

Stationäre Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie

Bernhard Grimmer^a, Gerhard Dammann^b

Psychiatrische Klinik Münsterlingen

^a Therapeutischer Leiter Adoleszenzpsychiatrie

^b Ärztlicher Direktor

Quintessenz

- Die traditionelle Unterscheidung und künstliche Zäsur zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits und Erwachsenenpsychiatrie andererseits wird den Behandlungsbedürfnissen Adoleszenter nicht gerecht.
- Die sich zunehmend als eigenständiger Bereich innerhalb der Psychiatrie etablierende Adoleszenzpsychiatrie ermöglicht Behandlungskontinuität und stellt die Entwicklungsphase und -aufgaben der heranwachsenden Patienten in den Mittelpunkt.
- Es entstehen spezialisierte psychiatrisch-psychotherapeutische Adoleszentenstationen, die spezielle Therapieelemente bereitstellen, um diese oftmals gegenüber einer Behandlung sehr ambivalente Gruppe für die Behandlung zu gewinnen und blockierte Entwicklungsprozesse in Gang zu bringen.

Schon länger wird beklagt, dass die bestehende stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung mit den beiden unabhängigen fachlichen Bereichen der Kinder- und Jugendpsychiatrie (in der Regel bis zum 18. Lebensjahr) sowie der anschliessend zuständigen Erwachsenenpsychiatrie zu einer künstlichen Zäsur zwischen Kindheit/Jugend und Erwachsenenalter führt. Aufgrund dieser Trennung sind die Entwicklungs- und Behandlungsbedürfnisse der Patientengruppe der (Spät-)Adoleszenten im Alter von ca. 16 bis 25 Jahren im Versorgungssystem nur unzureichend repräsentiert.

Ein bekanntes Problem besteht in einer fehlenden Behandlungskontinuität über die Volljährigkeit hinaus, was in der Regel gerade bei schwer psychiatrisch erkrankten Patienten mit längeren Verläufen zum Abbruch therapeutischer Beziehungen führt. Dies wirkt in einem Alter, in dem sich Patienten überhaupt nur schwer auf eine Therapie einlassen und sich diesbezüglich sehr ambivalent verhalten, besonders gravierend. Die Adoleszenz ist allgemein eine besonders kritische und vulnerable Phase im Leben, in der narzisstische Themen und Krisen zur normalen Entwicklung gehören. Sie ist eine Art «Sollbruchstelle» für Konflikte und Traumata, die ihren Ursprung in der Kindheit haben. Oft sind Adoleszente, obwohl rechtlich bereits volljährig, in ihrer Entwicklung deutlich verzögert, unreif und jugendlich. Sie können von Behandlungen in der Erwachsenenpsychiatrie häufig noch nicht profitieren. Der Wegfall der pädagogischen Elemente der Kinder- und Jugendpsychiatrie und die geforderte Eigenverant-

wortung können entweder überfordernd wirken, oder es kommt zu wiederholten Konflikten um Regeln oder Grenzen, die oft mit disziplinarischen Entlassungen enden. Die Patienten geraten häufig in eine chronisch oppositionelle Haltung gegenüber dem Behandlungsteam, das darauf oftmals nicht vorbereitet ist, und leben die alterstypischen Ablösungskonflikte auf diese Weise aus. Alternativ übernehmen sie auf Erwachsenenstationen nicht selten die Rolle des Nesthäkchens, um das sich die älteren Patienten kümmern, was regressive Tendenzen begünstigt und eigene Reifungsschritte in Richtung Selbständigkeit verzögert.

Andererseits gibt es gerade 16–18-Jährige, die von einer gemeinsamen Behandlung mit jungen Erwachsenen profitieren könnten, aber aufgrund der Versorgungsstruktur mit deutlich jüngeren Jugendlichen zusammen behandelt werden, die vor anderen Entwicklungsaufgaben stehen, was ebenfalls einen regressiven Sog und Stagnation auslösen kann.

Neben den beschriebenen Behandlungsschwierigkeiten, die aus der Versorgungsorganisation resultieren, hat sich aufgrund gesellschaftlichen Wandels, der beispielsweise in veränderten familiären Strukturen und Sozialisationsbedingungen oder in veränderten Anforderungen an eine berufliche und persönlichen Identitätsbildung wirksam wird, die Lebensphase der Adoleszenz verlängert, und das Lösen zentraler Entwicklungsaufgaben dieser Phase ist komplizierter geworden.

Schliesslich gibt es eine Reihe von Störungen, die sich geradezu typischerweise in der Spätadoleszenz manifestieren, die exazerbieren können (frühe Psychosen, Abhängigkeitserkrankungen, Bulimien, soziale Phobien etc.) oder sich verändert zeigen (Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen, dissoziales Verhalten etc.).

In den letzten Jahren hat sich aufgrund dieser Probleme die Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie stärker als eigenständiger Bereich innerhalb der Psychiatrie entwickelt. Es entstehen Verbände und Kongresse zum Thema, innerhalb der Kliniken werden eigene Bereiche oder Stationen gegründet, auf die im Folgenden näher eingegangen wird. Im Jahr 2009 ist erstmals im deutschsprachigen Raum ein eigenes umfassendes Lehrbuch der Adoleszenzpsychiatrie erschienen [1].

Normale und krisenhafte Entwicklung in der Adoleszenz

Die Lebensphase der Adoleszenz ist von spezifischen Entwicklungsaufgaben geprägt:



Bernhard Grimmer

Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

1. Ablösung von den Eltern und Neustrukturierung der Eltern-Kind-Beziehung;
2. Integration in die Gleichaltrigengruppe als neues Bezugssystem, um dort eigenes, von der Erwachsenenwelt differentes Leben zu entfalten (Mode, Musik, Sprache);
3. Integrierende Auseinandersetzung mit der körperlichen Reife und körperlichen Veränderungen (sexueller Körper, sexuelle Identität, Umgang mit Triebimpulsen);
4. Intimität und Sexualität in die ersten intensiven gleich- oder gegengeschlechtlichen Beziehungen integrieren;
5. (berufliche) Identität und Lebensziele entwickeln;
6. Selbstvertrauen und eigenes Wertesystem entwickeln. Weniger das Erreichen eines bestimmten Alters als vielmehr die Art und Weise, wie diese Aufgaben bewältigt und dabei auftretende Konflikte gelöst werden, bestimmen, ob dieser Übergang erfolgreich gestaltet werden kann.

Die Adoleszenz ist eine Phase des bio-psycho-sozialen Umbruchs. Es kommt regelmässig zu schnellen Wechslen zwischen regressiven Tendenzen mit der Aktualisierung von starken Abhängigkeitswünschen und progressiven

In der Adoleszenz gehören narzisstische Themen und Krisen zur normalen Entwicklung

Tendenzen mit ausgeprägten Autonomiebestrebungen. Gleichzeitig verschärfen sich Machtkonflikte zwischen den Generationen, wenn die Adoleszenten um eine eigene Position zwischen Selbstbestimmung und der Unterwerfung unter fremdbestimmte Normen und Regeln ringen. Die sexuelle Reifung und die körperliche Veränderung lösen oft schwere Schamkonflikte sowie Selbstwertkrisen aus. Es kommt zu einer ausgeprägten narzisstischen Vulnerabilität und vorübergehenden Identitätskrisen mit erhöhter Suizidalität. Hirnreifungsprozesse und hormonale Veränderungen führen zunächst zu affektiver Dysregulation und erst in der Spätadoleszenz zu besseren exekutiven und steuernden Funktionen, weshalb die affektive Selbstregulierung und die Impulssteuerung eingeschränkt sein können.

Wenn die Entwicklungsprozesse entgleisen, können sie die Form schwerer Adoleszentenkrisen [1] annehmen, die dadurch gekennzeichnet sind, dass

- Drogen, Alkohol oder Computerspiele zu zentralen Pseudoidentität-vermittelten Faktoren der Selbstregulierung und des Wohlbefindens werden;
- Beziehungen zu Gleichaltrigen gemieden oder promiske sexuelle Beziehungen eingegangen werden;
- Schule oder Ausbildung verweigert wird und das Interesse an sozialen oder sportlichen Aktivitäten vollständig verloren geht;
- Hass auf die Eltern mit einer heftigen Bekämpfung basaler familiärer Werte und Regeln besteht;
- ausgeprägte Ängste, Unfähigkeit, das Leben zu geniessen, und Lähmung durch depressive Stimmung vorherrschen;
- sehr exzentrische Verhaltensweisen mit ungeordnetem Denken, Suizidgedanken, eventuell selbstverletzendem Verhalten zu beobachten sind.

Die hohe narzisstische Vulnerabilität zeigt sich auch in der hohen Suizidrate von Adoleszenten. Die Phase ist dadurch auch in besonderem Masse anfällig für folgenreiche negative Auswirkungen von Traumatisierungen und schwerwiegenden Kränkungen.

Ein weiteres Phänomen, das meist mit schweren Insuffizienzgefühlen und narzisstisch-schizoiden Zügen meist männlicher Jugendlicher ohne Partnerschaftserfahrung in Verbindung gebracht werden kann, ist der Amok von Jugendlichen (zumeist in Schulen, *school shooting*) [3]. Eine vermutlich in der Kindheit erworbene narzisstische Verletzbarkeit, die in der Adoleszenz wieder aufbricht, führt bei den jugendlichen Tätern zu der Vorstellung, unerwünscht und ausgeschlossen zu sein und keine Entwicklungsperspektive zu haben, der sie mit Hass und Wut begegnen.

Neurobiologie der Adoleszenz

Es ist heute durch Befunde aus der Bildgebung [4] gesichert, dass während der Adoleszenz fundamentale neurobiologisch wirksame Prozesse ablaufen. Diese Vorgänge werden inzwischen auch vermehrt für spezifische Formen der sozialen Kognition, wie man sie in der Pubertät findet, verantwortlich gemacht. Die grosse Empfindlichkeit bei möglicher Zurückweisung oder Schwierigkeiten in der Perspektivenübernahme werden ebenso wie die Neigung zu «überzogenen» Emotionen und emotionalen Reaktionen in diesem Zusammenhang gesehen und

verstärken die Problematik einer von Selbstkrisen und Verunsicherung geprägten Phase. Die Adoleszenzpsychiatrie und -psychotherapie sind ein stark wachsendes Gebiet, wo Entwicklungspsychologie, Neurobiologie und klinische Praxis sich ergänzen. Es ist davon auszugehen, dass diese Befunde in der Zukunft bedeutende Implikationen auch für die Bildung, Erziehung, gesundheitliche Prävention und das Strafrechtssystem im Zusammenhang mit dieser Altersgruppe haben werden.

Die Lebensphase der Adoleszenz ist von spezifischen Entwicklungsaufgaben geprägt

Stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung in der Adoleszenz

In der psychiatrischen Praxis stellt sich differentialdiagnostisch immer wieder die Frage, ob es sich um einen schweren krisenhaften Verlauf der Adoleszenz oder eine spezifische psychische Störung im Sinne des ICD-10 handelt. Aufgrund der zwar vorübergehenden, aber manchmal dramatisch anmutenden Symptome kann insbesondere die Abgrenzung zu einer beginnenden emotional instabilen Persönlichkeitsstörung oder aber, bei eher depressivem und verweigerndem Rückzug, die Unterscheidung von einem psychotischen Prodromalstadium schwierig sein. Hinsichtlich des Drogen- und Alkoholkonsums ist genau zu prüfen, ob es sich bereits um eine Abhängigkeitserkrankung handelt oder um zeitweiligen

schädlichen Gebrauch im Kontext von Identitätsfindungsprozessen oder der Erprobung von Grenzen (sozialen, körperlichen, psychischen). Unter stationär behandelten Adoleszenten ist in der Schweiz ein zumindest vorübergehender Cannabiskonsum vor Klinikeintritt heute die Regel. Zudem kann eine bestehende oder beginnende psychiatrische Erkrankung die Bewältigung der anstehenden Entwicklungsaufgaben zusätzlich erschweren. Zur Einweisung Adoleszenter in eine psychiatrische Klinik führen neben Erstmanifestationen psychotischer Erkrankungen typischerweise

- schwere Essstörungen, die entweder bereits lange bestehen oder mit massiven familiären Konflikten einhergehen (überwiegend junge Frauen);
- teilweise jahrelange, persistierende Zustände von sozialem Rückzug und Verweigerungshaltung, Flucht in Phantasiewelten (Computerspiele, Internet), Schul- oder Ausbildungsabbruch sowie depressive Symptomatik, oft mit Somatisierungssymptomen, Suizidalität oder Suizidversuch (häufig junge Männer);
- Eskalation sozialer Konflikte, oft in der Familie, bis zu Gewaltausbrüchen mit Selbst- und/oder Fremdgefährdung und -verletzung, häufig unter Alkohol bei Adoleszenten mit Impulskontrollschwierigkeiten und beeinträchtigter emotionaler Selbstregulierungsfähigkeit (traditionell mehr Männer, in den letzten Jahren zunehmend auch junge Frauen);
- selbstverletzende oder suizidale Impulshandlungen als Reaktion auf Beziehungskonflikte (überwiegend junge Frauen).

Spezifische stationäre psychiatrische und psychotherapeutische Therapieangebote für Adoleszente sollten, um Beziehungs- und Behandlungskontinuität sicherzustellen, Patienten im Alter von ca. 16 bis mindestens Mitte 20 aufnehmen. Entscheidend ist dabei weniger das formale Alter, sondern die körperliche und psychische Reife und die anstehenden Entwicklungsaufgaben. Folgende Besonderheiten müssen berücksichtigt werden:

Adoleszente weisen entwicklungsphysiologische Sprachbarrieren auf

Der Umbau des Gehirns in der Adoleszenz geht ungleichzeitig vor sich, Wahrnehmung und Bewegungssteuerung sind relativ schnell ausgereift, Sprache und räumliche Orientierung benötigen mehr Zeit. Die Fähigkeit zur Gefühlserkennung geht zwischenzeitlich zurück, impulsive Entscheidungen ohne Berücksichtigung von Konsequenzen nehmen zu.

Altersangemessene Ausdrucks- und Kommunikationsform ist das Probehandeln. Dies führt immer wieder zu Konflikten auf den Stationen. Beispielsweise benennen die Patienten häufig nicht ihre Gefühlszustände, wenn sie in einer Therapie intensive Angst oder Trauer erleben, sondern laufen aus den Therapien davon. Eine einseitige Qualifizierung eines solchen Verhaltens als fehlende Therapiemotivation hilft nicht weiter. Vielmehr sollte die Fähigkeit zur Selbstreflexion und verbalen Selbstmitteilung in der Therapie gefördert, und gleichzeitig sollten genügend erlebnis- und handlungsorientierte Therapieangebote zur Verfügung gestellt werden, in denen die Patienten sich in ihren Ausdrucks- und Mitteilungsmöglichkeiten selbst erfahren und üben können.

Übertragung des adolescentären Ablösungskonflikts auf das Behandlungsteam

Die Patienten stehen der Behandlung oft über lange Zeit ambivalent gegenüber. Eine therapeutische Beziehung erfordert Verbindlichkeit und kann Abhängigkeitsängste und -wünsche sowie Versorgungswünsche mobilisieren. Enge Bindungen an das Behandlungsteam können deshalb gleichzeitig gesucht und vermieden werden. Diese Ambivalenz ist charakteristisch für die Behandlung Adoleszenter und kann mit einem schnellen Wechsel von Hinwendung und Intensivierung der Beziehung bis hin zur Anklammerung und plötzlicher Abwendung und Wegstossen der Behandler einhergehen. Der Aufbau von Vertrauen und die Bereitschaft, sich zu öffnen, brauchen besonders viel Zeit. Die behandelnden Ärzte und Therapeuten werden oft lange im Unklaren darüber gelassen, wie sich ein Patient wirklich fühlt.

Die Übertragung des Ablösungskonflikts kann zwischenzeitlich massive Entidealisierungs- und Entwertungsprozesse des Behandlungsteams oder einzelner Vertreter sowie Verweigerungshaltungen, Regelübertritte und andere Provokationen mit sich bringen. Diese sind nicht vorschnell als Ausdruck massiver Psychopathologie zu verstehen, sondern als Übertragungen und wichtige Entwicklungsschritte hin zu einer Veränderung kindlicher, übermächtiger und idealisierter Elternrepräsentanzen. Zwangsläufig werden Teammitglieder dabei in die Rolle gedrängt, Elternfunktionen und damit auch pädagogische Aufgaben zu übernehmen, um dann in diesen Rollen kritisiert und «bekämpft» zu werden. Konflikte zwischen Teammitgliedern und Patienten sind deshalb unumgänglich und sollten als Bestandteil der Therapie anerkannt und konstruktiv gelöst werden.

Selbstbesetzung, Risikoverhalten und Grenzverletzungen in der Adoleszenz

Die Ablösungsprozesse von den Eltern führen in der Regel zu einer gesteigerten Selbstbesetzung und einer Anfälligkeit für narzisstisch-depressive Prozesse. Dies kann häufig zu länger andauernder, gelegentlich habitueller Suizidalität bei gleichzeitig eingeschränkter Selbststeuerung führen. Verbindliche Absprachen und kontinuierliche Überprüfung der Bündnisfähigkeit sind daher unerlässlich und, wie erwähnt, gleichzeitig schwierig. Auch ist mit besonderem Risikoverhalten z.B. bei Freizeitaktivitäten zu rechnen, das ebenfalls auf sein selbst- oder fremdschädigendes Potential hin überprüft werden muss. Regelmässig kommt es zu Grenzverletzungen, wobei junge Frauen häufiger Beziehungsgrenzen und den eigenen Körper verletzen, während junge Männer eher Grenzen und Regeln der Institution angreifen. Eine wichtige Aufgabe spezialisierter Adoleszentenstationen besteht darin, einerseits einen klaren Rahmen mit Regeln und Grenzen aufzustellen und andererseits auf Regelübertritte und Provokationen vorbereitet zu sein. Die Möglichkeit, sich an den Grenzen des Teams und der Institution abzuarbeiten, kann das Bewusstsein des Adoleszenten für die

Während der Adoleszenz laufen fundamentale neurobiologisch wirksame Prozesse ab

eigene Stärke und die eigenen Grenzen schärfen. Zwangsbehandlungen und Zwangsmassnahmen in der Jugendpsychiatrie stellen ein besonderes Problem dar, was nicht zuletzt auch ethische Implikationen hat [4].

Bedeutung der Peergroup in der Adoleszenz

Für Adoleszente ist die Peergroup das zentrale Bezugssystem. Dort gilt es sich zu bewähren und anerkannt zu werden. Die Peergroup der Gleichaltrigen dient den Patienten als Gegengewicht und Rückzugsmöglichkeit aus den Beziehungen mit dem Behandlungsteam und ermöglicht auf diese Weise wichtige Ablösungsprozesse. Im Kontext der Peergroup finden soziales Lernen und Identitätsbildung in der Auseinandersetzung mit den

Stationäre Therapieangebote für Adoleszente sollten Patienten im Alter von 16 bis mindestens Mitte 20 aufnehmen

Lebensentwürfen und Verhaltensweisen anderer statt. Stationäre Behandlungsangebote für diese Altersgruppe sollten deshalb in besonderem Masse Gruppenangebote beinhalten. Die

Gruppendynamik kann konstruktiv und entwicklungsfördernd verlaufen, aber auch destruktive Wirkungen haben. Patienten können Zugehörigkeit, Gemeinsamkeit, Verantwortung, Vertrauen und Hoffnung erleben, aber auch Ausgrenzung, Vereinzelung, Konkurrenz, Rivalität und Neid.

Bei Adoleszenten besteht immer die Gefahr, dass Themen wie Suizidalität, Drogenkonsum oder traumatische Erlebnisse nur zwischen Mitpatienten besprochen und auch wegen Loyalitätskonflikten nicht oder verspätet in die Therapie eingebracht werden. Andererseits können sich die Adoleszenten auch gegenseitig darin bestärken, die Behandlungs- und Beziehungsangebote des Teams zu nutzen. In jedem Fall sollte auf einer Adoleszentenstation ein Raum geschaffen werden, in dem eine Kultur etabliert wird, offen und öffentlich über Suizidalität, Selbstverletzung und andere Grenzverletzungen zu sprechen, um der Tendenz der Adoleszenten entgegenzuwirken, diese Themen heimlich in der Peergroup zu verhandeln. Aufgrund der Bedeutung von Peergroups, der unsicheren Identität und des damit verbundenen Imitationsverhaltens und der Suggestibilität sind Adoleszente stärker gefährdet, sich von destruktiven Handlungen – bis hin zu Suiziden in soge-

nannten «Suizidforen» im Internet – anstecken zu lassen («Werther-Effekt»).

Einbezug der Familie

Ähnlich wie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie ist ein Einbezug der Eltern und der Familie in die Behandlung von grosser Bedeutung, was sich auch empirisch zeigen lässt [5]. In der Regel gab es vor einer Klinikeinweisung massive Konflikte zwischen Eltern und Heranwachsenden, die in begleitenden Familiengesprächen bearbeitet werden können. Oftmals geht es darum, die Kommunikation zwischen den Generationen und steckengebliebene Ablösungsprozesse auf beiden Seiten wieder in Gang zu bringen.

Vorbereitung der ambulanten Therapie

Der intensive stationäre Aufenthalt auf einer spezialisierten Station wird in der Regel eine anschliessende ambulante Behandlung nicht verhindern, sondern im Gegenteil durch Fokusbildung, Klärung der psychosozialen Rahmenbedingungen und Zuständigkeiten ermöglichen helfen. Der Wert längerfristiger Begleitung und Prozesse ist gerade in der Adoleszentenpsychiatrie evident [5]. Oft zunächst recht «desolat» erscheinende Problemlagen haben manchmal eine erstaunlich gute Prognose.

Korrespondenz:

Dr. phil. Bernhard Grimmer
Therapeutischer Leiter
Adoleszenzpsychiatrie
Psychiatrische Klinik
CH-8596 Münsterlingen
bernhard.grimmer@stgag.ch

Literatur

- 1 Fegert, J, Streeck-Fischer, A, Freyberger, H. Adoleszentenpsychiatrie. Stuttgart: Schattauer, 2009.
- 2 Langman, P. Amok im Kopf. Warum Schüler töten. Weinheim: Beltz, 2009.
- 3 Burnett S, Sebastian C, Cohen-Kadosh K, Blakemore S-J. The social brain in adolescence: Evidence from functional magnetic resonance imaging and behavioural studies. Neuroscience and Biobehavioural Reviews; in press.
- 4 Branik E. Auswirkungen von Zwangsbehandlungen und -massnahmen auf die klinische und Beziehungsarbeit in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. Schweizer Archiv Neurologie Psychiatrie. 2004;155:118–24.
- 5 Seiffge-Krenke I. "Beyond efficacy": Welche Faktoren beeinflussen die Effizienz analytischer und tiefenpsychologisch fundierter Therapien bei Jugendlichen? Forum Psychoanal. 2010;26:291–312.