Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

Adoleszenz und psychische Gesundheit

Fachtagung psychische Gesundheit – Waren

21. September 2022

Prof. Dr. Michael Kölch

Klinik für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter

Themen

- Adoleszenz
- Psychische Störungen
- Herausforderungen

Kindheit, Jugend und Aufwachsen bedeutet Phase der größten Anpassungsleistungen und der meisten Entwicklungsaufgaben im Leben:

- Kleinkindalter:
  - Trennung von primärer Bezugsperson
  - Gewöhnung an andere Kinder und erste außerfamiliäre Sozialisation (Kindergarten)
- Schulalter:
  - Einschulung: Lernen als Aufgabe und Leistung als kompetitiver Bewertungsmaßstab
  - Entscheidungen mit weitereichender Konsequenz bei Wahl weiterführender Schule
  - Finden eigener Interessen und eigener Kompetenzen (Sport, Hobbies, Freunde)
- **Jugendalter**:
  - **Individuationsaufgaben: Entwicklung eigener Lebensziele**
  - **Definition nicht mehr primär über Familie sondern selbstgewählte Peer-group**
  - **Entdecken von Sexualität und Partnerschaft**
- **Adoleszenz und junges Erwachsenenalter:**
  - **Berufs- und Studienwahl**
  - **Abnabelung von Familie mit Eigenverantwortlichkeit, Auszug aus Elternhaus**
  - **Stabilisierung von Partnerschaft/Lebensentwürfe**

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009 May ; 48(5): 465–470. doi:10.1097/CHI.0b013e31819f2715.

Anatomical Brain Magnetic Resonance Imaging of Typically Developing Children and Adolescents

JAY N. GIEDD, M.D., FRANCOIS M. LALONDE, Ph.D., MARK J. CELANO, B.S., SAMANTHA L. WHITE, B.S., GREGORY L. WALLACE, Ph.D., NANCY R. LEE, Ph.D., and RHOSHEL K. LENROOT, M.D.

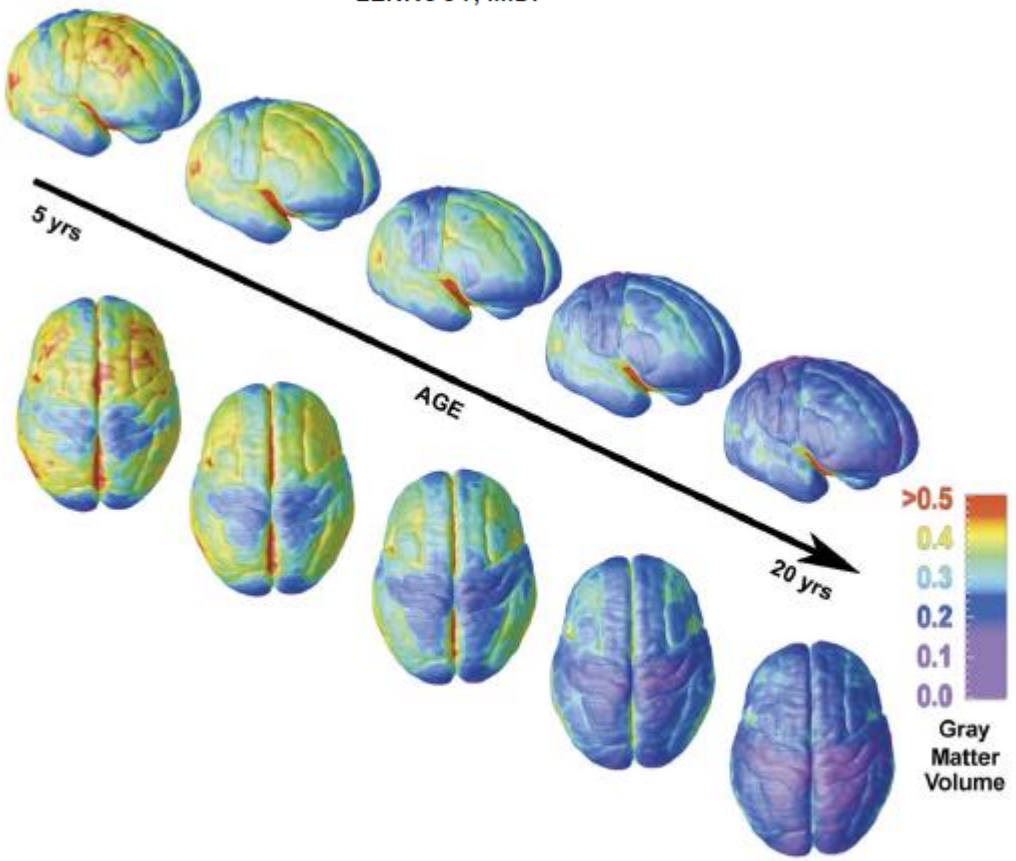


Fig. 2.
Right lateral and top views of the dynamic sequence of gray matter maturation over the cortical surface. The side bar shows a color representation in units of gray matter volume. (From Gogtay et al.8)

Besonderheiten bei psychischen Erkrankungen (- und generell in dieser Altersphase)

- Die **Peer-group** spielt in den Entwicklungs- und Lernprozessen junger Erwachsener eine zentrale Rolle
- **Entwicklungsaufgaben** wie Identitätsbildung, Verselbständigung, Gestalten eines eigenen sozialen Raums jenseits der Herkunftsfamilie oft nicht mit 18. Geburtstag abgeschlossen
- Gerade bei jungen Menschen mit Psychosen, Angst- und Zwangserkrankungen, Essstörungen, depressiven Syndromen etc. finden sich „**Entwicklungsverzögerungen“ und regressive Entwicklungen**. Gleichzeitig werden symptomatische Übergangsphänomene überinterpretiert.
- „Untersozialisierte“ **aggressiv-impulsive Jugendliche** und junge Erwachsene: in Kindheit und Jugend KJP, mit Erwachsenenalter: Persönlichkeit und „**Recht auf Verwahrlosung**“ oder **strafrechtlich relevant**

Psychische Störungen treten zu einem Großteil auf/bestehen bereits im Jugendalter

Psychiatric disorders – onset age (Jones 2013)

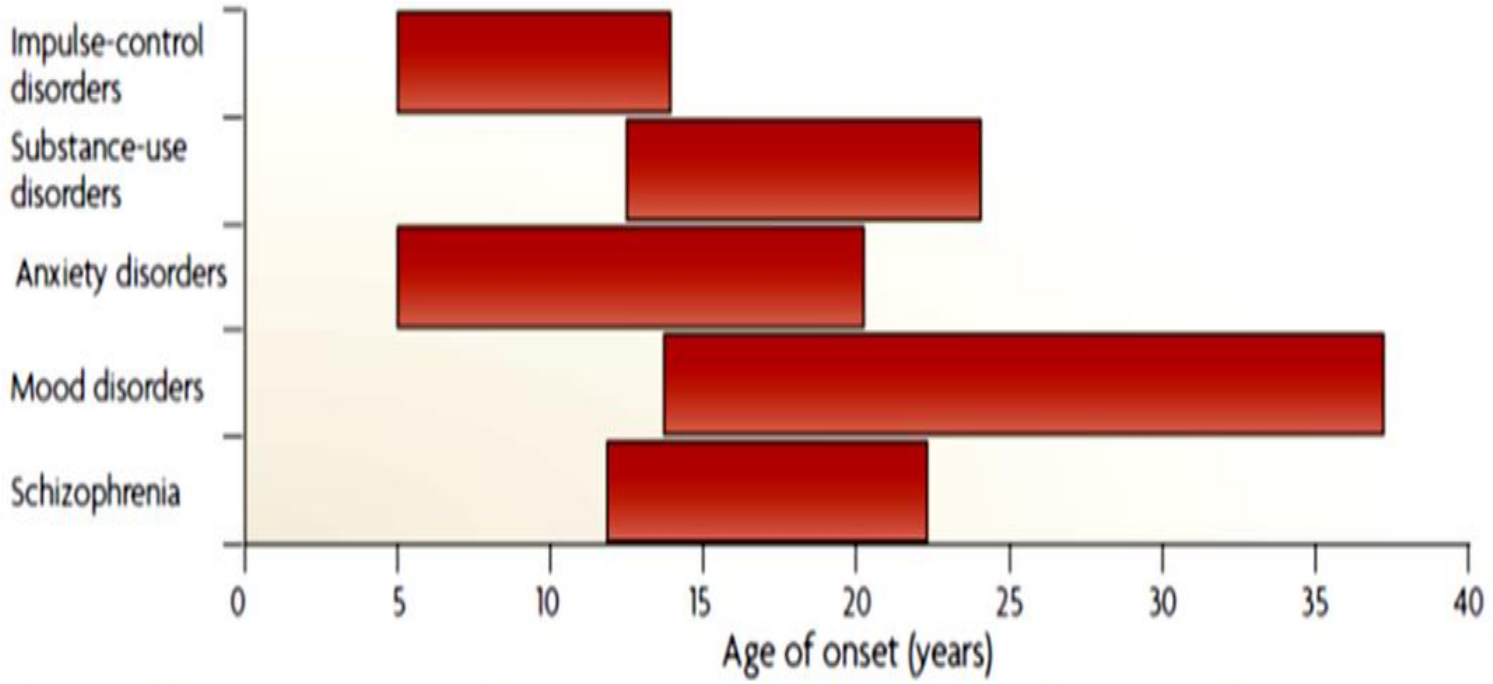


Figure 4 | **Ranges of onset age for common psychiatric disorders.** Recent data from the National Comorbidity Survey Replication study[50,112], a nationally representative epidemiological survey of

Welche Diagnosen werden eigentlich behandelt? (VIPP Datensatz)

Alter: ↓	Kinder- und Jugendpsychiatrie, Anzahl Fälle (insgesamt):	Häufigste Diagnosen:	Allgemeine Psychiatrie, Anzahl Fälle (insgesamt):	Häufigste Diagnosen:
13 Jahre	4.738	F9 (52,8 %) F4 (21,5 %) F3 (14,3 %)	(-)	(-)
14 Jahre	6.104	F9 (43,7 %) F4 (21,5 %) F3 (20,4 %)	17	F4 (23,5 %) G4 (23,5 %) F1 (17,7 %)
15 Jahre	6.927	F9 (36,8 %) F3 (24,4 %) F4 (21,7 %)	31	F4 (35,5 %) F1 (29 %) F2 (9,7 %)
16 Jahre	6.727	F9 (27,2 %) F3 (26,7 %) F4 (22,6 %)	174	F1 (58,1 %) F4 (14,4 %) F9 (8,6 %)
17 Jahre	**6.239**	**F3 (28,0 %) F4 (23,2 %) F9 (19,5 %)**	**713**	**F1 (42,2 %) F4 (18,5 %) F3 (13,6 %)**
18 Jahre	**437**	**F1 (27,0 %) F3 (23,3 %) F4 (21,7 %)**	**8.569**	**F3 (25,9 %) F4 (24,8 %) F1 (18,1 %)**
19 Jahre	**92**	**F1 (44,6 %) F4 (17,4 %) F3 (14,1 %)**	**9.571**	**F3 (24,3 %) F1 (22,3 %) F4 (21,1 %)**
20 Jahre	**9**	**F4 (33,3 %) F3 (22,2 %) F6 (22,2 %)**	**9.896**	**F3 (25,0 %) F1 (23,4 %) F4 (19,3 %)**
21 Jahre	**(-)**	**(-)**	**10.630**	**F3 (25,5 %) F1 (24,7 %) F4 (17,8 %)**

[1] Wenn die Anzahl der Krankenhäuser < 4 ist, können keine Ergebnisse mehr ermittelt werden

Vereinfacht: vier Gruppen

- Jugendliche mit bestehender psychischer Problematik und Behandlung
  - Bsp. ADHD
- Jugendliche/Adoleszente mit früherer psychischer Störung (und ggfs. Behandlung) und erneuter Manifestation in der Adoleszenz
  - Bsp. Angststörungen
- Jugendliche/Adoleszente mit früherer psychischer Störung (und ggfs. Behandlung) und Manifestation einer anderen Störung in der Adoleszenz
  - Bsp. Depression
- Adoleszente mit erstmaliger Manifestation einer psychischen Störung
  - Bsp. schizophrene Psychose

Einzelne Störungsbilder und ihre Symptomatik in der Adoleszenz

ADHD

Hyperaktivität | Impulsivität | **Konzentrationsprobleme**

- Im Übergangsalter verändern sich Symptome:
- Unkonzentriertheit dominiert, Impulsivität im Alltag problematisch
- Behandlungsmotivation ändert sich in Pubertät (oftmals Wunsch Medikation abzusetzen)

- Probleme im Alltag bei Berufseinstieg
  - Termine vergessen
  - Mangelnde Selbstorganisation/angefangene Arbeiten werden nicht zu Ende geführt
  - Flüchtigkeitsfehler
  - Plötzliche Wutausbrüche
  - Ideen von Kollegen werden unbewusst spontan abgelehnt

→ überdurchschnittlich oft werden Ausbildungen abgebrochen oder Arbeitsstellen gewechselt

→ Risiko für Substanzabusus erhöht

→ Folge: soziale Desintegration in vulnerabler Lebensphase

- Behandlung muss motivationale Aspekte berücksichtigen (Selbstfürsorge und Integration der Problematik in Bild von sich selbst)

Angststörungen

- Häufige psychische Störungen
- Unbehandelt verstärkt sich Symptomatik oft (zuerst ein Fehltag in der Ausbildung, dann geht man gar nicht mehr hin…)
- Formen: Panikattacken, (soz.) Phobien, generalisierte Ängste

- Ängste können auch wieder auftreten wenn sich Rahmenbedingungen ändern:
- z.B. Beginn einer Ausbildung, Umzug in eigene Wohnung, in eine andere Stadt zum Studium, Trennung von Partner*in

- Innensicht: Angst, Versagen
- Aussensicht: unzuverlässig, uninteressiert

- Dann oftmals kein unterstützendes Netz vorhanden, Hilfen werden nicht gesucht
- Chronifizierung droht

- Neben unmittelbarer (und erfolgreicher) Symptombehandlung steht in diesem Altersabschnitt oftmals umfangreiches „Sozialmanagement“ im Vordergrund: Ausbildungsstellenerhalt oder Wechsel, Unterstützung bei Wohnung etc.

Depressive Störungen

Symptomebene:

- Antriebslosigkeit
- Verlust an Interessen
- sozialer Rückzug
- Ängste (auch Versagensängste)
- Traurigkeit aber auch Gereiztheit

- depressive Störungen sind häufige Gründe für stationäre Behandlung bei Jugendlichen (3,4/1000) (DAK Report 2019)
- Innensicht: ich kann nichts, bin nichts wert, schaffe nichts
- Aussensicht: viele Fehltage, wirkt unmotiviert, lässt niemanden an sich heran

Depressive Störungen

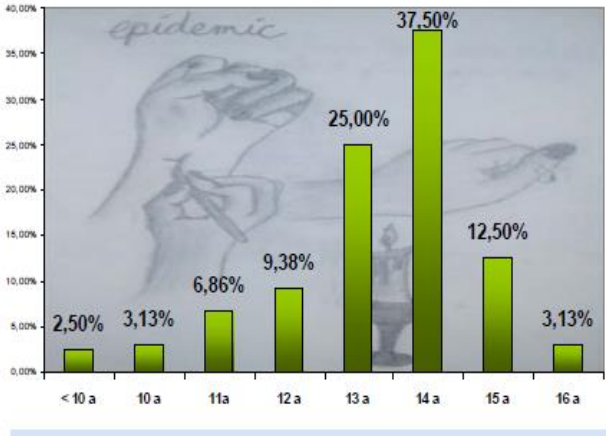
- Oftmals Folgeerkrankung aufgrund sozialer Auswirkungen anderer Störungen, z.B. ADHS, SSV, Ängsten
- 45% derjenigen, die als Jugendliche depressiv waren, erkrankten erneut im Alter zwischen 19 und 24 Jahren
- Schleichender Beginn: was ist noch normale Pubertät/Adoleszenz, was Depressoion
- Massive Auswirkungen auf Lernen, Arbeiten, Leistungsfähigkeit und soziale Interaktion – negative Abwärtsspirale
- Risiko für Suizidalität
- Oftmals „Verleugnen“ einer Problematik: Behandlung muss Motivation aufbauen, Negativieren auch der Behandlung und andererseits Gefahr durch stationäre Behandlung letzte Alltagskompetenzen verloren gehen

Schizophrene Psychose

- selten: EOS: 0,23% (Gillberg, 2001) aber:
- extreme Einschränkungen im Langzeitverlauf mit späterer Erstmanifestation
- Risikofaktoren hängen mit „life-style“ zusammen:
  - Prävalenz für Cannabisabusus zur Zeit der Ersterkrankung:
  - *“The estimated prevalence of cannabis use at first episode psychosis was 33.7% (35 samples, 95% confidence interval = [31%, 39%]).”* (Myles et al. 2015 Aust NZ J Psychiatry)
  - *“…with early-onset psychotic disorder and comorbid cannabis use show a poorer course of illness in regards to psychotic symptoms, treatment, and functional outcomes.”* (Bagot et al. 2015, Subst Abus)
- Oftmals lange stationäre Verläufe mit langer Rehabilitationsphase
- Gerade Erstmanifestationen kommen oft nicht in Behandlung: Wechsel der Rechtslage: vom Elternrecht zur „Rechtlosigkeit“ von Eltern
- Deshalb sollte therapeutischer Kontakt in der Übergangszeit eng sein
- Bei Erstmanifestation nach 18. Lebensjahr möglichst niedrigschwellige Angebote zur Kontaktaufnahme

Und sonst?

- Substanzabusus - Suchtentwicklung
  - Oftmals Mischkonsum
  - Hohe Gefahr der Delinquenz
  - Neurobiologisch sensible Zeit: langfristige Folgen?
- NSSV
  - Temporäres Phänomen, meist mit 20 Jahren nachlassend
  - Oft mit Depression etc. zusammen auftretend
  - Soziale und körperliche Folgen



Und sonst?

- Persönlichkeitsstörungen
  - Instabilität in zwischenmenschlichen Beziehungen und im Selbstbild
  - Überdauerndes Muster an Problemen der Emotionsregulation, Stimmung
  - Wechsel des Ausbildungsplatzes (weil da alle blöd sind, keiner mag mich da etc.)
- Essstörungen
  - ca. 20% zeigen sehr langfristige Krankheitsverläufe bzw. erkranken chronisch
  - ca. ein Drittel der Patienten leidet weiterhin zumindest an einer subklinischen Form der Essstörung oder erkrankt evtl. im Rahmen der nächsten Lebenskrise

Herausforderungen

Die schwierige Frage in der Adoleszenz: ist das noch normal?

- Langeweile
- Emotionale Krisen/ Ausbrüche
- Erhöhte Reizbarkeit
- Probleme in Beziehungen/ Interaktionen

- Weglaufen
- Keine Lust mehr, mit anderen etwas zu unternehmen (Rückzug)
- Niedriger Selbstwert
- Vernachlässigung äußere Erscheinung/ Hygiene
- Leistungsprobleme/ Motivationsprobleme
- Substanzmissbrauch/ hoher Medienkonsum

Normale Schritte?
= Pubertät

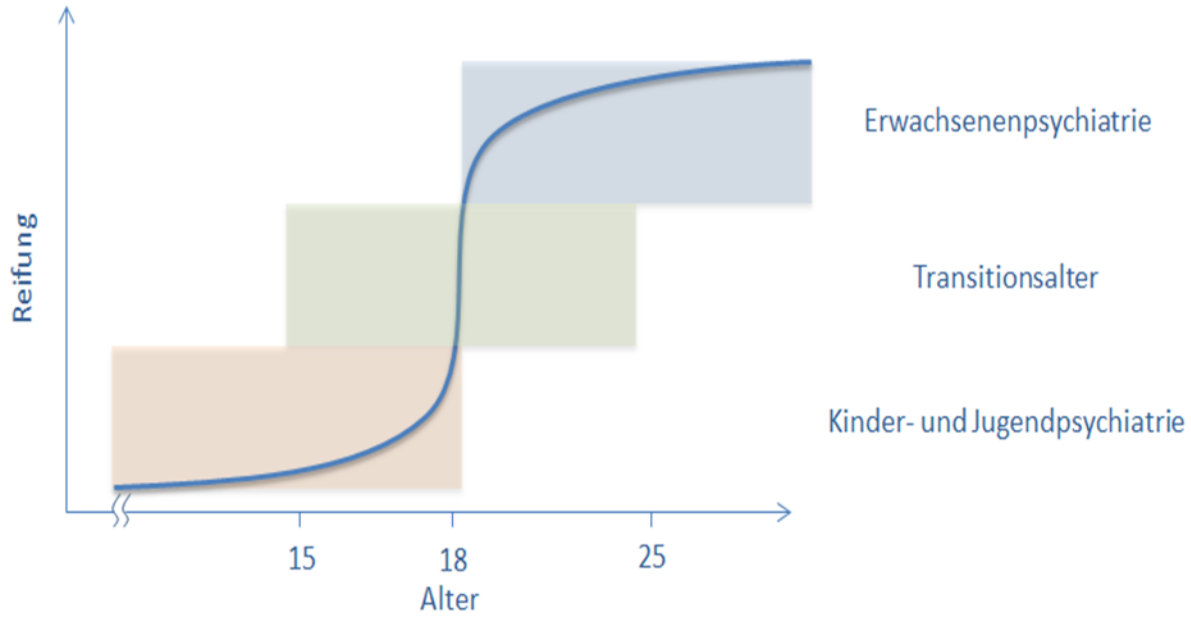
Depression?

Oder etwas anderes?

Einerseits Hochrisikogruppe Teilhabedefizite

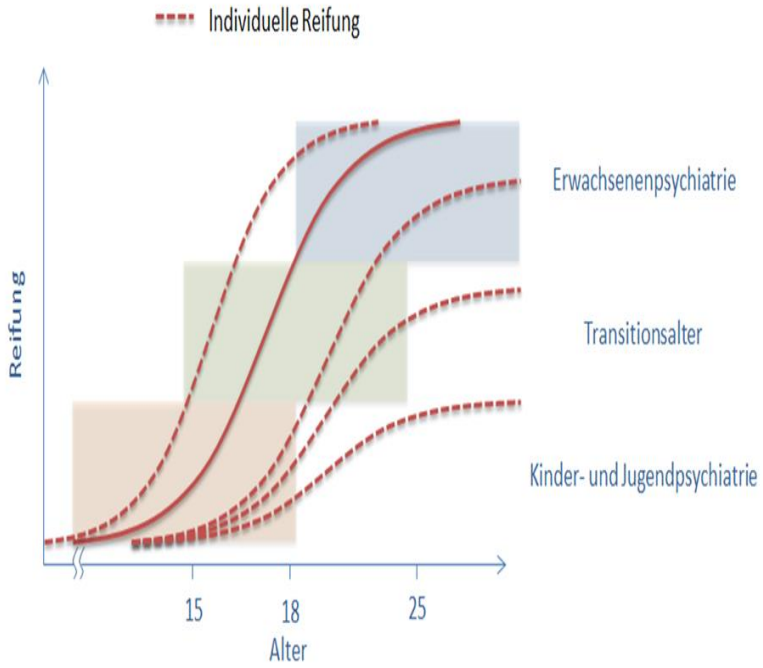
- Junge Menschen im Übergang (16-25 Jahren) mit psychischen Erkrankungen haben:
  - Niedrigeren Bildungs- und Beschäftigungsstatus
  - Höhere Rate an Armut
  - Häufiger ungeplante Schwangerschaften
  - Mehr substanzinduzierte Störungen
  - Obdachlosigkeit und Beteiligungen an strafrechtlichen Vergehen
  - Überzufällig häufig psychisch kranke Eltern
- An der Schnittstelle gehen viele Adoleszente dem Versorgungssystem verloren, andere werden zu „Systemsprengern“, gehen in geschlossene Wohnheime oder in die Forensische Psychiatrie. Die Effekte stationärer und teilstationärer Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie fallen z.T. schlechter aus, als in anderen Altersgruppen.

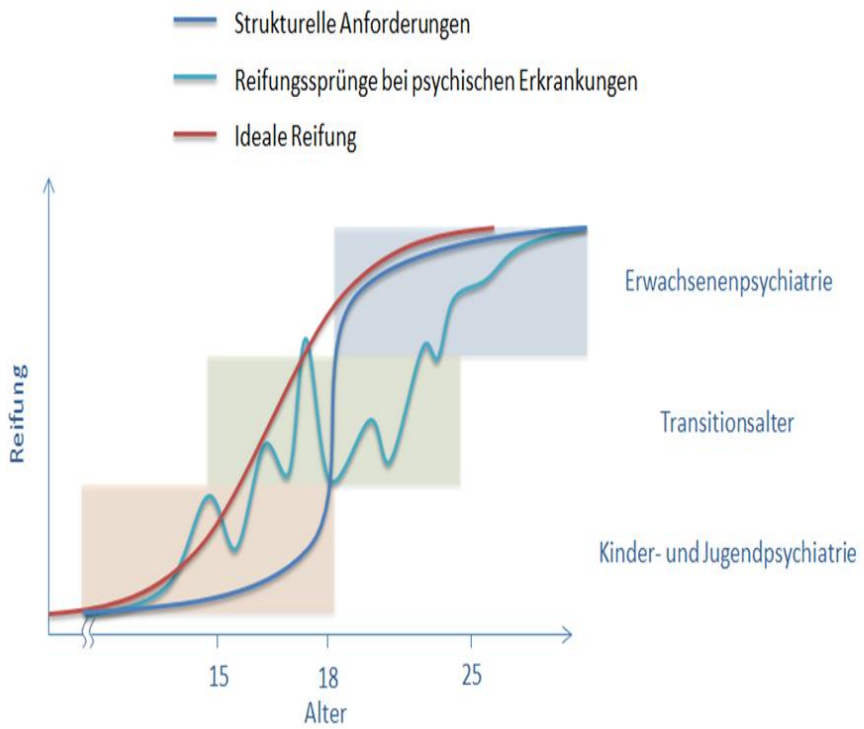
Die Entwicklung und die Versorgungssysteme in der Adoleszenz



Individuelle Reifung und individuelle Versorgungsbedarfe

- Die Reifung verläuft unterschiedlich
  - sowohl zwischen einzelnen Individuen
  - als auch beim einzelnen Individuum
- Versorgungsbedarfe nicht linear abbildbar sondern individuell phasisch





Probleme bestehen nicht allein im SGB V – Bereich

- Generell in diesem Altersabschnitt erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen den unterschiedlichen Versorgungssegmenten des Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalters
- Risiko höherer Therapieabbruchraten und Behandlungsdiskontinuitäten
- Problem der unbehandelten Phase mit Gefahr einer stärkeren Chronifizierung und langfristigem Scheitern (Entwicklungsschwelle verpasst!)
- Veränderungen bezüglich der Rechtslage und der Finanzierung der Hilfen durch die Volljährigkeit kann zur Diskontinuität bei der Hilfeplanung führen (KJSG!!!)

- Hilfsangebote für psychisch kranke Erwachsene sind traditionell immer noch sehr stark an Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ausgerichtet. Heranwachsende mit komplexen Traumafolgestörungen und Persönlichkeitsstörungen, Depressionen fühlen sich von diesen wenig angesprochen

Alterstypische Probleme

- Bei Konflikten oder attraktiven Angeboten (WG, Freund etc.) werden Hilfen von den Jugendlichen selbst oft auch aus einem Impuls heraus abgebrochen, ohne die langfristigen Folgen zu bedenken.

- Im Rahmen der Verselbständigung gibt es oft nur die maximale Dosis an Veränderung. Jugendliche bzw. junge Erwachsene verlieren oft gleichzeitig ihre Betreuer, Freunde, Therapeuten, Lehrmeister.

- Die zentralen Bedürfnisse und Beziehungsdynamiken dieser Klientel werden in vielen Angeboten nicht adäquat adressiert - Abbrüche.

Fazit

- Symptome psychischer Störungen behindern die positive Meisterung der entscheidenden Entwicklungsschwelle zwischen Jugend- und Erwachsenenalter
- Symptome psychischer Störungen unterscheiden sich meist nicht in der Transitionszeit von anderen Altersgruppen
- Die sozialen Auswirkungen machen die „Schwere“ der Erkrankungen meist aus
- Komorbidität eher die Regel als die Ausnahme in diesem Alter
- „Therapiemotivation“ limitiert oft kontinuierliche Begleitung
- Entstigmatisierung wichtig!!!
- Sozialrechtliche Regelungen (Schule, Berufsausbildung etc.) gerade für psychisch kranke junge Menschen oft Barrieren

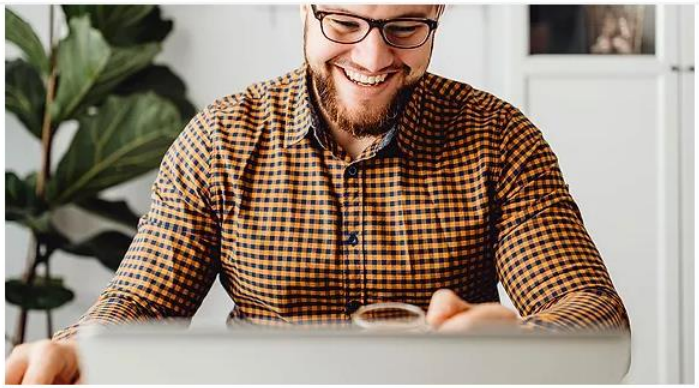
https://intranet.med.uni-rostock

Psychische Gesundheit | Stiftung

achtung-kinderseele.org

ACHTUNG! KINDERSEELE

Angebote Stiftung Aktiv Kontakt Jetzt spenden An



Jetzt neu

Modulares E-Learning für Auszubildende

Mobbing, Arbeitsüberlastung, Zukunftsangst? Für Auszubildende, die sich seelisch belastet fühlen, haben wir ein kostenloses multimediales E-Learning-Programm entwickelt. Es ermöglicht die spielerische Beschäftigung mit der eigenen Situation und zeigt Lösungsmöglichkeiten auf.

Meister von Morgen

Fortbildung für Bezugspersonen von Auszubildenden

Für Ausbilder:innen und Ausbildungsbegleiter:innen veranstalten wir kostenlose Online-Seminare mit dem Ziel, dass sie Auszubildenden mit psychischen Problemen besser zur Seite stehen können. Fachärztinnen und Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psycho-therapie

Suchbegriff hier eingeben

Universität Rostock Traditio et Innovatio

Universitätsmedizin Rostock

ACHTUNG! KINDERSEELE

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit.

michael.koelch@med.uni-rostock.de

Klinik für Psychiatrie, Neurologie,
Psychosomatik und Psychotherapie im
Kindes- und Jugendalter