

Dr. Christine Armbruster

„Ich bleibe für immer im Bett“

Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

**„Die Jugend wäre eine schönere Zeit,
wenn sie erst später im Leben käme.“**

Charlie Chaplin



Falls jemand noch
gute Gründe sucht
um im Bett zu
bleiben. Es ist
kalt, dunkel und
noch nicht Freitag.



- Entwicklungsblockade durch Überforderung bei der Lösung von adoleszenten Entwicklungsaufgaben vor dem Hintergrund verschiedener Lebensläufe
- Therapieansätze mit unterschiedlichen Schwerpunkten



Kasuistik 1

Jonathan

Jonathan ♂, 18 J. Schüler der 11. Klasse, bei Eltern lebend

Biographische Anamnese:

- leer

Hobbies:

- Computerspiele

Aktuelle Anamnese:

- Leeregefühl bzw. Gefühlslosigkeit
- Einschlafstörung
- Appetit- und Antriebsmangel, Aufenthalt fast ausschließlich in seinem Zimmer
- Symptome seit etwa 3 Monaten
- Zwanghafte Verhaltensmuster



Jonathan ♂, 18 J. Schüler der 11. Klasse, bei Eltern lebend

Suchtanamnese:

- Probierkonsum von Alkohol und Drogen

Zukunftsperspektive / Ziele:

- Keine Idee

Soziale Kontakte:

- Zunehmender Rückzug, keiner auf seiner „Wellenlänge“, alle seien irgendwie „dumm“

Familienanamnese:

- Leer



Jonathan ♂, 18 J. Schüler der 11. Klasse, bei Eltern lebend

Diagnose:

Leichte depressive Episode vor dem Hintergrund eines ausgeprägten Identitätskonfliktes



Kasuistik 2

Kati

Kati ♀, 18 J. Abiturientin, bei Eltern lebend

Aktuelle Anamnese:

- kurz vor den Abiturprüfungen und vor Ablauf der Frist zur Bezahlung des Auslandsjahres (über Organisation)
- seit einigen Wochen kaum noch Konzentrationsfähigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit, Einschlafprobleme, morgendliches Früherwachen, Entscheidungsunfähigkeit
- große Verzweiflung, Selbsthass bzgl. „Totalversagen“, häufiges Weinen
- Sozialer Rückzug, Bett als Lieblingsplatz



Kati ♀, 18 J. Abiturientin, bei Eltern lebend

Biographische Anamnese:

- Geburt u. kleinkindliche Entwicklung unauffällig
- Grundschule, ab 7. Klasse Gymnasium
- Mit 9 Jahren: Umzug der Familie aufs Land, Umschulung mit deutlich längerem Schulweg und weniger sozialen Kontakten, viele Vorwürfe diesbezüglich gegenüber den Eltern, auch noch aktuell
- Mit 14 Jahren stationärer Aufenthalt Kinder- und Jugendpsychiatrie wegen ähnlicher Symptome

Hobbies:

- Sport



Kati ♀, 18 J.

Abiturientin, bei Eltern lebend

Familienanamnese:

- Eltern studiert, berufstätig, 8 Jahre ältere Schwester
- Familienklima wird als harmonisch beschrieben
- Großmutter und Bruder väterlicherseits Depression mit Suizid von Oma, später auch des Bruders

Suchtanamnese:

- leer

Zukunftswünsche / Perspektive:

- Nach dem Abitur 1 Jahr Auslandsaufenthalt
- danach Studium Lehramt

Soziale Kontakte:

- Sozial gut integriert

Kati ♀, 18 J. Abiturientin, bei Eltern lebend

Diagnose:

Mittelgradig depressive Episode vor dem Hintergrund eines Schuldkonfliktes und familiären Belastungen bezüglich depressiver Erkrankungen



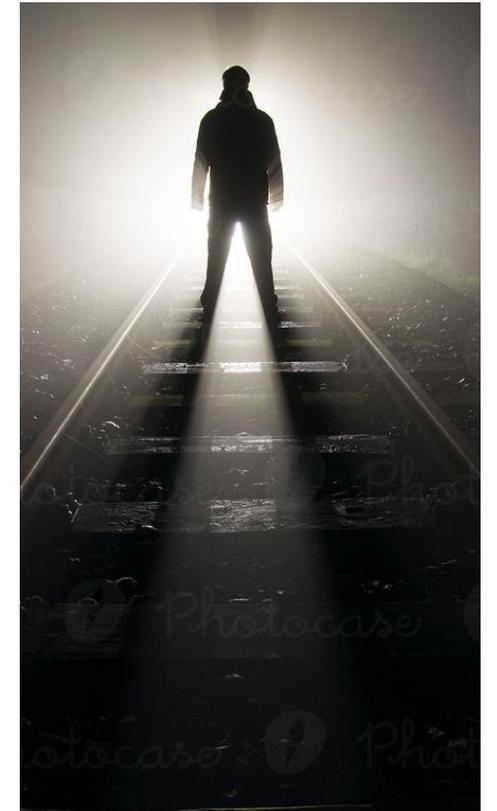
Kasuistik 3

Johannes

Johannes ♂, 19 J. Hauptschüler, allein lebend

Aktuelle Anamnese:

- Erstkontakt über Sozialpsychiatrischen Dienst
- Patient oft traurig, weinte aus geringsten Anlässen, fühlte sich meist erschöpft, wenig belastbar, ohne Antrieb, starkes Grübeln, geringer Appetit, starker Gewichtsverlust
- konnte sich kaum motivieren aufzustehen
- auch fühle er sich zunehmend emotional kalt und abgestumpft, wenn es z. B. um familiäre Probleme ginge
- ständige starke Suizidgedanken, konkreten Suizidplan
- Auslöser für die Zunahme der schon lange bestehenden Symptomatik sei das Scheitern beim Versuch gewesen, den Realschulabschluss nachzumachen sowie die Beendigung der 3-jährigen Beziehung zur Freundin durch diese vor kurzem



Johannes ♂, 19 J. Hauptschüler, allein lebend

Biographische Anamnese:

- Geburt u. kleinkindliche Entwicklung unauffällig
- Schulzeit: starke Konzentrationsstörungen, Diagnose ADHS, Med. aber selbst wieder abgesetzt, nicht als hilfreich erlebt
- Scheidung der Eltern mit 12 J., Vater habe sich aber auch vor der Scheidung nie um ihn gekümmert, ihn auch wiederholt geschlagen
- nach Scheidung viele Konflikte mit Mutter und 2 jüngeren Schwestern , habe sich „fehl am Platz“ gefühlt
- Seit 14. LJ nur zum Essen und Schlafen zu Hause gewesen
- Abbruch 10. Klasse wegen Überforderung



Johannes ♂, 19 J. Hauptschüler, allein lebend

Fortsetzung biographische Anamnese:

- Abbruch einer Ausbildung zum Fertigungsmechaniker nach etwa 9 Monaten aus Kränkungserleben heraus
- Mit 18 J. selbstständig zum JA wegen familiären Problemen, eigene Wohnung bekommen, Finanzierung über Jobcenter
- Abbruch Volkshochschule (Realschullehrgang)
- Freundin seit 2½ Jahren (mit Unterbrechungen), Beziehung durch sie seit kurzem beendet
- Kontakt zur Familie abgebrochen, Wut und Hass auf Familie

Hobbies:

- BMX, Hip-Hop, Cannabis

Johannes ♂, 19 J. Hauptschüler, allein lebend

Familienanamnese:

- Mutter: Ökonomin, Vater: Handwerker
- 1. Schwester 16 Jahre, 11. Klasse, 2. Schwester 10 Jahre, Grundschülerin, beide im Haushalt der Mutter
- keine psych. Krankheiten bekannt

Suchtanamnese:

13. -15. Lj regelmäßig und viel Alkohol, seit 16. Geburtstag regelmäßig Cannabis (ca. 2,5 g Woche). Er sei nicht süchtig und bezeichne sich selbst als „Grasraucher“ und nicht als „Kiffer“. Er sei froh, dass er diese Droge gefunden habe, könne damit beim abendlichen Ritual gut entspannen.



Johannes ♂, 19 J. Hauptschüler, allein lebend

Zukunftswünsche/Ziele:

- keine, da mögliche Berufe mit Hauptschulabschluss unter seinem Niveau seien und mit viel Arbeit, aber wenig Gehalt verbunden seien
- wolle einerseits zwar angemessenen Platz in Gesellschaft, wolle aber andererseits keine Zukunft mehr, da er keine Enttäuschungen oder Fehlschläge mehr aushalten wolle bzw. könne
- könne sich auch keine neue Partnerin vorstellen
- habe genug erlebt, keinen Lebenswunsch mehr

Soziale Kontakte:

- mäßig integriert



Johannes ♂, 19 J. Hauptschüler, allein lebend

Diagnose:

Schwere depressive Episode im Rahmen einer narzisstischen Persönlichkeitsentwicklungsstörung bei komplexen biographischen Belastungen



Psychische Erkrankungen in der Adoleszenz

Adoleszenz – schlecht gelaunt, impulsiv, waghalsig oder krank?

K. R. Eissler:

Adoleszenz als Periode von „stürmischem und unvorhersehbarem Verhalten, das durch Schwankungen der Stimmung zwischen tieftraurig und glücklich gekennzeichnet ist“

Ursache: neurobiologische Veränderungen:
Ungleichgewicht zugunsten des affektiven Systems, kortikale Kontrollstrukturen reifen nur langsam, Ende der Hirnreifung mit etwa 25 Jahren



Epidemiologie psychischer Erkrankungen in der Adoleszenz

- Industrieländer: etwa 20 % der Adoleszenten leiden an psychischen Problemen, etwa 10% an sehr ausgeprägten Symptomen mit deutlicher Beeinträchtigung in den Alltagsfunktionen
- 12-18% der Jugendlichen während der Adoleszenz mindestens eine Episode einer klinisch relevanten Depression
- Suizid als zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen in Deutschland



Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Familiär/Gesundheitlich:

- Erleben von körperlicher oder sexueller Gewalt
- Verwahrlosung (körperlich und emotional)
- hartes Erziehungsverhalten/Unsicherheiten in Erziehungsfragen
- Permanenter Leistungsdruck
- Psychisch kranke Eltern, Alkohol- und Drogenkonsum, Delinquenz
- Scheidung der Eltern /Partnerschaftskonflikte / Alleinerziehende Eltern
- Entwicklungsverzögerungen
- Entwicklungsschwellen
- Geschwisterabstand < 18 Monate

Risikofaktoren für psychische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Psychosozial

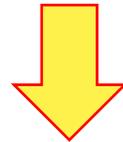
- Armut (12,9 Mio = 15,7%)
- Steigender Medienkonsum
- Migration
- Wohn- und Umgebungssituation
- Art der peer group



Pathologische Entwicklungswege in der Adoleszenz

Aggressive Verhaltensmuster (externalisierende Störungen):

Missbrauchserfahrungen, aggressive Verhaltensmodelle, Bindungsstörungen



Feindselige Weltsicht, Selbstverteidigungswahrnehmungen, aggressive Problemlösestrategien



Hypervigilanz gegenüber feindseligen Signalen, feindliche Attributionsstile, Antizipation des Erfolges von Aggression, Identifikation mit dem Täter

Pathologische Entwicklungswege in der Adoleszenz

Externalisierende (nach außen gerichtete)

Störungen:

- Gefährdung der sozialen Integration durch Störung der sozialen Lebenszusammenhänge, Weigerung der Mitgestaltung, Schädigung der Gemeinschaft durch antisoziales Verhalten
- Aggressives, delinquentes Verhalten



Pathologische Entwicklungswege in der Adoleszenz

Internalisierende (nach innen gerichtete) Störungen:

- Gefährdung der Individuation und Stärkung des Jugendlichen durch Selbstablehnung, Entwicklung zu „klein“ und „unscheinbar“, deutliche Einschränkung der Handlungskompetenzen
- Ängstlich-zwanghaftes Verhalten, körperliche Beschwerden bei Organgesundheit, schizoides Verhalten, depressive Symptome



Pathologische Entwicklungswege in der Adoleszenz

Mischform:

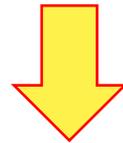
- Rauchen, Alkoholkonsum, illegaler Drogenkonsum, ausgeprägtes Risikoverhalten: adoleszente Anpassungsvorgänge oder Vorläufer von Störungen



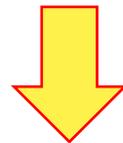
Pathologische Entwicklungswege in der Adoleszenz

Depressive Verhaltensmuster (internalisierende Störungen):

Umwelterfahrungen, familiäre Depressionsbelastung, unsichere Bindungen,
unrealistischer Druck, individuelle Merkmale,



Geringes Selbstwertgefühl, geringes Selbstwirksamkeitserleben



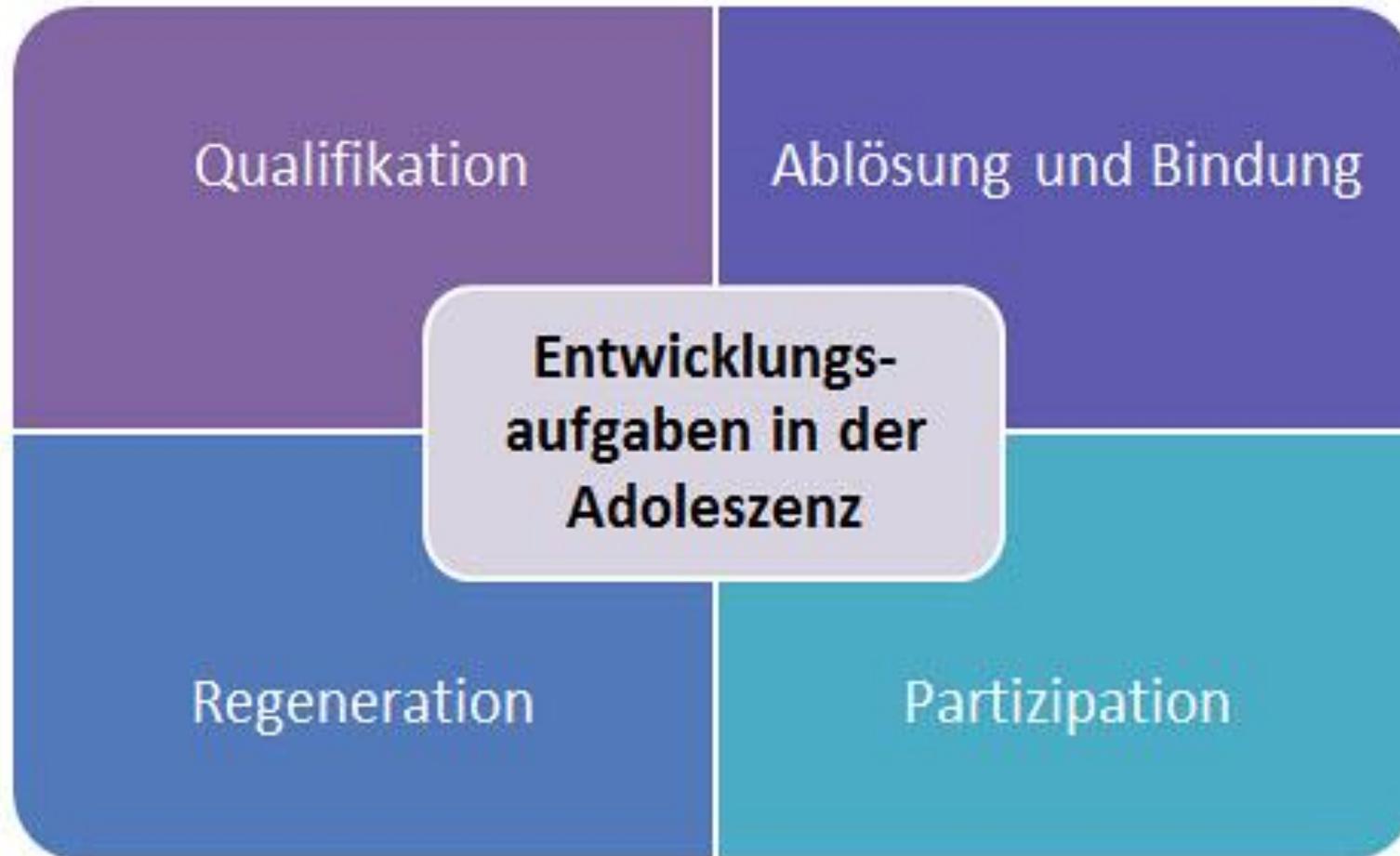
Ausfilterung positiver Signale, negativer Attributionstil, rigide
Verhaltensmuster, Pessimismus

Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

Weichenstellung für das Leben



Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz



(nach Hurrelmann, 2010)©teachSam

Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

- Ablösung und Bindung, Regeneration
 - ✓ Akzeptanz der körperlichen Veränderungen
 - ✓ Übernahme der weiblichen/männlichen Geschlechtsrolle)
 - ✓ Aufbau eines Freundeskreises
 - ✓ Erste intime Kontakte und Beziehungen
 - ✓ Entwicklung der Fähigkeit zur Partnerschaft
 - ✓ Entwicklung einer eigenen Weltanschauung
 - ✓ Emotionale Ablösung vom Elternhaus



Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

- Qualifikation
 - ✓ Schulabschluss
 - ✓ Vorstellungen über berufliche Laufbahn
 - ✓ Beginn von Ausbildung oder Studium, Praktika/
Auslandsaufenthalten, Freiwilligen Jahr
 - ✓ Eintritt ins Berufsleben
 - ✓ Ökonomische Unabhängigkeit



Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

- Partizipation
 - ✓ Bereitschaft und Fähigkeit zur Übernahme von sozialer Verantwortung und sozialem Handeln
 - ✓ Modulation und Stabilisierung der eigenen Moralität



Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz

- Entwicklung einer stabilen persönlichen Identität
 - ✓ Entwicklung eines reifen Ich-Ideals: Erleben der Unerträglichkeit der Lücke zwischen Ich-Ideal und Real-Selbst mit dem Ziel der Akzeptanz eigener Schwächen



Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Ursachen von Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- **Überforderung!**

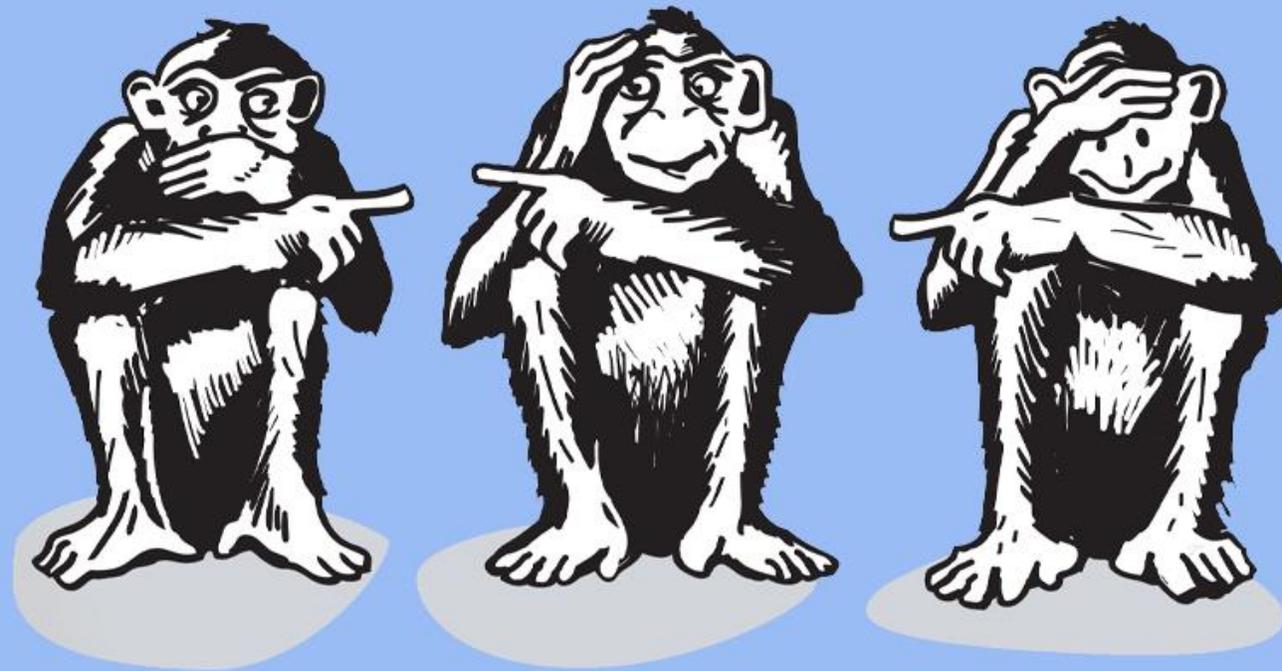


Ich bin überfordert. Ich geh schlafen.

gfoldma.at

Ursachen von Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen





VERANTWORTLICH...

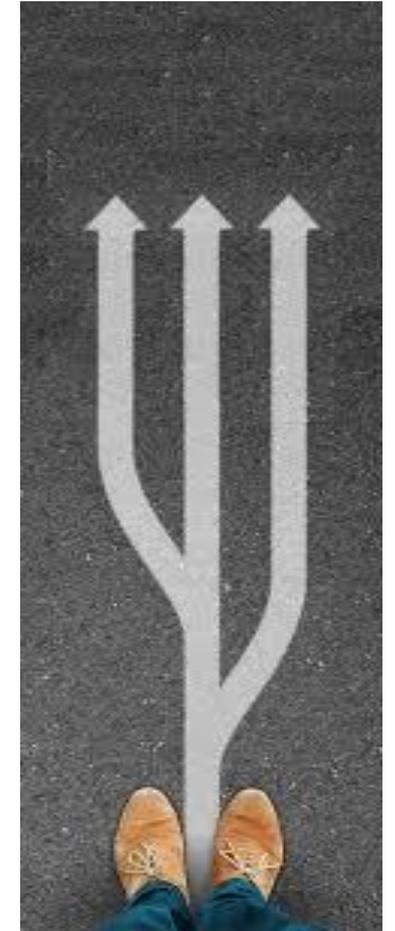
SIND IMMER
DIE ANDEREN

Ursachen von Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- Pubertät: Suche nach eigener Identität als Mann oder Frau, nach Vorbildern, eigenem Lebensstil, Werten und Ansichten.
- Positionssuche innerhalb der Peergroup, aber auch in Referenz zur Erwachsenenwelt
- Bin ich unter Gleichaltrigen akzeptiert, komme ich an, gelte ich etwas?
- Auseinandersetzung mit dem familiären Umfeld, kann teilweise heftiges Ausmaß annehmen

Ursachen von Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- „Nestbeschmutzung“, oft verbunden mit Isolation, allein mit eigenen Unsicherheiten
- Lösung der Frage: „Wer bin ich und wer möchte ich sein?“ kann Irritationen, Selbstzweifel, Ängste etc. auslösen
- Konfrontation mit Gestaltung und Verantwortungsübernahme für den eigenen Lebensweg (Entscheidungen treffen bzgl. Ausbildung, Studium, Beruf, Sexualität bzw. Partnerschaft)



Was sind Warnsignale?

- Müdigkeit, Energieverlust
- Denk- und Konzentrationsstörungen
- Gehemmte Bewegungen oder verstärkte Unruhe
- Reduzierte Emotionalität, trauriger Gesichtsausdruck
- Leise Stimme, langsames Sprechtempo
- Wiederholte Suizidgedanken
- Verlust von Interessen
- Gewichtszunahme oder -verlust
- Passivität



Was sind Warnsignale?

- Länger anhaltende Traurigkeit
- „Meiner Familie würde es besser gehen ohne mich“, „Ich wünschte, ich wäre tot“, „Es gibt nichts, worauf ich mich freue“
- Drohung mit Selbstmord
- Schlaf-, Essstörungen
- Vernachlässigung der Hygiene
- Extreme Verhaltensveränderung
- Drogen- oder Alkoholmissbrauch, risikoreiches Verhalten
- Verlust eines Familienmitgliedes, Lieblingstieres, Freundes oder Abbruch einer bedeutenden Beziehung
- Fokussierung auf den Tod in Musik, persönlichen Notizen



Was sind Warnsignale?

Häufige Aussagen (BDI-Depressionsinventar):

- Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist und dass die Situation nicht besser werden kann
- Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage
- Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein
- Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt
- Ich habe immer Schuldgefühle
- Ich hasse mich
- Ich würde mich umbringen, wenn ich könnte
- Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren
- Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen



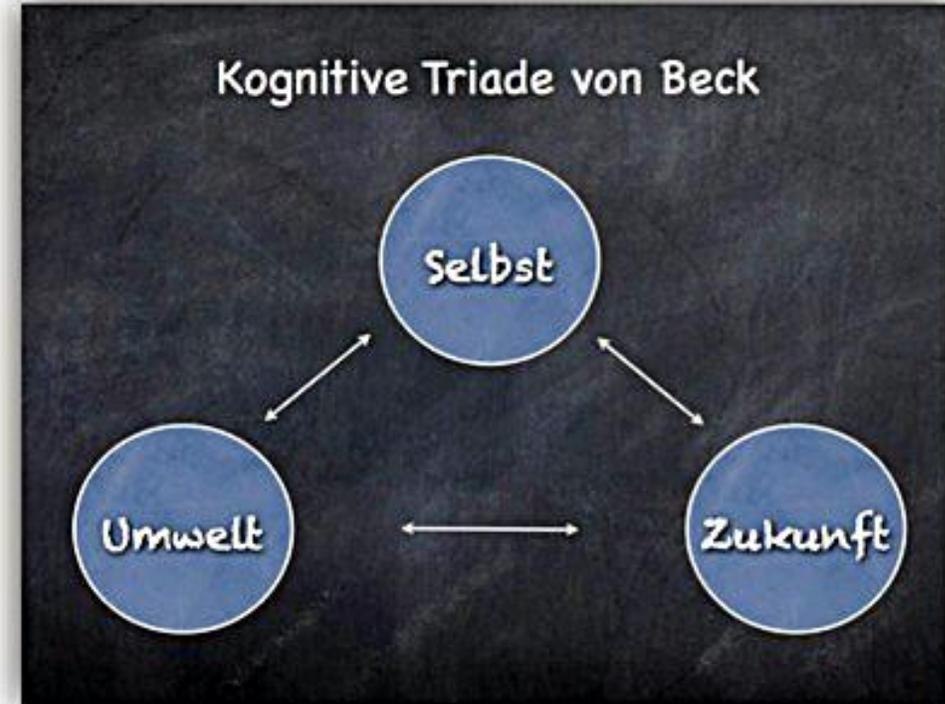
Was sind Warnsignale?

Zusammenfassung:

- Negative Sicht von sich selbst
- Negative Sicht der Umwelt
- Negative Sicht der Zukunft

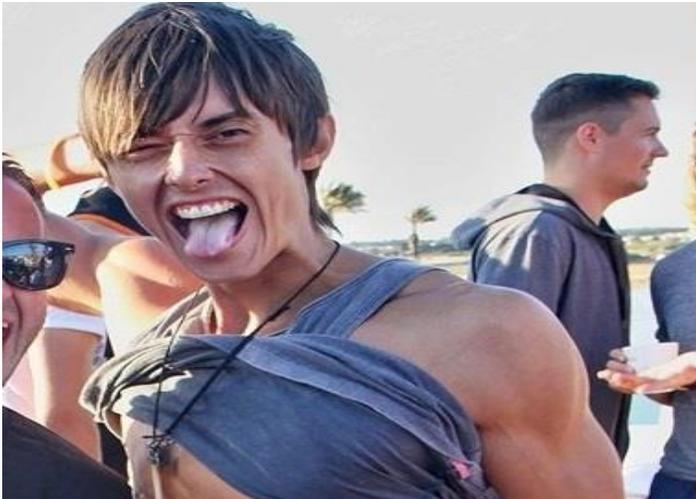
Abhängig von:

- Häufigkeit
- Dauer
- Lebensereignissen
- in Abgrenzung von episodischer Traurigkeit in der Adoleszenz



Begleitende Symptome

- Angsterkrankungen (etwa 70%), häufig Vorläufer bei Mädchen
- bei Jungen auffällige Coolness, Fassadenverhalten, „grandioses Selbst“, höhere Gefahr gelingender Suizide, da Suizidgefährdung nicht so klar erkennbar
- Psychosomatische Beschwerden
- Häufig Persönlichkeitsentwicklungsstörungen
- Alkohol- und Drogenmissbrauch



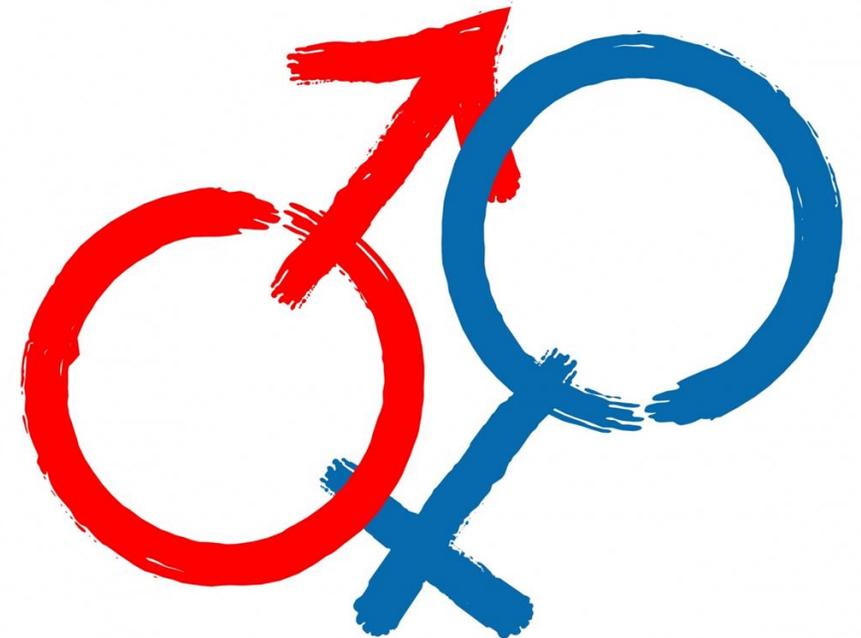
Optionaler Absender



Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Warum werden Mädchen in der Adoleszenz eher depressiv als Jungen?

- Erkrankungshäufigkeit Mädchen zu Jungen = 2:1
- Höheres Risiko insbesondere bei Mädchen mit niedrigerem Bildungsgrad
- Verarbeitungsstil:
 - Schnelleres Schuldempfinden
 - Schwierigkeiten sich bei Konflikten zu distanzieren
 - Früheres soziales Verantwortungsgefühl
 - Stärkere Neigung zur Innenschau, zur Selbstkritik



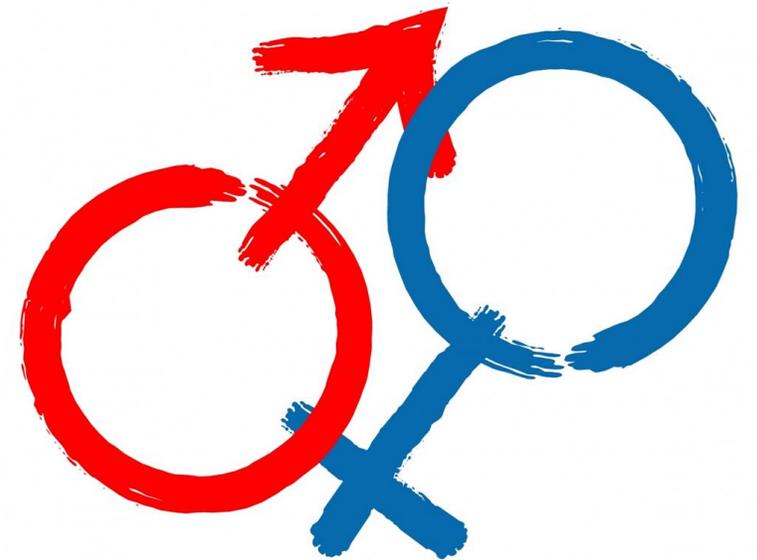
Warum werden Mädchen in der Adoleszenz eher depressiv als Jungen?

Vermeintliche gesellschaftliche Erwartungen:

- gesellschaftliche Normierung von physischer Attraktivität
- Auseinandersetzung mit weiblicher Rolle; Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Emotionale Ablösung und Eingehen von neuen Bindungen:

- Kommunikationsstile, die es erschweren, Autonomie und Selbstständigkeit zu üben



Therapie von psychischen Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Therapie psychischer Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Therapeutische Interventionen gerichtet auf:

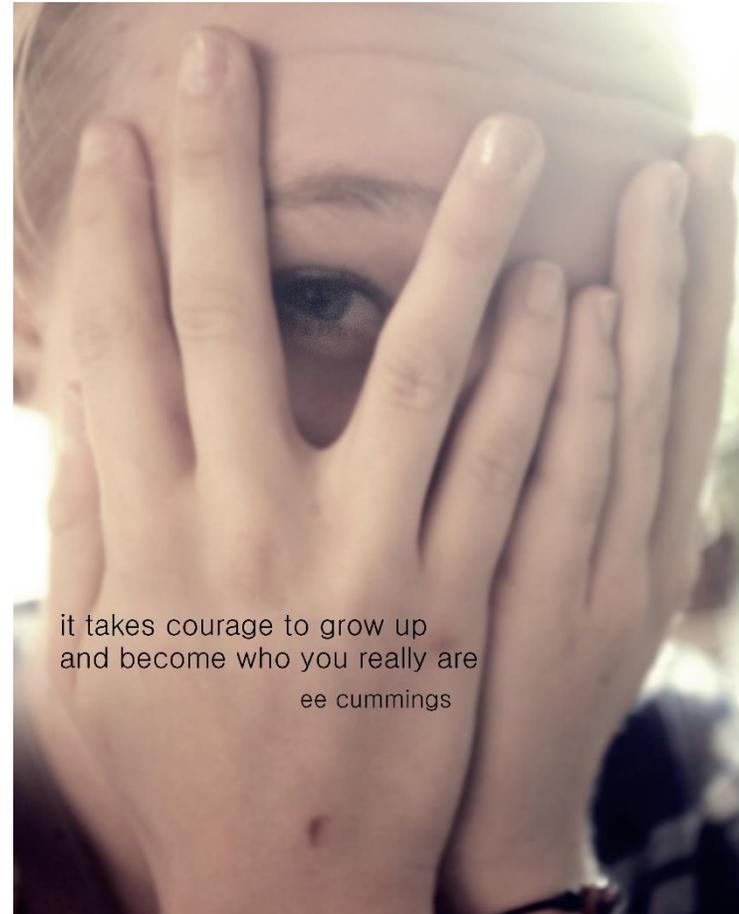
- **Identitätsunsicherheit**

- damit verbundenen Ablösungsschwierigkeiten (kritische Auseinandersetzung mit elterlicher Generation, Fähigkeit, Bestehendes zu attackieren und Schuld- sowie Angstgefühle auszuhalten)
- Anerkennung des zunehmenden Auf-Sich-Gestellt-Seins
- endgültiger Übergang von Familie in gesellschaftlichen Raum



Therapie psychischer Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- Abschied von Verantwortungslosigkeit und Unschuld
- Schulung sozialer Kompetenzen
- Perspektivenentwicklung bezüglich der Lebensgestaltung/Beruf
- Verselbstständigung



Therapie von Depressionen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

- Informationen zu Depressionen
- Tagesstruktur
- Aufbau sozialer Kontakte
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Psychotherapie
- Pharmakotherapie
- Selbstfürsorge
- Genusstraining
- Lichttherapie
- Gesellschaftliche Integration



Therapeutische Haltung

- Zugang zur eigenen Adoleszenz
- authentische Überzeugung vom Entwicklungspotential des Patienten
- Bereitschaft zum Aushalten bzw. zum Miterleben des Scheiterns
- Aushalten des Drucks von Patienten, Eltern und des Umfeldes ohne Entlastung der Situation
- keine Annahme der Rollenzuschreibung als Eltern oder Lehrer
- Aushalten von Ohnmachtserleben
- Aushalten der Unsicherheit bezüglich der weiteren Entwicklung
- **Identitätssicherheit des Therapeuten und des Teams sowie Humor**

Schwierigkeiten in der Therapie

Von Seiten der Patienten:

- Scham durch Offenbarung von psychischen Problemen, dadurch Andersartigkeit und Abweichen von peer-group
- altersgemäße Autonomiebestrebungen stehen Abhängigkeitssituation in Rolle als Patient entgegen
- Angst vor Weitergabe von Informationen an Eltern oder Schule/Ausbildung
- Problemdefinition oft durch Eltern, Lehrer, Ausbilder oder Partner/ Freunde
- Äußere Lebensschwierigkeiten überwuchern die innerseelischen Probleme

Schwierigkeiten in der Therapie

Gesellschaftlich:

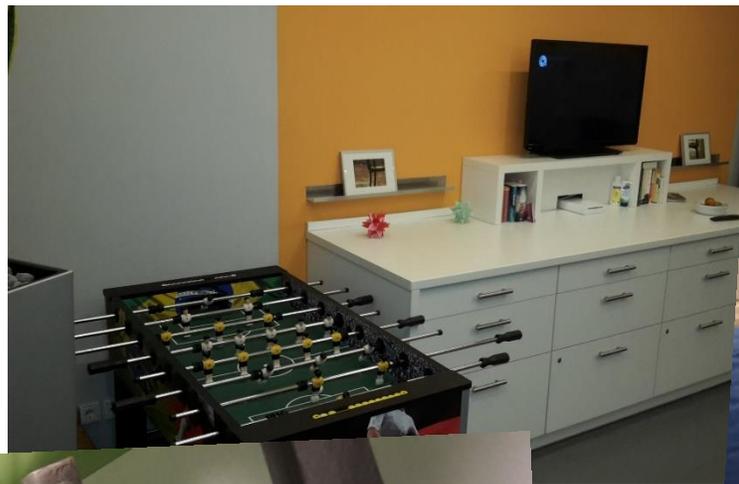
- Niedrigschwelliger Zugang zu passenden Angeboten für Tagesstruktur, Praktika
- Organisation von Ausbildungsförderung
- Wartezeiten
- nicht transparente Zuständigkeiten (Sozialamt vs. Jugendamt),
- Suche nach Wohnraum: Mangel an passenden Wohngruppen



Es geht nicht weiter – was tun?



Tagesklinik für Adoleszenz- Psychiatrie



Warum eine Tagesklinik für Spätadoleszenzte?

- Behandlungslücke aufgrund der Entwicklung der selbständigen Fächer Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie Erwachsenenpsychiatrie (Abbrüche, Mortalität, Risiko der Chronifizierung)
- Ausdehnung der Adoleszenzentwicklung in das Erwachsenenalter
- Alterstypische Entwicklungsaufgaben und Konfliktkonstellationen (Identität, Autonomie, Beziehungen, Bedeutung der Peer-group) mit entsprechendem Behandlungssetting
- stärker stützende Grundhaltung als im Bereich der Erwachsenenpsychiatrie notwendig
- Behandlungssetting autonomer mit mehr Verantwortungsübernahme von Seiten der Patienten als im Kinder- und Jugendbereich

Therapeutisches Grundkonzept

Psychodynamisches Grundverständnis für die Entstehung von psychischen Problemen

- Aufgrund welcher inneren Konflikte und/oder strukturellen Defizite muss der junge Mensch in dieser Lebensphase seine eigene Entwicklung verlangsamten oder boykottieren?
- Auf welche Weise und mit welchem inneren Gewinn tut er das?

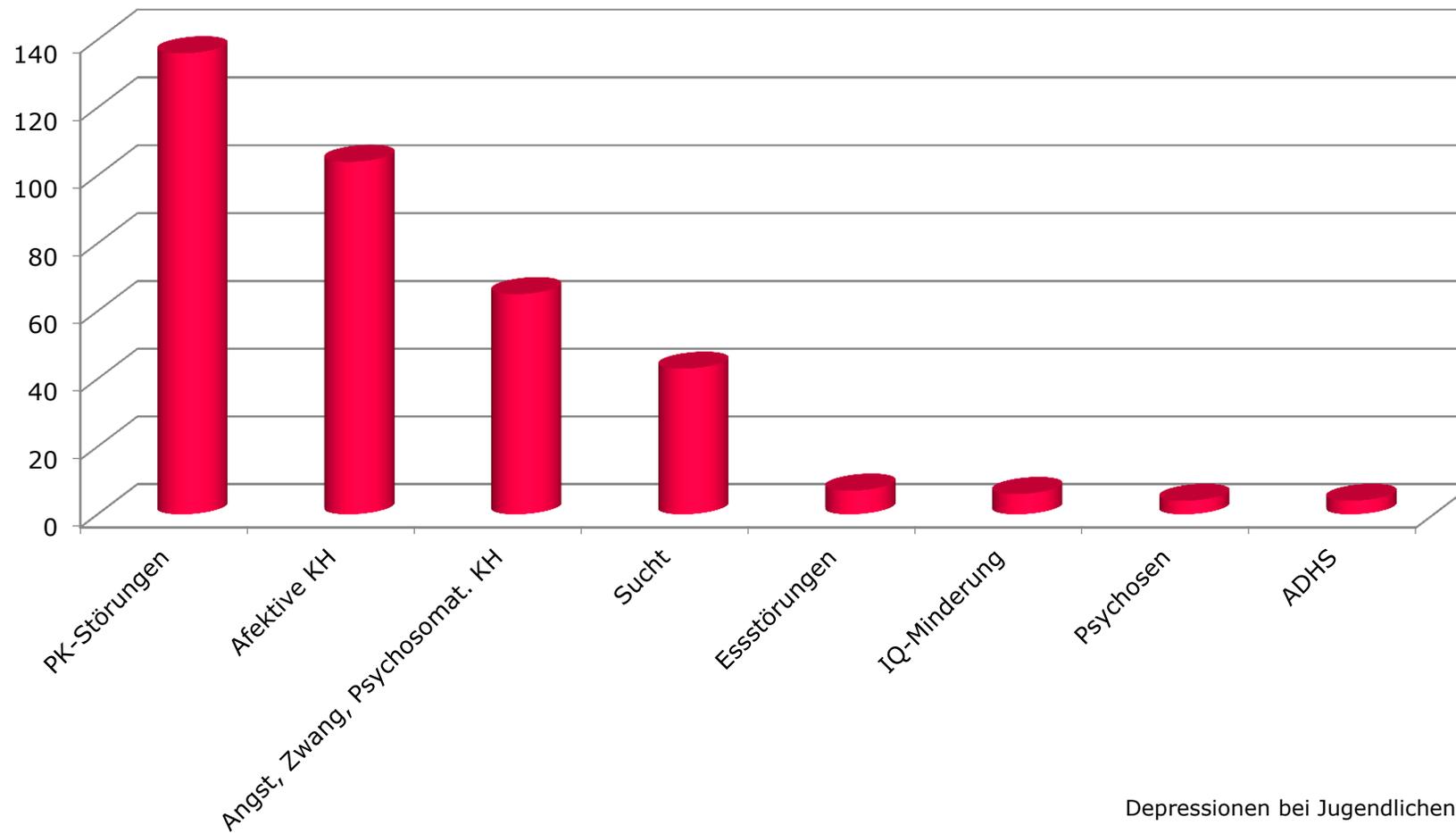
Integration tiefenpsychologischer und verhaltenstherapeutischer Elemente im therapeutisch-pflegerischen Setting

4 -Jahres-Rückblick

- 284 Patienten
- Geschlechterverteilung: m : w = 2 : 3
- Durchschnittsaufenthaltsdauer: 70 Tage
- Durchschnittsalter: 20,2 Jahre
- etwa die Hälfte mit 2 oder mehreren Diagnosen

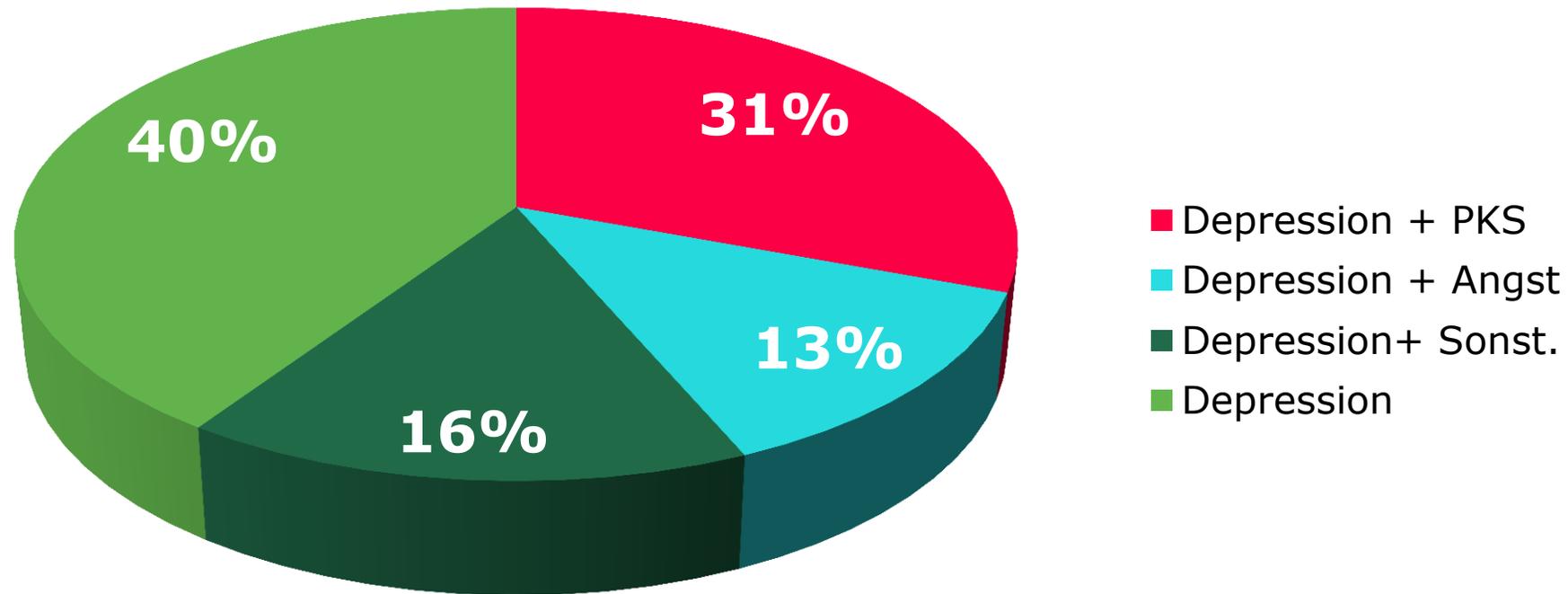
Diagnosen-Verteilung in der Tagesklinik für Adoleszenz-Psychiatrie

Häufigkeit der psychiatrischen Störungen (n=284)



Komorbide Störungen bei Depressionen

Häufigkeit komorbider Störungen in Prozent



Was wird benötigt?

- Netzwerkarbeit mit manpower



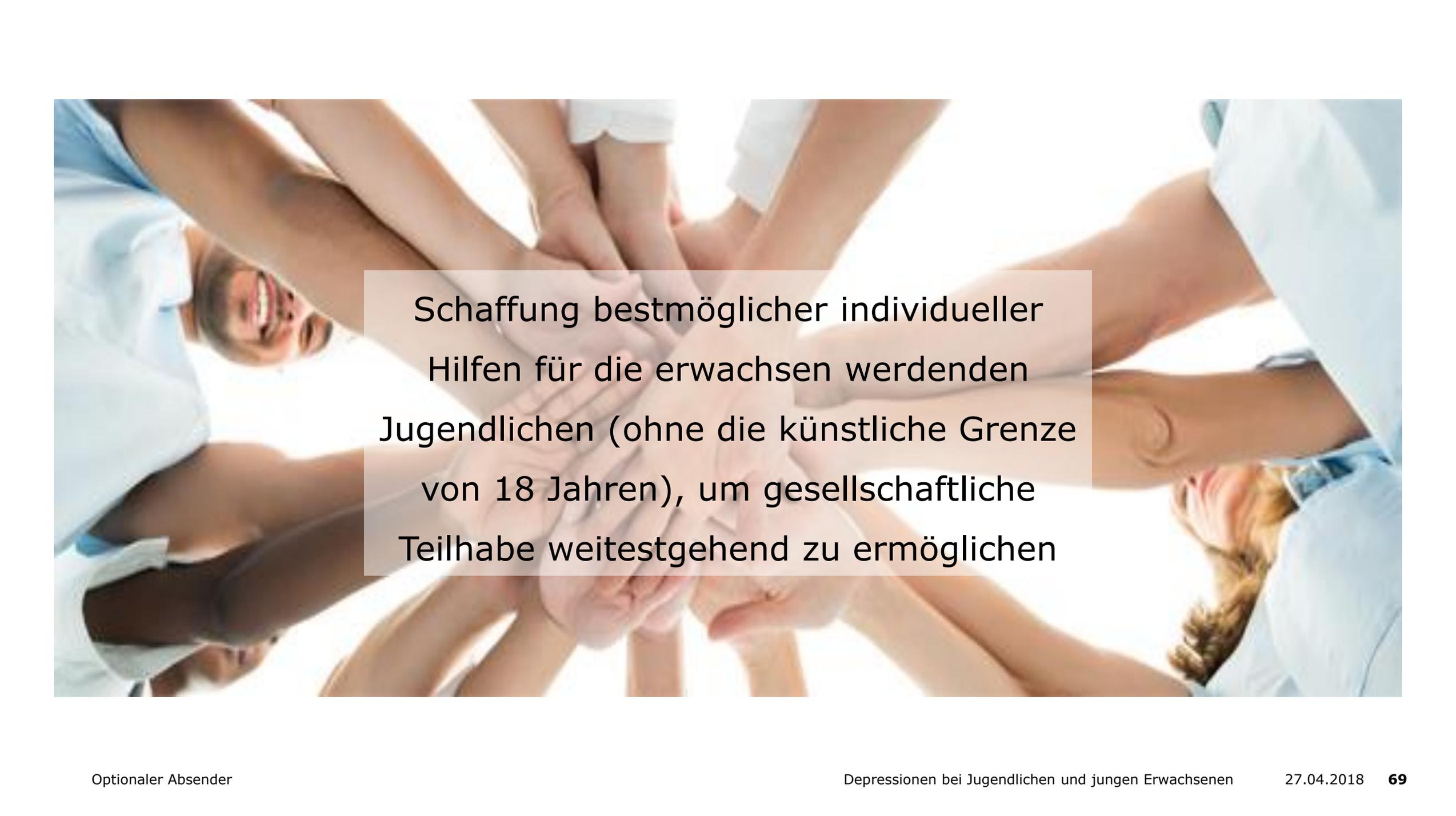
GEMEINSAM

Mit kleinen Schritten Großes erreichen.

Adoleszenten-Netzwerk

Ziele:

- Früherkennung/Frühintervention psychischer Erkrankungen
(Gesundheitssystem, Schulen, Jugend-/ Sozialamt, Jobcenter, Agentur für Arbeit)
- Vermittlung von Kernwissen für alle Leistungserbringer
- Schaffung eines niedrigschwelligen Zuganges zu Hilfesystemen
- Übergangsplan mit Jugendlichen und Familie
- Ermöglichung kontinuierlicher präventiver und symptomatischer Betreuung
- Sicherstellung kontinuierlicher Kostenübernahme



Schaffung bestmöglicher individueller Hilfen für die erwachsen werdenden Jugendlichen (ohne die künstliche Grenze von 18 Jahren), um gesellschaftliche Teilhabe weitestgehend zu ermöglichen



**Vielen Dank für
Ihre Aufmerksamkeit**

—