigungs- und defizitorientiert, kulturell angepasst und lang anhaltend sind (Röhrle, 2008; Schulte-Körne, 2016).

Da die Schule eine Lebenswelt der Jugendlichen darstellt, wo sie einen Großteil ihrer Zeit verbringen, erscheint es sinnvoll, diese Zeit auch im Sinne von Prävention und Gesundheitsförderung zu nutzen. Im schulischen Bereich sind qualifizierte Fortbildungsangebote für Lehrkräfte gefordert zur Vermittlung von Wissen über psychische Gesundheit/Krankheit von Kindern und Jugendlichen (Schulte-Körne, 2016).

Die Schule oder geleitete Freizeitangebote können aber auch die Möglichkeit bieten, psychische Krisen bei betroffenen Jugendlichen zu erkennen und ggf. gemeinsam Hilfsangebote zu suchen.

Auf gesellschaftlicher Ebene ist dringend eine bessere Aufklärung über psychische Erkrankungen notwendig, damit sich Eltern, Jugendliche und Menschen, die mit Jugendlichen zusammenarbeiten, besser in der Lage fühlen, psychische Störungen zu erkennen und auch einen natürlicheren Umgang damit zu bekommen. Einen entsprechenden Ansatz bietet das Präventionsprogramm „Verrückt? Na und!“ (siehe Seite 12).

Als Vorbild für Aufklärung und Anti-Stigmatisierung kann auch die kanadische Youth Anti Stigma Initiative dienen:

<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/content/mhcc-headstrong-youth-anti-stigma-initiative>

Das Material ist kostenfrei im Internet auf Englisch verfügbar, zum Beispiel Material zur Umsetzung einer Projektwoche in Schulen:

<https://www.mentalhealthcommission.ca/English/document/71871/headstrong-school-based-activity-toolkit>

Eine ausführliche Literaturliste zu diesem Artikel finden Sie unter <https://projugend.jugendschutz.de>.

