

Bachelorthesis

Frühe Einflussfaktoren von Depressionen
bei jungen Erwachsenen
- Möglichkeiten und Grenzen des psychosozialen Hilfesystems -

Sandra Hempel

Vorgelegt am 24. Juni 2010

Bachelorthesis zur Erlangung des Grades

Bachelor of Arts

der Hochschule Neubrandenburg

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2010-0223-6

Erstgutachter: Prof. Dr. phil. Roland Haenselt

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. habil. Volker Kraft

Inhalt

Einleitung	3
1. Epidemiologie und Verlauf von Depressionen	4
1.1 Fachliche Zuordnung	4
1.2 Klassifizierung und Unterformen	4
1.3 Erkrankungshintergrund	8
2. Junge Erwachsene – auf dem Weg in die Gesellschaft	10
2.1 Zu alt um Kind zu sein, zu jung um sich als Erwachsenen zu sehen	11
2.2. Zwei Schritte vor – und Einer zurück. Zukunftsplanung mit Auffangnetz?	13
2.3. Der Umgang mit einer depressiven Störung im Übergangsalter	15
3. Depressionsfördernde Entwicklungseinflüsse aus Kindheit und Adoleszenz	17
3.1. Ein Kind, ein Jugendlicher - ein junger Mensch	18
3.2 Negative/ depressive Entwicklungstendenzen im Kindesalter	19
3.2.1 Enttäuschungen narzisstischer Bedürfnisse und Verlustangst	19
3.2.2 Das Risiko einer depressiv, gehemmten Persönlichkeit	20
3.3 Jugendliche im Gefühlschaos	22
3.4 Kinder psychisch kranker Eltern	24
3.4.1 Ein erhöhtes Risiko	24
3.4.2 ...wie die Eltern, so die Kinder?	26
3.5 Junge Erwachsene im Kontext ihrer Erfahrungen aus Kindheit und Jugend – ein Ausblick	26

4. Möglichkeiten und Grenzen des psychosozialen Hilfesystems	27
4.1 Überblick über die Depressionsbehandlung	28
4.1.1 Grundsätze	28
4.1.2 Settings der Kinder-, Jugend und Erwachsenenpsychologie	29
4.1.2.1 <i>Ambulante Behandlung</i>	29
4.1.2.2 <i>Teilstationäre Behandlung</i>	30
4.1.2.3 <i>Stationäre Behandlung</i>	30
4.1.3 Therapiemöglichkeiten	31
4.2 Handlungswege der Jugendhilfe	34
4.2.1 Fördermaßnahmen	34
4.2.2 Hilfen	35
4.3 Rechtsanspruch auf Hilfen	36
4.4 Ein irritierendes Hilfesystem	37
4.4.1 Problembereich: Alltagsgestaltung	37
4.4.2 Problembereich: Arbeitswelt	39
4.4.3 Problembereich: soziales Ansehen	40
Fazit	42
Literaturquellen	44
Abbildungsverzeichnis	47
Verzeichnis der Internetquellen	47
Erklärung	48

Einleitung

----->
Ein Säugling – Ein Kind – Ein Jugendlicher – Ein Erwachsener – Ein Rentner – Ein Senior
----->

Ist es wirklich so einfach einen Menschen zu beschreiben?

Die heutige Zeit ist geprägt von Vielfalt, von schnellen Entwicklungen, von Möglichkeiten und von Unsicherheiten, von Krisen sowie vorgefassten Meinungen. In diesem Sinne werden die kommenden Generationen beschworen, mit ihren jungen Ideen die Zukunft positiv zu gestalten. Oft wird dabei das Bild vermittelt, dass dabei lediglich ein Schritt vor den anderen gesetzt werden müsse. Doch Zeiten ändern sich.

Die feste Abfolge der altersumgrenzten Entwicklungsstufen des Menschen hat sich durch neue Möglichkeiten und Perspektiven verschoben. Qualifikation und Chancensicherung stehen für junge Generationen im Vordergrund, so dass die eigentliche Jugend, wie sie einst angedacht war kaum noch zu existieren scheint. Das Feld der jungen Erwachsenen, eine Entwicklungsstufe als Übergang aus Adoleszenz in den Erwachsenenstatus, hat sich Stück für Stück etabliert.

Wenn der Idealweg junger Erwachsener aufgrund einer depressiven Störung nicht ausgereizt werden kann, stellt sich die Frage nach dem „Warum?“. Dabei spielen oftmals bereits Enttäuschungen in der frühen Kindheit, sowie familiäre Dramen und sozialer Ausschluss eine wichtige Rolle in der Ursachenforschung.

Durch fehlende Aufklärung fehlt in der Bevölkerung oftmals das Verständnis für die Erkrankung. Sie wird auf den ersten Blick als belanglose, negative Gemütsverstimmung abgetan und dem Betroffenen als abwertenden Charakterzug angeschrieben.

In wie weit diese Auffassung fachlich nicht standhalten kann und wie wiederum das psychosoziale Helfersystem seinerseits reagiert, wird im Folgenden diskutiert werden. Dabei liegt ein Fokus besonders auf Defiziten, von denen gerade junge Erwachsene außerordentlich betroffen sind.

1. Epidemiologie und Verlauf von Depressionen

1.1 Fachliche Zuordnung

Heutzutage werden Depressionen in der Gesellschaft nicht immer als eine ernstzunehmende Krankheit angesehen. Die oftmals weitreichenden Folgen für Erkrankte bleiben durch unzureichende Aufklärung vielmals im Dunkeln bzw. werden heruntergespielt. Symptome werden als Stimmungsschwankungen, „schlechte Tage“, ungemütliche Charaktere oder schlechte, arbeitsbedingte Einflüsse abgetan.

Dabei gibt es bereits ein breit angelegtes Klassifizierungssystem, um Betroffenen bestmöglich fachlich helfen zu können. Die komplexen Zusammenhänge der Krankheit können so herausgestellt und behandelt werden.

Die *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* hat Merkmale von Depressionen, sowie unterschiedliche Verlaufsformen, in der ICD-10 (International Classification of Diseases) unter den Ordnungsziffern F32 bis F34 (affektive Störungen) zusammengefasst. Ebenfalls kann man eine solche Einordnung in der DSM-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen) antreffen. Hier hat die *American Psychiatric Association* ebenfalls Merkmale und Klassifikationsstufen der Depression zusammengefasst.

Da meine Ausführungen in dieser Thesis einen Blick auf die Arbeit des deutschen psychosozialen Netzwerkes werfen, werde ich mich zu diesem Zweck im Folgenden vornehmlich auf die europäische ICD-10 Einordnung beziehen.

1.2 Klassifizierung und Unterformen

Im klinischen Alltag werden Depressionen als Teil der Kategorie der affektiven Störungen betrachtet. Dabei handelt es sich um Störungen, welche den Affekt (lat.: affectus = Grundstimmung, Gemütslage, Empfindung) beeinflussen und dabei Ausprägungen einer Manie bzw. einer Depression aufweisen.

Im Rahmen der ICD-10 Klassifizierung werden die Formen

F32 depressive Episode

F33 rezidivierende depressive Störung und

F34 anhaltende affektive Störungen (u.a. Zykllothymie und Dysthymia)

als Hauptabschnitte zur Depressionssymptomatik aufgeführt. Nach Mahnkopf lassen sich die damit verbundenen individuellen Beschwerden in die Kategorien Körper, Fühlen, Verhalten und Denken einordnen.¹ Hierbei zählt ein komplexes Zusammenspiel von charakteristischen Symptomen, welche durch die Patienten beschrieben wird. Um final auf eine Depression schließen zu können, wurden nach ICD-10 Richtlinien Haupt und Nebensymptome für eine depressive Episode zusammengefasst.

Als Grundlage gilt ein Auftreten der Symptome für eine Dauer von mindestens 2 Wochen in unverminderter Ausprägung.

Zu den *Hauptsymptomen* zählen:

- Gedrückte Stimmung (ungleich Trauer)
- Interessenlosigkeit, Freudlosigkeit
- Verminderung des Antriebes (erhöhte Ermüdbarkeit, Aktivitätseinschränkung)

Als *Nebensymptome* treten auf:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit
- Negative, pessimistische Zukunftsperspektiven
- Selbstverletzung, Suizidgedanken und –handlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit²

Je nach Auftreten der einzelnen Haupt- und Nebensymptome, kann die Depression als eine Krankheit mit leichtem, mittlerem oder schwerem Ausmaß eingeordnet werden. Dabei zu

¹ Vergl. Mahnkopf 2007, S. 10

² Dilling/ Mombour 2005, S. 139

berücksichtigen ist jedoch die Tatsache, dass Patienten oft in ihrem Leiden Tagesschwankungen in der Ausprägung unterliegen.

Einordnung nach Schweregrad:³

Leichte Depression (F 32.0):	2 Hauptsymptome	2 Nebensymptome
Mittlere Depression (F 32.1):	2 Hauptsymptome	3-4 Nebensymptome
Schwere Depression (F 32.2 und 32.3):	3 Hauptsymptome	4-7 Nebensymptome

Um die verstrickte Konstruktion einer Depression ersichtlich zu machen, dienen weitere Faktoren der genaueren Bestimmung der individuellen Ausprägung der Störung.

Einer jeder Indikator ist das **Auftreten von psychotischen Symptomen**, welche mit der Depression einhergehen können. Wie Berger schreibt, handelt es sich dabei um einen besonders schweren Grad der Krankheit, welcher sich auf den Realitätsbezug des Patienten gravierend auswirken kann. Dazu zählen auf der einen Seite Wahnideen in unterschiedlichster Form und Ausprägung, sowie akustische und Geruchshalluzinationen oder ein depressiver Stupor, welcher sich bei dem Patienten einstellt.⁴

Neben rein wahnhaften Ideen, können Ausprägungen der Krankheit **somatische Beschwerden** mit sich ziehen, welche die Depression teilweise (aus Sicht des Patienten) überlagern können. Diese Form ist seltener und in der ICD-10 als gesonderte Einordnung unter F 06.32 zu finden. Sogenannte vegetative und vitale Symptome treten als „Tagesschwankung, frühmorgendliches Erwachen und einer Fülle von massiven körperlichen Missempfindungen und Funktionsstörungen“⁵ auf. Um die auftretenden Beschwerden als somatisches Syndrom einer Depression zuordnen zu können, müssen mindestens 4 der folgenden Merkmale diagnostiziert worden sein:

- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten

³ Vergl. Mahnkopf 2007, S. 12

⁴ Vergl. Berger 1999, S. 497f

⁵ Ebenda S. 499

- Mangelnde Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung oder freudige Ereignisse emotional zu reagieren
- Fröhliches Erwachen, 2 oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit
- Morgentief
- Der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- Deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust (häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat)
- Deutlicher Libidoverlust⁶

Eine andere Zuordnung depressiver Tendenzen findet sich im **Verlauf der Ausprägungen**. Das punktuelle Auftreten der Krankheit wird hier dem chronischen Verlauf gegenübergestellt. Dabei können Krankheitsmerkmale nach einer einmaligen Phase über Jahre verschwinden und erst im späten Alter wieder auftreten. Ebenfalls ist auch eine häufig rezidivierende Variante anzutreffen.

Dysthymien spielen in diesem Bereich eine große Rolle. Es handelt sich dabei um „chronisch depressive Verstimmungen, die nach Schweregrad und Dauer der einzelnen Episoden gegenwärtig Kriterien für eine leichte oder mittelgradige rezidivierende depressive Störung“⁷ erfüllen.

Die ICD-10 umfasst daneben die Möglichkeit, des **kombinierten Auftretens von affektiven Symptomen**. In dem Bereich der affektiven Störungen ist indes die Kombination aus depressiven und manischen Tendenzen im Bereich der bipolaren Störungen (F 31) zusammengefasst. Dieser Bereich ist häufig durch einen zylothymen Charakter gekennzeichnet indem sowohl Depressionen, als auch Manien, als Symptome in starker Ausprägung auftreten können. Eine Gleichwertigkeit beider Phasen ist gleichermaßen möglich. Im Rahmen dieser Thesis soll jedoch dieser Abschnitt nur als ergänzend erwähnt bleiben, da die bipolare Diagnose eigene Statistiken, Verläufe, sowie Therapieangebote umfasst.

⁶ Dilling/ Mombour 2005, S. 140

⁷ Ebenda, S. 150

1.3 Erkrankungshintergrund

Ursachen und Verlauf depressiver Erkrankungen sind bis heute nicht ausreichend geklärt. Dazu zählen auch risikobehaftete Einflussfaktoren, welche den Krankheitsausbruch zusätzlich beeinflussen können. Unterschiedliche Studien, welche auf der Grundlage verschiedener diagnostischer Systeme (siehe beispielhaft ICD-10 und DSM-IV) beruhen, verkomplizieren dabei den Prozess, ein einheitliches Bild der Störung zu schaffen.

Es wird daher im Allgemeinen zunächst davon ausgegangen, dass die Lebenszeitprävalenz⁸ für das Auftreten einer depressiven Episode sich auf 7 – 18%⁹ beläuft. In die Schätzung inbegriffen, sind alle Formen der depressiven Episode, sei es eine leichte, mittelgradige oder schwere Ausprägung bzw. eine Dystymie.

Gesondert betrachtet kann nach Berger angenommen werden, dass pro Jahr etwa 1% der Erwachsenenbevölkerung neu an einer depressiven Störung erkrankt. Davon wiederum 1%, fallen anschließend in die Kategorie der schweren depressiven Störung.¹⁰

Es gibt bisher keine Formel, nach der sich schlussfolgern lässt, wer prädestiniert wäre an Depressionen zu erkranken und wer nicht. Ebenso ungewiss ist der Verlauf der Krankheit, sowie der Schweregrad, welcher nur mit Hilfe detaillierter Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen, kombiniert mit einer genauen Anamnese, bestimmt werden kann. Sicher ist jedoch, dass es gewisse Einflussfaktoren gibt, welche das allgemeine Risiko einer Neuerkrankung erhöhen.

Wie es Bramesfeld und Stoppe beschreiben, zählen zu diesen Einflussfaktoren unter anderem:

- *Genetische Komponente*
 - Angehörige eines depressiven Patienten ersten Grades, neigen bis zu einem doppelt so hohem Erkrankungsrisiko wie die restliche Bevölkerung
- *Kindlicher Entwicklungsfaktoren*

⁸ Risiko im Leben mindestens einmal zu erkranken

⁹ Mahnkopf 2007, S. 16

¹⁰ Vergl. Berger 1999, S. 487

- Gerade Kinder psychisch kranker Eltern sind oft lebenserschwerenden Bedingungen ausgesetzt. Oft häufen sich Konflikte, Scheidungen, Verlusterfahrungen oder auch das Erleben des Suizides eines Elternteils zu langjährigen Belastungen, welche Kinder in jungen Jahren nur ungenügend psychisch verarbeiten können. Des Weiteren können nicht verarbeitete Gewalterfahrungen oder sexueller Missbrauch ebenso das Risiko an Depressionen zu erkranken erhöhen.
- Näheres dazu im *Unterpunkt 4* dieser Arbeit
- *Persönliches Temperament*
 - Mehrfach geht depressiven Episoden ein gewisses „melancholisches Temperament“ voraus. Dieses kann für den betroffenen Menschen zu Spannungen, Erkrankungen oder hoher Aufregung führen - Stressoren die das Auftreten depressiver Störungen fördern.
- *Herausragende Lebensereignisse*
 - Ähnlich einschneidenden Ereignissen aus der Kindheitsphase können genauso im späteren Leben bestimmte, tiefgreifende Ereignisse die Persönlichkeit aus dem Gleichgewicht bringen. Gerade das Thema „Verlust“ kommt hierbei häufig zum Tragen.
- *Biologische Stressoren*
 - Bestimmte Erkrankungen führen bei prädestinierten Menschen möglicherweise zu einer Depression. Hierzu können z.B. Schilddrüsenunterfunktionen gelten, als auch bestimmte pharmakologische Substanzen, welche den Verlauf bedingt negativ beeinflussen..
- *Geschlecht*
 - In der heutigen Zeit recht gut nachgewiesen ist die Tatsache, dass Frauen etwa doppelt so häufig wie Männer erkranken, was sich zum einen auf unterschiedliche Lebensumstände, emotionale Ausbrüche als auch hormonelle Einflüsse zurückführen lässt.
- *Neurobiologische Einflüsse*

- Die Neuzeit hat durch Forschungen dargestellt, dass auch gewisse neurochemische Störungen der Reizübertragung im Gehirn einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf haben.¹¹

Die hier genannten Faktoren bedingen nicht zwangsweise eine Depression, können jedoch als mögliche Indikatoren angesehen werden. Das Risiko der jeweiligen Person hängt immer stark von einem positiven sozialen Umfeld und dessen entsprechenden Einfluss auf den Menschen, ab. Ein intaktes Umfeld kann unter Umständen den Ausbruch der Krankheit verzögern oder sogar verhindern.

2. Junge Erwachsene – auf dem Weg in die Gesellschaft

Wie zuvor aufgeführt, beeinflussen depressive Erkrankungen das gesamte Wesen eines Menschen, sowie das inner- und außerfamiliäre Umfeld. Nach langjähriger Therapie in einzelnen oder langwährenden Phasen, kann die Krankheit trotzdem überwunden werden. Den Umständen entsprechend ist es dann mehr oder weniger schwer, wieder in ein geregeltes Leben zurückzukehren.

Doch was geschieht, wenn das Leben bereits vor Krankheitsausbruch keine geregelten Strukturen aufgewiesen hat? Der Mensch sich noch in der Mitte seiner Entwicklung befand und Zukunftsperspektiven aus Wünschen, theoretischen Planungen, Ahnungen und Unterstützungsleistungen bestanden? Das Phänomen dieser Art der Handlungsweise wird zunächst den Kindern und Jugendlichen vorbehalten. Eigenes Handeln wird bei Ihnen noch zu einem Großteil durch gelenkte Interaktionen bestimmt. Eltern und andere Bezugspersonen sorgen hauptsächlich für Orientierung in Richtung eines spezifischen Bereiches bzw. wirken gleichfalls als kontrollierende Einheit.

¹¹ Vergl. Stoppe/ Bramesfeld 2006, S. 1f

Nach erfolgreicher Reifung sollen die jungen Menschen aus dem Status eines Jugendlichen entlassen werden, um ihren Platz als Erwachsene in der Gesellschaft einzunehmen. Doch ist dieses Handeln noch zeitgemäß? Walther spricht von einem „Strukturwandel“ bzw. von einer „Verlängerung der Jugendphase“ in der heutigen Zeit. Die Jugendphase mit ihren normalisierten Handlungs- und Entwicklungsabläufen ist heute zunehmend geprägt durch eine Verunsicherung der Normalität.¹²

2.1 Zu alt um Kind zu sein, zu jung um sich als Erwachsenen zu sehen

Diese Verunsicherung führt zu einer Altersvermischung: „Kinder werden früher älter – während Jugendliche länger jung bleiben.“¹³ Durch die neuzeitliche Bildungsentwicklung, die Frauenemanzipation und die modernen Lebenspläne bleiben letztendlich unzählige neue Möglichkeiten für junge Menschen übrig, ihr Leben individuell zu gestalten, bevor das Erwachsenenleben ihnen den Hauch einer Routine verspricht.

Doch genau das macht diese Phase so sensibel. „Junge Erwachsene“ sind als neuer Übergang zwischen Jugendzeit und Erwachsenenleben noch nicht etabliert. Eine Definition der Altersspanne stellt sich bereits schwierig dar. Die gesellschaftlich gesetzte Spanne ist groß, gilt es doch in etwa den Bereich zwischen dem 16. Lebensjahr bis zum 30. Lebensjahr neu zu umrahmen. Bereits allgemein bekannte deutsche bürokratische Festschreibungen zeigen Unsicherheiten auf, welche für eine Altersgruppe „jenseits eines Normallebenslauf“¹⁴ zu stehen scheinen.

Dazu einige frei gewählte Beispiele:

- Volles Wahlrecht mit 18 Jahren
 - These: Ab 18 kann eine Person das hiesige politische System, welches u.a. das komplexe Wirtschafts-, Bildungs- und Sozialsystem umfasst, überschauen, sich eine begründete Meinung dazu bilden und diese adäquat im Rahmen seiner Möglichkeiten politisch umsetzen.

¹² Vergl. Walther 1996, S. 10

¹³ Chisholm 1996, S. 45

¹⁴ Walther 1996, S. 27

- Führerschein mit 16 (Klasse A, M)
 - These: Ab 16 kann ein junger Mensch ein komplexes, fortwährend interagierendes Verkehrssystem überblicken, Verantwortung für sein eigenes, sowie fremdes Leben übernehmen und rasche, komplexe Lösungswege entwickeln.
- Eheschließung ab 18
 - These: Ab 18 kann die Person für sich und seinen Partner (eventuell auch für bereits angehörige Kinder) Verantwortung übernehmen und eine langwährende Lebensplanung entwerfen.
- Hilfen nach dem Kinder- und Jugendhilfegesetz bis 21 bzw. 27 Jahre
 - These: Durch vorangegangene Problemsituationen kann ein Jugendlicher bis in das 27 Lebensjahr hinein mit strukturierenden Hilfen gefördert werden und fällt dabei in die Definition der `jungen Volljährigen` - einem so nur in der *Jugendhilfe* verwendeten Begriff
 - Vergleich dazu: §41 SGBVIII: Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung i.V.m. §11 SGBVIII (Jugendarbeit)
- Förderung nach dem Berufsausbildungsfördergesetz bis 30 Jahre
 - These: Die Auswahl eines Berufes muss nicht in den frühen Jugendjahren erfolgen, sondern kann auf individuelle Weise bis zum 30. Lebensjahr (in Einzelfällen auch später) erfolgen. Heranwachsende gelten immer noch als förderfähig (sowohl durch staatliche Mittel als auch durch elterliche Sorge) und erwirtschaften damit kein bzw. nur geringes eigenes Haupteinkommen.

Seltsam schwammig scheint hier die Gesetzgebung in allen Bereichen. Klar zuzuordnen im Einzelnen aber als Gesamtkonzept verwirrend. Wie Walther festhält, zählt im Grunde im biologischen Bereich die körperliche Reife, im Soziologischen wiederum bewältigte Statuspassagen.¹⁵ Durch die heutige Tendenz, sein Leben selbst in die Hand zu nehmen und in unterschiedlichste Richtungen zu steuern, finden letztendlich ausgewachsene Jugendliche keine rechte Einordnung mehr für sich. Die entwickelten Selbstkonzepte enthalten keinen

¹⁵ Vergl. Walther 1996, S. 13

„normalen“ Lebensablauf. Folglich können die jungen Männer und Frauen dann zu dem „Schluss kommen, sich weder als jugendlich noch als erwachsen definieren zu können.“¹⁶

Zusammengefasst gesehen handelt es sich bei dem Phänomen der „jungen Erwachsenen“ um eine neue Altersspanne die den Zeitraum in etwa ab dem 18. Lebensjahr umfasst und sich in den frühen 30ern verliert.

Vielleicht ist bereits jetzt ersichtlich, wie chaotisch dieser Prozess aussehen kann, wenn innerhalb solch persönlicher Findungsprozesse mit tiefgreifenden oder gar chronischen Krankheiten umgegangen werden muss. Es handelt sich immerhin um einen von Motivation und Zukunftsorientierung gekennzeichneten Lebensabschnitt. Depressive Einflüsse können diesen Prozess aufs äußerste in ihrer freien Entwicklung hemmen.

2.2. Zwei Schritte vor – und Einer zurück. Zukunftsplanung mit Auffangnetz?

Deutsch und Krause stellen den Weg in das Erwachsenenleben als „Lebenstreppe“ in den Vergleich. Die Art, der einzelnen, zu bewältigenden Stufen habe sich gewandelt, und zeuge von einem Kind, das ausschaut wie ein Erwachsener, aber eben noch faktisch Kind ist.¹⁷ Ein Zeichen für die schnelle Vorausbildung von Kindern und den darauffolgenden langen Zeitraum des von Orientierung geprägten Übergangs.

„Übergangsprozesse werden strukturiert von den Lebensphasen, zwischen denen sie eine Verbindung darstellen, in diesem Falle durch die Strukturkategorien der Jugendphase – wie Bildung, Geschlechtsidentität und Jugendkultur – und des Erwachsenenstatus – Arbeit und Familie.“¹⁸ In der heutigen Zeit können verschiedene Statuspassagen miteinander kombiniert werden. Auch der Wiedereintritt oder das Verlassen sind (begrenzt) möglich. Pais beschreibt dabei die traditionellen Schwellen als umkehrbar und verdeutlicht dieses mit dem Schema:

¹⁶ Ebenda. S. 13

¹⁷ Vergl. Deutsch, Krause 1999, S. 13ff

¹⁸ Walther 1996, S. 14

- Schule – nicht Schule / Student – nicht Student / Arbeit – nicht Arbeit / verheiratet – ledig¹⁹

Entscheidungen erweisen sich als reversibel. Macht es dieses dann nicht leichter einen eigenen Weg zu gehen? Wohl nein, denn es handelt sich im Grunde genommen um das Resultat von Irritationen der heutigen Normen.

Arbeit und Familie – Grundfesten des Erwachsenenlebens – sind unsicher und kontingent geworden.²⁰ In früheren Zeiten war die klare Rollenverteilung von Mann und Frau dafür zuständig, dass die Funktionen klar zugeordnet wurden. Seit der Erweiterung der Möglichkeiten in Bildung, Familienplanung und Ähnlichem, können beide Geschlechter sich neu orientieren. Dabei bilden Familie und Arbeit einen oft schwer zu vereinigenden Prozess.

Eine Folge davon ist z.B. die krasse Verlagerung des Durchschnittsalters für Eheschließungen auf Ende zwanzig bzw. Anfang dreißig:

	Einheit	2005	2006	2007	2008
Eheschließungen	Anzahl	388 451	373 681	368 922	377 055
Ehescheidungen	Anzahl	201 693	190 928	187 072	191 948
Durchschnittliches Heiratsalter Lediger					
Männer	Alter	32,6	32,6	32,7	33,0
Frauen	Alter	29,6	29,6	29,8	30,0

Tabelle 1 ²¹

Bildung und Arbeit treten deutlicher als früher in den Vordergrund. Das Bestimmungsmerkmal „Bildung“ als Klassifikationskomponente für Kindheit und Jugend geht damit verloren. Dafür wird dieser Lebensabschnitt – noch darüber hinaus – mit dem Kredo des „lifelong learning“ (lebenslanges Lernen), in Verbindung gebracht.²² Ein Abschluss bzw. der einfache Bildungsweg reicht den jungen Erwachsenen häufig nicht mehr aus. Qualifikation und Chancenausnutzung stehen im Vordergrund. Hinzu kommt, durch die

¹⁹ Pais 1996, S. 75

²⁰ Vergl. Walther 1996, S. 12

²¹ Statistisches Bundesamt Stand: 27.Mai.2010

²² Vergl. Walther 1996, S.15f

zunehmende Europäisierung geprägt, die Notwendigkeit, Auslandserfahrung zu erwerben und reisebereit zu sein – und zu bleiben. Gewissermaßen werden sie somit frühzeitig in einen Konkurrenzkampf mit Gleichaltrigen eingebunden, in dem es gilt zu bestehen.

Es entsteht eine Übergangsgesellschaft welche sich profilieren möchte aber gleichzeitig versucht noch die eigenen Wünsche und Ideen zu erkennen und auszubauen.

Sie sind noch keine routinierten Erwachsenen, dürfen andererseits auch nicht mehr der jugendlichen Naivität erliegen. Junge Erwachsene leben in einem ständigen Spannungsverhältnis.

2.3. Der Umgang mit einer depressiven Störung im Übergangsalter

Diese Spannungen bringen folglich Unsicherheiten mit sich. Der ständige Drang sich zu beweisen, hinterlässt belastende Spuren. Schneider spricht hierbei von einer „emotionalen Instabilität“ in der es darum geht „emotionale Resonanzfähigkeit, intentionales Handeln, realitätsnahe Zielsetzung und selbstsichere Entscheidungen“²³ miteinander zu verbinden. Die Folge ist ein gewisses Ausloten der eigenen Fähigkeiten.

Um diesen Prozess vollziehen zu können, bedarf es ein „Selbst- und Weltvertrauen, die Erfahrung geliebt zu sein und die Hoffnung lieben zu können.“²⁴ Ein bereits sehr komplexes Denken also, welches dem Menschen auf seinem Weg helfen soll seine Aufgabe in der Gesellschaft zu finden. Doch schauen wir ein Stück weiter: Dieses Urvertrauen ist gleichzeitig geprägt durch eine gewisse Risikobereitschaft die das natürliche Vorankommen unterstützen soll. Es gilt dabei immer wieder den Versuch zu wagen, etwas Neues auszuprobieren und dabei im gegebenen Fall Erfolg zu haben. Im Gegenzug soll mit Misserfolg umgehen werden können (Schneider stellt es als „dem Irrtum erliegen“ dar).

Doch wie verhält sich ein solch geforderter Mensch, wenn er Misserfolge nicht aufgrund der Tatsache erlebt, dass seine eigene Leistung nicht ausreichend genug war, sondern weil eine

²³ Schneider 1999, S. 45

²⁴ Ebenda, S. 45f

Krankheit sein Wesen neu bestimmt? Die Etikettierung „psychisch krank“ scheint dann im schlimmsten Fall wie ein Damoklesschwert über ihm zu schweben.

Das allgemeine Wissen über psychische Erkrankungen ist nach wie vor recht gering ausgeprägt, so dass nicht nur die Krankheit selber dem Menschen sehr zu last liegt, sondern auch die damit verbundene Stigmatisierung welche die Person zusätzlich zu ertragen hat.²⁵ Wie Holm und Burgess weiter beschreiben, können gewisse Vorurteile und Stereotype, welche mit der Krankheit verbunden zu stehen scheinen, zu einer sozialen Ungleichheit führen.

Besinnt man sich in diesem Zusammenhang auf den eh sehr umkämpften Arbeitsmarkt, welcher für viele junge Erwachsene einen Einstieg in das kommende Erwachsenenleben ausmacht, steigen die Chancen auf ein geregeltes Leben wohl kaum an. Statt eigene Fehler zu begehen, wird ein Mensch von vornherein stigmatisiert und damit klassifiziert. Ein großes Problem für die Selbst-Struktur. Dort, wo Sicherheit nun erst recht nötig wäre, wird Unsicherheit und Ausgrenzung geboten. Das idealtypische `Lieben und Arbeiten` wird in Frage gestellt und bietet dadurch eine noch größere Belastungen für die Person. Hinzu können, durch die depressive Erkrankung bedingt, noch zusätzliche Faktoren hinzugelangen, welche den Wiedereintritt in die geregelte Gesellschaft erschweren. Zu solch möglichen Störungsbildern gehören:

- Versagenszustände (das Gefühl bzw. die Annahme, an seinen Aufgaben demonstrativ zu scheitern und damit nicht mehr in die Gesellschaft zu passen),
- Suizidalität,
- Suchtentwicklung,
- Somatoforme²⁶ Störungen,
- Interpersonelles und soziales Scheitern (Partnerschaft, Arbeit, Wohnung,...),
- Delinquenz.²⁷

²⁵ Holm/ Burgess 2006, S. 308

²⁶ Somatoforme Störungen: ICD 10: F 45 (körperliche Beschwerden, die sich nicht (bzw. nicht hinreichend) auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen)

²⁷ Schneider 1999, S. 46

Depressive Erkrankungen und die damit verbundenen Störungsbilder können zu einer „sozialen Entwurzelung“²⁸ führen. Umgekehrt kann diese wiederum der Auslöser bzw. Verstärker für depressive Symptome sein.

Es stellt sich heraus, dass eine depressive Erkrankung in allen Altersschichten Unregelmäßigkeiten aufwirft. Wie in dem folgenden Teil dieser Arbeit vermittelt werden soll, sind bereits Kinder und Jugendliche in Ihrer Entwicklungsphase von den Folgen der Depression schwer betroffen. Ebenso leiden auch Erwachsene jenseits des Übergangsalters unter Strukturwandlungen und sozialer Ausgrenzung. Was es für diese Zwischengruppe der jungen Erwachsenen so schwer macht, ist der Umstand, dass sie nicht in ein spezialisiertes Hilfenetz mit eingebunden sind. Als Teil der Erwachsenenengesellschaft werden sie (wie später zu sehen sein wird) in ein allgemein gültiges Hilfesystem eingebunden jedoch meist ohne die Möglichkeit, ihren spezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden. Hohen Anforderungen wie: selbstständiges Wohnen, das Abschließen einer Ausbildung, der Einstieg in einen geregelten Job, ebenso wie Familiengründung, fällt es dann schwer gerecht zu werden. Der nötige Zeitaufwand einer adäquaten Hilfe kann kaum entsprochen werden. Gesellschaftlichen Ansprüchen werden nicht bestätigt, aufgrund der eigenen körperlichen und geistig-seelischen Verfassung.²⁹

3. Depressionsfördernde Entwicklungseinflüsse aus Kindheit und Adoleszenz

Den vorigen Ausführungen zufolge, leben junge Erwachsene in einer Art Krisensituation wenn sie von depressiven Störungen betroffen sind. Dabei kann jedoch nicht bzw. selten davon ausgegangen werden, dass erst die neue Situation den Personen ein eingeschränktes Leben bietet. Betrachtet man vorangegangene Entwicklungsphasen können oftmals Ansätze

²⁸ Ebenda, S. 49f

²⁹ Vergl. Modellverbund Psychiatrie 1993, S. 3f

für eine Erkrankung an Depressionen gefunden werden. Auch sind bereits erlebte depressive Episoden – mit und ohne Behandlung – keine Seltenheit.

Das folgende Kapitel wird sich dem Thema der frühzeitigen Krankheitsausbrüche bei Kindern und Jugendlichen, sowie den daraus resultierenden Einflüssen auf spätere Depressionen widmen.

3.1. Ein Kind, ein Jugendlicher - ein junger Mensch

Erneut wird zunächst die Frage gestellt, wie sich die unterschiedlichen Entwicklungsgruppen voneinander abgrenzen. Wann ist ein Mensch noch ein Kind? Und ab wann wird er zum Jugendlichen? Sicher scheint erst einmal die übergreifende Definition des „jungen Menschen“.

Wie zuvor die Definition der jungen Erwachsenen, kann auch in diesem Fall keine eindeutige Altersgrenze als festgeschrieben betrachtet werden. Zu oft ist in der heutigen Zeit das Phänomen der „Frühpubertierenden“ ein Thema, ebenso wie das der „Spätentwickler“. Andererseits implizieren diese Begriffe, was in der allgemeinen, wissenschaftlichen Meinung als Zugang zum Jugendalter angenommen wird:

Der Eintritt in die Pubertät³⁰.

Dabei ist zwangsläufig eine weitreichende Altersspanne gekennzeichnet. Wie Flammer und Alsaker Tannen zitieren, gibt es zum einen bereits geschlechtliche Reifungsunterschiede. Zum anderen jedoch, können auch die innergeschlechtlichen Unterschiede sich auf eine Differenz von bis zu 5 Jahren belaufen. Damit würde ein Mädchen z.B. die ersten Veränderungen im Zuge der Pubertät bereits in einem Alter von nur 8 Jahren aufzeigen, während ihre Freundin erst mit 13 in denselben Prozess eintritt.³¹

Im Zuge dessen möchte auch ich mich nicht auf ein festgelegtes Alter zur Abgrenzung der beiden Entwicklungsstufen festlegen. Da ich die Pubertät ebenfalls als einen (neu

³⁰ Vergl. Flammer/ Alsaker 2002, S. 20f

³¹ Tanner zit. Nach Flammer/ Alsaker 2002, S. 76

einsetzenden) physiologischen, sowie geistigen Reifeprozess betrachte, werde ich mich im Folgenden mich der allgemein wissenschaftlichen Meinung anschließen.

3.2 Negative/ depressive Entwicklungstendenzen im Kindesalter

Es ist schwierig über gesicherte Forschungsergebnisse für diese Altersgruppe, ähnlich wie für das Jugendalter (die Adoleszenz), zu verfügen. In der Literatur lassen sich verschiedene Ansätze wiederfinden, welche zum Teil sehr breit gefächerte Ergebnisse mit sich bringen. Dennoch fassen Flammer und Alsaker zusammen, dass „sowohl die klinischen Diagnosen einer Depression als auch depressive Verstimmungen von der Kindheit zur Jugendzeit zunehmen.“³² Nach Harrington 1993, welcher von der Klassifikation einer Major-Depression³³ nach DSM-III ausgegangen war, besteht dabei eine Punktprävalenz bei Kindern im Bereich von 0,5% bis 2,5%.³⁴ Dieses ist bereits deutlich tiefer als vergleichbare Werte für Adoleszente. Hier liegt die Punktprävalenz in einem Bereich zwischen 0,4% und 5,7%.³⁵ Und ähnelt damit der Erwachsenenbevölkerung.

3.2.1 Enttäuschungen narzisstischer Bedürfnisse und Verlustangst

Kinder gelten im Grunde als durch ihre Eltern geschützt. Diese sind in den ersten Lebensjahren ihre primären Bezugspersonen, an die sich das Kind gebunden fühlt. Gleichzeitig entnimmt das Kind dieser Bindung für sich lebenswichtige Zuneigung und Zuwendung. Der Sprössling ist nur so fähig, sich geschützt und behütet in seinem Selbst zu entwickeln. Die Sorge der Eltern, insbesondere die der sorgenden Mutter, wird ihm gegeben um sein eigenes Selbstverständnis in einem rundum geschützten Rahmen aufbauen zu können. In diesem Rahmen kann es sich entwickeln, in dem guten Wissen, dass die Eltern ihn Lieben und dabei eigene Unsicherheiten nicht ihm, dem Kind, zu Lasten werden lassen. Folge einer gelungenen, frühkindlichen Interaktion ist eine selbstbewusste Haltung des Kindes und damit Verbunden das Gefühl etwas Wert zu sein.³⁶ Beim Erkunden der Welt kann es sich dabei stets darauf verlassen im Notfall zu seinen Eltern zurückzukehren, um die gleiche enge, sichernde Bindung erneut zu erfahren.

³² Flammer/ Alsaker 2002, S. 272

³³ Kann vergleichsweise gleichgesetzt werden mit der ICD-10 Klassifikation einer Depressiven Episode

³⁴ Harrington zit. Nach Flammer/ Alsaker 2002, S.272

³⁵ Vergl. Ebenda, S. 271

³⁶ Vergl. Miller 2005, S. 60ff

Im Falle der Unfähigkeit der Eltern, spezifisch der Mutter, „die narzisstische Funktion für das Kind zu übernehmen“³⁷ wird das Kind in seinem Streben nach Bedürfnisbefriedigung und Liebe stark eingeengt. Kann die fehlende Bindung nicht durch eine Person adäquat ersetzt werden entsteht für das Kind unter Umständen der Eindruck völliger Verlassenheit.³⁸ Zu solchen Situationen lassen sich auch Familiendramen zählen, in denen die Mutter oder der Vater, folglich die narzisstisch besetzten Personen, sterben und das Kind seine Trauer, seine Gefühlswelt, anschließend nicht ausreichend ausleben kann um den Verlust zu verarbeiten.

Folglich wird das Kind schwere Schädigungen davontragen, weil die Eltern bereits mit ihrem eigenen Selbst überfordert sind. Die nötige Aufmerksamkeit für den Sohn bzw. die Tochter kann dann nicht zu 100% gegeben werden. Söldner geht dabei davon aus, dass durch die für den Sprössling nicht-greifbaren Eltern, ein Defizit im Bereich der zwischenmenschlichen Interaktion entsteht. Solche Familien sind gekennzeichnet durch die unklare Verteilung oder das nicht-Vorhandensein, einer Bezugsperson, durch seltene, zeitunintensive bis keine Spiele und Unternehmungen, die Abwesenheit von Zärtlichkeit und dem Mangel an individuellem Interesse für das Kind.³⁹ Alles zusammengenommen erwirkt dieses Verhalten eine starke Verlustangst gepaart mit starken Selbstzweifeln.

Erfährt das Kind in einer späteren Situation ähnliche Abweisungen oder Enttäuschungen, ist die Folge womöglich eine „melancholische Verstimmung“, welche das Kind auch nachhaltig im höheren Alter prägen. Wie Söldner es darstellt, ist jener bindungstheoretische Ansatz der Psychoanalyse, „die Frustration in der oralen Phase“, die Grundlage für die Entstehung einer Depression.⁴⁰

3.2.2 Das Risiko einer depressiv, gehemmten Persönlichkeit

Kinder sind selber weniger oft von Depressionen betroffen als es Menschen in späteren Entwicklungsstadien sind. Dennoch, so beruft sich Mehler-Wex auf Essau und Petermann, scheinen bei einem Ausbruch der Krankheit die Phasen chronischer zu verlaufen als bei

³⁷ Miller 2005, S. 63

³⁸ Vergl. Söldner 1994, S. 22

³⁹ Vergl. Ebends, S. 30f

⁴⁰ Vergl. Ebenda, S. 23

Erwachsenen. Das Mittel liegt hierbei für Kinder bei durchschnittlich 30 Wochen Dauer und bei Erwachsenen bei etwa 24 Wochen.⁴¹

Was als gesichert scheint, sind die Veranlagungen bzw. die ungünstigen Prognosen für eine spätere Depression. Jedoch ist eine Ausprägung im Kindesalter bereits möglich. „Je früher der Beginn, desto ausgeprägter vermutlich die biologische Vulnerabilität, desto größer das Risiko für Rezidive im Erwachsenenalter.“⁴² Dabei hängt die jeweilige Entwicklung stark von den emotionalen und sozialen Kontakten zu Eltern und Umfeld ab. (siehe u.a. 4.2.1). Erfährt das Kind neben einer eingeschränkten Elterninteraktion noch zusätzlich eine dürftige soziale Einbettung (Ablehnung, Drangsalierung, u.ä.) besteht die Möglichkeit, dass es sich weiter abwertet (als bereits im Kontext der Elternliebe geschehen) und damit depressive Züge annehmen kann.⁴³

Die Familie als stützende Instanz fällt oftmals fort. Durch die unverteilter Strukturen, wie z.B. der Tod eines Elternteils, Scheidung oder auch Streit und Überforderung unter den Eltern, wird das Kind selber in die helfende Funktion gezogen und muss selbst Lasten tragen, welche die Eltern für sich nicht anzunehmen im Stande sind. Die Depression dient insofern dann der Entlastung der Eltern durch Rückzug und Mangel an individuellen Interessen. Dabei bleibt das ursprüngliche Gefüge der Familie womöglich auf einem minimalen Standard erhalten. Nur in dieser Formation kann das Kind die Missachtung, wie sie Söldner benennt, ertragen. Jedoch kann es „zu dieser familiären Umwelt [...] kein Vertrauen entwickeln. Es hat Angst vor den Eltern, geht nicht aus sich heraus [...]. Es hat auch keine Möglichkeit, seiner emotionalen Frustration und Wut Luft zu machen. Daran hindern es Befürchtungen und Ängste“⁴⁴, das letzte bestehende Gefüge zu zerstören. Söldner erläutert weiter, dass das Kind (der spätere Erwachsene) an seiner gesamten Existenz zweifelt und sich (zu) schnell in Frage stellt, wodurch in ähnlichen Situationen mit steigendem Alter (z.B. den Verlust „von vertrauten Personen oder bei der Konfrontation mit

⁴¹ Essau und Pertermann zit. Nach Mehler-Wex 2008, S. 176

⁴² Mehler-Wex 2008, S. 176

⁴³ Vergl. Flammer/ Alsaker 2002, S. 275

⁴⁴ Söldner 1994, S. 31f

der Außenwelt“) Selbstzweifel und Unsicherheiten die eigene Selbstständigkeit in Frage stellen werden.⁴⁵

3.3 Jugendliche im Gefühlschaos

Kinder, welche entsprechenden Unsicherheiten ausgesetzt sind, sind depressionsanfälliger als andere. Jedoch zitieren Flammer und Alsaker Harrington, wenn dieser beschreibt, dass im Grunde die Kindheit meist eher durch protektive Faktoren gekennzeichnet ist, womit die verhältnismäßig geringe Prävalenzrate von Depressionen in dieser Entwicklungsstufe zu erklären wäre. In der Jugendphase nehmen diese Faktoren hingegen ab und die eigene Selbstständigkeit, damit verbunden „eine Zunahme von Risikofaktoren“, zu.⁴⁶

Letztendlich ist die physische und psychische Weiterentwicklung in der Pubertät für die Heranwachsenden ein kritisches Thema indem sie alte Wertvorstellungen über sich und andere überprüfen und neue annehmen müssen. „Nach den ersten zwei Lebensjahren verläuft die körperliche Entwicklung nie mehr so dramatisch wie in der Adoleszenz. Diese Entwicklung verändert die persönliche Situation des heranwachsenden Menschen, indem er seinen Körper und die Reaktion anderer auf ihn auf ganz neue Art erfährt und diese neuen Erfahrungen in das bestehende Selbstkonzept integrieren muss.“⁴⁷ In eben diesem, von Ablösung bestimmten Rahmen, steigt der Stressfaktor enorm. Steinebach hat hierzu die Sicht Menzens aufgegriffen, welcher in seiner „Analyse von Problemlagen des Kindes- und Jugendalters [...] seinen Blick auf familiäre, sozial-emotionale und politische Aspekte ... [richtet]. Er nennt als Stichworte:

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. <i>zusammen oder allein sein</i> | 9. <i>beziehungslos sein</i> |
| 2. <i>ohne Zuwendung sein</i> | 10. <i>bildungslos sein</i> |
| 3. <i>überlastet sein</i> | 11. <i>sozial minderwertig sein</i> |
| 4. <i>hin- und hergerissen sein</i> | 12. <i>arbeitslos sein</i> |

⁴⁵ Vergl. Ebenda, S. 32

⁴⁶ Harrington zit. Nach Flammer/ Alsaker 2002, S. 272

⁴⁷ Flammer/ Alsaker 2002, S. 72

5. *unbetreut sein*

13. *für Rechtsradikalismus anfällig sein*

6. *orientierungslos sein*

14. *voller Angst sein*

7. *psychopathologisiert sein*

15. *dennoch optimistisch sein.*⁴⁸

8. *auf sich selbst zurückgezogen sein*

Im Zusammenspiel mit familiären Schwierigkeiten, negativen frühkindlichen Ereignissen oder auch negativen sozialen Ereignissen, können Jugendliche deutlich häufiger als Kinder an Depressionen erkranken.⁴⁹ Die genauen Zahlen sind jedoch nur schwer zu ermitteln, da in diesem Bereich erst wenige genaue Studien über Depressionen bei Jugendlichen erhoben wurden. Flammer und Alsaker berufen sich auf die Auswertung verschiedener Stichproben. In diesem Sinne berufen sie sich u.a. auch auf Studien von Merikangas und Angst, welche „auf der Basis von acht verschiedenen epidemiologischen Erhebungen in Normalpopulationen“⁵⁰ ihre Ergebnisse gewannen. Hierin wurde ein ungefährender Wert für depressive Verstimmungen bei Jugendlichen von 23% bis 50% herausgestellt. Nach Selbstangabe berichteten sogar etwa jeder vierte Junge und jedes dritte Mädchen, dass sie an einer depressiven Verstimmung innerhalb der letzten 6 Monate litten.⁵¹

Laut mehrerer epidemiologischen Studien, konnte festgestellt werden, dass bereits depressiv erkrankte Jugendliche „eine komorbide Störung aufweisen, und zwar zu einem Prozentsatz, der deutlich höher ist als bei Erwachsenen“⁵² (+/- 50%). Derselben Quelle ist zu entnehmen, dass die Komorbidität am höchsten ist für:

- Angststörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Essstörungen
- Substanzenmissbrauch

Auch Suizidversuche können aus der depressiven Störung gipfeln.

⁴⁸ Menzen zit. Nach Steinebach 2000, S. 137

⁴⁹ Vergl. Flammer/ Alsaker 2002, S. 278f

⁵⁰ Merikangas und Angst zit. Nach Flammer/ Alsaker 2002, S. 271

⁵¹ Vergl. Flammer/ Alsaker 2002, S. 271

⁵² Flammer/ Alsaker 2002, S. 171

3.4 Kinder psychisch kranker Eltern

„Ich fühlte mich für den Zusammenhalt der Familie zuständig, soweit ich mich zurückerinnern kann. Ich war die >>Gesunde<<, die immer Vernünftige, die Fröhliche, die >>Erwachsene<<. Ich war Puffer, Auffangnetz und Abfalleimer in einem.“⁵³

3.4.1 Ein erhöhtes Risiko

Es scheint wie eine umgekehrte Rollenverteilung: Kinder die ihre Eltern stützen und eigene Bedürfnisse zurückstecken. Doch genau zu diesem Phänomen kann es kommen, wenn die eigenen Eltern psychisch erkranken und bereits mit ihrem eigenen Leben genug zu tun haben als dass sie die adäquate Sorge für ihre Kinder mit abdecken können. Sie „reagieren [...] nicht verlässlich und bieten den Kindern keinen Schutz oder Trost, wenn sie ihn brauchen. Aber gerade Kinder und Jugendliche brauchen in ihrer Entwicklung verlässliche Bindungen und einschätzbare Verhaltensweisen.“⁵⁴ (hierzu sehe auch Punkt: 4.2.1) In Studien wurde bereits herausgestellt, dass bei schwer psychisch erkrankten Elternteilen Säuglinge bereits mit 3 Monaten Abweichungen vom normalen Verhalten aufweisen können. Diese Defizite treten später in allen Kindlichen Entwicklungsstufen, sowie in der Adoleszenz zu Tage, vornehmlich in der sozio-emotionalen Entwicklung.⁵⁵

Heranwachsende müssen im Zuge psychisch belasteter Eltern lernen mit verschiedensten Problemlagen umzugehen. Mattejat gibt hierzu einen Überblick und verdeutlicht damit die vielfältige Veränderung des Lebensumfeldes der Kinder.

Probleme der Kinder:⁵⁶

- *Desorientierung*
- *Zusatzbelastung*
- *Schuldgefühle*
- *Verantwortungsverschöbung (Parentifizierung)*

⁵³ Bericht von A.P. aus Mattejat/ Lisofsky 2000, S. 27

⁵⁴ Schone/ Wagenblass 2002, S. 184

⁵⁵ Vergl. Ebenda S. 19

⁵⁶ Mattejat 2000, S. 72f

- *Tabuisierung*
- *Abwertungserlebnisse*
- *Isolierung*
- *Loyalitätskonflikte innerhalb der Familie*
- *Betreuungsdefizit*
- *Loyalitätskonflikte nach außen hin*

Im Zuge dieser Belastungen sind die jungen Menschen einem stark erhöhten Risiko ausgesetzt, selber im Laufe ihres Lebens zu erkranken. Hierzu lässt sich natürlich ein erhöhtes Risiko für verschiedene Störungen nachvollziehen. In einer Studie von Remschmidt und Matthejat in Mannheim wurde der Einfluss schizophrener, sowie depressiver Eltern auf ihre Kinder untersucht. Den Ergebnissen zufolge liegt „die Rate depressiver Erkrankungen bei Kindern depressiver Eltern [...] bei etwa 23 bis 38 Prozent“⁵⁷ Das Risiko für die betroffenen Kinder an einer psychischen Störung zu erkranken ist damit, gemessen an der Lebenszeitprävalenz der Normalbevölkerung, um etwa ein zehnfaches erhöht.⁵⁸ Andere Studien können diese hohen Zahlen nicht gleichermaßen bestätigen, arbeiteten jedoch ebenfalls eine erhöhte Inzidenzrate für Risikopatienten heraus. Mehler-Wex stellt dabei eine 2-Jahres-Inzidenzrate von 8,5% heraus. Dieser Wert bezog sich auf Studien mit 12 – 18-jährigen deren Eltern depressiv erkrankt waren.

Wie Flammer und Alsaker zusammenfassen, kann sich das Risiko indes auch erhöhen, wenn die Erkrankung der Eltern noch spezifische Schweregrade aufweist. Hierzu können zählen:

- beide Elternteile haben eine affektive Störung
- ein früher Beginn der Störung
- starker Schweregrad
- hohe Komorbidität mit anderen Störungen
- viele Rückfälle⁵⁹

Mehler-Wex fasst indes noch weitere „Prädikatoren für die Inzidenz und den Verlauf depressiver Störungen“ zusammen und stellt dabei auch „Dauer und Schweregrad der elterlichen Erkrankung [...], Beginn der Erkrankung bei den Eltern, sowie Auswirkung der

⁵⁷ Schone/ Wagenblass 2002, S. 22

⁵⁸ Vergl. Ebenda, S. 22

⁵⁹ Vergl. Flammer/ Alsaker 2002, S. 274

elterlichen Störung auf das familiäre Funktionsniveau (Zusammenhalt vs. Konflikte, Scheidungen oder Trennungen, Eltern-Kind-Interaktionsprobleme)⁶⁰ in den Vordergrund.

3.4.2 ...wie die Eltern, so die Kinder?

Zahlen und grobe Umriss beschreiben immer wieder ein erhöhtes Risiko für Kinder psychisch erkrankter Eltern, aufgrund der extremen Situation selber einer ähnlichen Erkrankung zu erliegen. Dabei muss jedoch unterstrichen werden, dass auch verschiedene Einflüsse einen Krankheitsausbruch nicht bedingen können. Eine genaue Vorhersage kann natürlich nicht gegeben werden, sondern „nur“ einen Hinweis zur Erhöhten Achtsamkeit.

Gerade im Bereich der depressiven Störungen können durch ein emotional zugewandtes soziales Umfeld und/ oder vertrauensvoll, zugewandte Bezugspersonen, sowie frühe Achtsamkeit des Hilfesystems, chronische Schäden vorgebeugt bzw. abgeschwächt werden. (siehe dazu Teil 5 dieser Arbeit)

3.5 Junge Erwachsene im Kontext ihrer Erfahrungen aus Kindheit und Jugend – ein Ausblick

Sowohl persönliche Erlebnisse und familiäre bzw. soziale Verhältnisse prägen den Menschen bereits in den Kinderschuhen. Wie im vorhergegangenen Abschnitt dargestellt, agieren Heranwachsende oftmals im Kontext dieser Erfahrungen bzw. werden in ihrem Wesen stark beeinflusst.

Im Sinne eines Neuauftretens depressiver Erkrankungen, sind besonders jene im späteren Erwachsenenalter gefährdet, welche bereits in ihrer Kindheit an einer depressiven Erkrankung litten. „Das Auftreten einer Depression oder einer Angsterkrankung bei Minderjährigen induzierte bei jungen Erwachsenen bis ins vierte Lebensjahrzehnt hinein ein 2- bis 3-fach höheres Risiko, eine Angststörung oder depressive Störung auch im Erwachsenenalter auszubilden.“⁶¹

⁶⁰ Mehler-Wex 2008, S. 177

⁶¹ Pine et. Al zit. Nach Mehler-Wex 2008, S. 176

Ähnlich dem Bereich der Jugendlichen, welche sich einer erhöhten Ansammlung an Stressoren physischer und psychischer Art gegenübersehen, sind auch junge Erwachsene diesen Stressoren bedingt ausgesetzt. Unter Punkt 3 dargestellt, greifen verschiedenste Systeme und Neuordnungsprozesse dabei ineinander. Beeinflusst durch frühere Erfahrungen mit psychischen Störungen, können Strategien zur erfolgreichen Kompensation dieser Aufgaben nur eingeschränkt bis gar nicht erlernt worden sein. Ein nicht-entfaltetes Hilfenetz im Bereich der familiären und sozialen Strukturen, kann unter Umständen schwerwiegende Folgen für die jungen Erwachsenen mit sich bringen.

4. Möglichkeiten und Grenzen des psychosozialen Hilfesystems

Betroffenen, sowie Angehörigen stehen verschiedene Beratungs-, Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Die „richtige“ Herangehensweise zu finden ist dabei ein recht kompliziertes Unterfangen. Durch individuelle Ausprägungen der Krankheit oder auch Komorbidität mit verschiedenen anderen psychischen Störungen lässt sich nur bedingt ein „Standardprogramm“ herausfiltern. In das Angebot integriert sind, je nach Dauer und Schwere der Ausprägungen, ambulante, stationäre und teilstationäre Hilfen, sowie auf Langzeit angelegte Betreuungs- und Nachsorgeangebote. Soweit stellt sich ein entwickeltes Feld dar.

Aus entwicklungspsychologischer Sicht, müssen Hilfen an die jeweiligen Lebensabschnitte der Personen angepasst werden. Für Kinder und Jugendliche hat sich bereits aus dem Bereich der Kinder-/ Jugendhilfe und Kinder-/ Jugendpsychiatrie heraus ein breites Feld kooperativer Hilfen entwickelt. Ein netzwerkreiches Hilfeangebot gilt ebenfalls für Erwachsene.

Der Folgende Abschnitt soll unter anderem den Bruch im psychosozialen Hilfesystem thematisieren, welcher durch den Abriss bzw. die rein formelle Beendigung einer Hilfeinstitution auf dem Weg in eine weitere Entwicklungsstufe entsteht. Für junge

Erwachsene heißt dieses vornehmlich den Übergang aus der Jugendhilfe bzw. der Kinder- und Jugendpsychiatrie in den sehr weitreichenden Behandlungsraum der Erwachsenenpsychologie.

4.1 Überblick über die Depressionsbehandlung

4.1.1 Grundsätze

Im Sinne jeder Hilfe ist zunächst der Kernpunkt der Betrachtungen auf das Wohlbefinden des Patienten bzw. Klienten zu legen. Mehler-Wex fasst diese Bestrebungen in den folgenden therapeutischen Kernzielen zusammen:

- Abbau belastender Faktoren
- Aufbau positiver Aktivitäten
- Strukturierung des Alltags
- Förderung und Bewusstmachung vorhandener Ressourcen
- Training sozialer Kompetenzen
- Erlernen von Problemlösungsstrategien
- Modifikation negativer Perzeptions- und Interpretationsmuster
- Steigerung von Selbstsicherheit und Selbstwert.⁶²

Um dabei möglichst weitreichende Erfolge zu sichern, ist neben der grundlegenden Zusammenarbeit aus (Kinder- und Jugend)Psychiatrie mit klassischer Jugendhilfe, die Einbeziehung von co-therapeutischen Maßnahmen zu überdenken. Hierzu zählen unter anderem die Bereiche Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie, Legasthenie, Heilpädagogik oder Musik- sowie Kunsttherapie.⁶³ In diesem Sinne soll eine bestmögliche, individuelle Behandlung für den Betroffenen erreicht werden.

Zudem sind Präventionsangebote, sowie Kriseninterventionen Bestandteil des psychosozialen Hilfefeldes. Zu den Präventionsangeboten zählen dabei u.a. die frühzeitige Aufklärung der Gesellschaft über die Krankheit „Depression“, ein aufmerksames Umfeld im

⁶² Mexler-Wex 2008, S. 97

⁶³ Vergl. Ebenda, S. 153f

Bereich der Kinder- und Jugendförderung, sowie in den Bildungsbereichen, als niederschwellige Beratungs- und Informationsangebote. Niedrigschwellig und möglichst einfach erreichbar, sollen die Einrichtungen zur Krisenintervention ebenfalls sein. Bereits „Telefonseelsorgen“ bzw. „Chatseelsorgen“ dienen als Anlaufpunkt um Sorgen und Ängste anderen mitzuteilen und eventuell weiterweisende Adressen zu erhalten. Im akuten Fall können den Betroffenen Hausärzte, nervenärztliche Notdienste, sogenannte „Krisenzentren“ oder „Krisenambulanzen“ als auch Sozialpsychiatrische Dienste zur Seite stehen.⁶⁴ Hierbei kann eine direkte Weiterleitung in das Hilfenetz erfolgen.

4.1.2 Settings der Kinder-, Jugend und Erwachsenenpsychologie

Ein hier bereits oft angesprochener Behandlungsweg, besteht in der medizinischen psychosozialen Betreuung, welchen sich junge Erwachsene oftmals unterziehen müssen. Hierzu zählt nicht nur die stationäre bzw. teilstationäre Behandlung der Depression und der Begleitsymptome, sondern auch die ambulante Behandlung leichter affektiver Störungen bzw. die Absicherung der Reintegration in die Gesellschaft (Alltag, Bildungs-/Arbeitswesen, Leben und Wohnen,...).

4.1.2.1 Ambulante Behandlung

Die ambulanten Angebote stellen indes einen vergleichsweise niederschweligen Bereich von Hilfsangeboten für Betroffene, sowie deren Angehörige zur Verfügung, besonders wenn gewisse Alltagshandlungen weitestgehend noch selber erledigt werden können. Er umfasst demnach ein auf den aktiven Willen des Patienten beruhenden Arbeitsgrundsatz. „Die psychotherapeutische Arbeit findet [hier] nur in diesem zeitlich begrenzten Setting statt. Hausaufgabenbewältigung bezüglich des Alltagstransfers und Rückmeldungen über Erfolge und Misserfolge oder Frustrationen beruhen nahezu ausschließlich auf den Berichten des Patienten, so dass Motivation, Kooperationswille und Offenheit für den Therapieerfolg von großer Wichtigkeit sind.“⁶⁵ Gerade bei jungen Besuchern dieser Dienste ist zu beachten,

⁶⁴ Vergl. Mahnkopf 2007, S. 98

⁶⁵ Mehler-Wex 2008, S. 157f

dass die Einbeziehung der Sorgeberechtigten in die aktive Behandlung von großer Bedeutung ist. Ihre Kooperation kann für den Erfolg der Hilfe von großer Bedeutung sein.

Den Bereich der ambulanten Hilfen vertreten unter anderem Sozialpsychiatrische Dienste oder offene Tagesstätten (heutzutage auch in gemeindepsychiatrischen Zentren zusammengefasst) verschiedener Träger. Hier werden oftmals weitere soziale Gruppenaktivitäten und Beschäftigungsmöglichkeiten angeboten.

4.1.2.2 Teilstationäre Behandlung

Eine teilstationäre Behandlung kann ebenfalls bei Depressionen mit geringerem Schweregrad ratsam sein. Den Patienten kommt hierbei eine alltagsnahe, bzw. auch familienorientierte Schwerpunktsetzung zu Gute. Durch diese Tendenz können familienbezogene Probleme interaktiv aufgearbeitet werden, so dass zwingen das soziale Umfeld, bzw. die Bezugspersonen mit einbezogen werden sollten.

„Das teilstationäre Setting fordert [ebenfalls] einen [hohen] Aktivierungsgrad und kann im Vergleich zum vollstationären Rahmen Rückzugs- und Ruhezeiten nur begrenzt einräumen.“⁶⁶ Bei drohender Überforderung sollte diese Variante der Behandlung entweder stark umstrukturiert oder in ein anderes Setting transferiert werden.

4.1.2.3 Stationäre Behandlung

Wenn für eine Person eine akute Suizidgefahr besteht, ist ein stationäres Unterbringen meist nicht zu umgehen. Gerade bei Kindern und Jugendlichen sollte das Gefahrenpotential frühzeitig eingeschätzt werden.

Für „psychotisch-depressive Patienten, etwa mit akustischen Halluzinationen und Wahnideen, ... [gilt] in der Regel“⁶⁷ die stationäre Unterbringung als nötig. Des Weiteren ist die Behandlung angemessen, wenn die selbstständige häusliche Versorgung durch die

⁶⁶ Ebenda, S. 94

⁶⁷ Berger 1999, S. 529

Person selber nicht mehr realistisch ist (z.B. bei allein stehen, älteren Menschen), bzw. sie aufgrund dessen droht zu verwahrlosen. Damit Verbunden kann z.B. die krankheitsverbundene somatische Gefährdung von Leib und Leben, aufgrund vergessener Flüssigkeits- bzw. Nahrungsaufnahme sein.

Ist der Patient daheim hoch belastenden Situationen ausgesetzt (z.B. starke familiäre Probleme) oder hat bereits eine länger andauernde, ergebnislose ambulante Behandlung stattgefunden, ist dieser Schritt ebenfalls denkbar.⁶⁸ Generell bleibt dann dem Patienten zu vermitteln, dass die Maßnahme eine Entlastung seinerseits darstelle und ihn aus teils erdrückenden Arbeits- und Familienverhältnissen auffangen kann.

Mehler-Wex stellt indes für Heranwachsenden heraus, dass auch schwerwiegende Traumata, akute Krisen oder ein nicht mehr zu bewältigender Schul- bzw. Ausbildungsbesuch die Aufnahme in ein stationär betreutes System rechtfertigen kann. Als schwerwiegend, sind Situationen mit einem Kindeswohl gefährdendem Hintergrund zu betrachten. In diesem Fall wird, zu einer hohen Wahrscheinlichkeit, die Jugendhilfe als unterstützendes Organ mit einbezogen werden. Fortführend dessen, reiht sich die Thematik der jungen Menschen mit psychisch kranken Elternteilen mit in dieses Themengebiet ein. Hier bleibt zu beurteilen in wie weit die Sorgeberechtigten weiterhin für das Wohl des Kindes sorgen können.

4.1.3 Therapiemöglichkeiten

Zusammenfassend lässt sich bereits zu Beginn sagen, dass sich ein breites Netz von Behandlungsmöglichkeiten für die verschiedenen Ausprägungen von Depressionen entwickelt hat. Von individual-therapeutischen Angeboten, zur Einbeziehung des familiären und sozialen Umfeldes, bis hin zur Reintegration in das bestehende Bildungs- und Arbeitsfeld sind vielfache Möglichkeiten vorhanden.

Bezugnehmend auf unterschiedliche, entwicklungsbedingte Ausprägungen der Krankheit, lassen sich im Fächer von Kinder- und Jugendpsychiatrischen Angeboten teils sensiblere

⁶⁸ Vergl. Ebenda, S. 529

Hilfen wiederfinden, welche die familiäre Unterstützung und Kooperation enger fordern als in der Erwachsenenpsychologie.

Unter den wichtigsten, im ambulanten sowie (teil-)stationären Bereich, eingesetzten Therapiemöglichkeiten, seien indes die folgenden aufgeführt. Dabei ist zu beachten, dass die einzelnen Module individuell kombiniert und abgewägt werden müssen und nie einen einhundert prozentigen Erfolg der Maßnahme versprechen können. Nahezu alle Angebote können in allen Settings angeboten werden.

Antidepressiva

-Werden im Zuge der Akutbehandlung bei depressiven Episoden eingesetzt.

Erhöhen die Chance, dass die Patienten bereits innerhalb eines Monats remittieren.

Besitzen teils hohe Nebenwirkungen und werden i.d.R. nicht ohne eine gleichzeitige psychotherapeutische Behandlung verschrieben. (vergl. *Berger 1999, S. 530ff*)

Interpersonelle Psychotherapie (IPT)

Grundgedanke: „eine kurzzeitige pragmatisch-alltagsnahe Bearbeitung zwischenmenschlicher Dysfunktionen“ um einen Handlungsspielraum zu schaffen damit akute Spannungen (eventuelle Depressionsauslöser/ -erhalter) abgebaut werden können. (vergl. *Mehler-Wex 2008, S. 108*)

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)

Konzept, welches den Patienten einen lösungsorientierten, strukturierten und positiv gestimmten Denk- und Handlungsansatz vermittelt um negative Stressoren und einseitige depressive (absolute) Denkansätze abzubauen. (vergl. *Mehler-Wex 2008, S. 102ff*)

Paar- und Familientherapeutische Ansätze

Psychoedukativer Ansatz mit Einbeziehung, Information und Aufklärung von Angehörigen über das Erscheinungsbild der depressiven Erkrankung.

Wenn depressionsfördernde Ehe- oder Familienkonflikte bestehen sollten diese thematisiert und im therapeutischen Setting bearbeitet werden. (vergl. *Berger 1999, S. 543*)

Gruppentherapie und soziales

Kompetenztraining

Die Gruppe fungiert als kurzzeitige Erweiterung des sozialen Netzwerkes, in dem jeder von den Erfahrungen des anderen lernen kann. (vergl. *Berger 1999, S. 543f*)

Das Training umfasst die positive und negative

Schlafentzugstherapie

Kompletter bzw. partieller Schlafentzug erwirkt am Tag darauf eine deutliche Besserung der Symptome da Schlaf allgemein intensivierend auf depressive Symptome wirkt.

Kann u.U. zur Überbrückung bei

Selbstbehauptung, das Erkennen von sozialen Signalen, Ausdruck von Emotionen, Steigerung der Kontaktfähigkeit, u.a. (vergl. Mehler-Wex 2008, S. 110)

Neuverschreibung von Antidepressiva verwendet werden. (vergl. Berger 1999, S. 536ff)

Arbeitstherapie bzw. schulisch/ berufliche Förderung

Zur Überprüfung der Belastbarkeit bzw. Leistungsfähigkeit kann „aufbauend auf ergotherapeutischen Maßnahmen realitätsnahe Arbeitsbedingungen erstrebt“ werden um eine später mögliche Reintegration in das Arbeitsleben zu ermöglichen. (vergl. Mehler-Wex 2008, S. 155) (Bsp.: Werkstätten für Behinderte Menschen)

Durch „autogenes Training“ (Relaxation mithilfe standardisierter Selbstinstruktionsformeln) oder auch „progressive Muskelrelaxation“ (bessere Wahrnehmung von Anspannung in bestimmten Muskelregionen und bewusste Entspannung dieser) ein Gefühl der Ruhe herbeiführen um Stress abzubauen. (vergl. Mehler-Wex 2008, S. 114f)

Spieltherapie – bei Kindern

Gefühle, Handlungen und Gedanken können vom Kind geleitet in das Spiel übertragen werden. „Schaffung eines sicheren Rahmens, damit sich das Kind zur >>Selbstentdeckung<< quasi frei entfalten kann“ – Förderung der „Selbst- und Beziehungsreflexion, sowie des Ausdrucksvermögens“. (Mehler-Wex 2008, S.118)

Ethyme Methoden

Positive Stimuli der Sinne um seine Lebensfreude wiederzugewinnen.
Genusstraining (vergl. Mehler-Wex 2008, S.97)

Behandlung von Begleitsymptomen

Durch psychosozialen Stress können verschiedene Symptome der Depression auftreten, welche es gilt durch entspannende Techniken, die Absprache von Konzepten (z.B. Zeitplan erstellen), körperlich-neurologische Untersuchungen und angepassten Therapiemaßnahmen entgegenzuwirken.

Beispiele für Begleiterscheinungen: somatische Symptome, Schlafstörungen, Appetitverlust, Angst, posttraumatische Belastungsstörungen. (vergl. Mehler-Wex 2008, S.119ff)

Reintegrative Maßnahmen

Um Patienten in ein weitestgehend selbstbestimmtes Leben zurückzuführen, können auf den Alltag vorbereitende Maßnahmen entworfen werden. Zu diesen können z.B. betreute Wohngruppen bzw. betreutes Wohnen gehören.

4.2 Handlungswege der Jugendhilfe

„Die Betreuung von Kindern und Jugendlichen in psychosozialen Problemlagen gehört zum grundsätzlichen Pflichtaufgabenkreis der Jugendhilfe. Jugendhilfe setzt ein, im Sinne einer Ausfallbürgschaft für die Familien mit vielfältigen Erziehungshilfen zur Förderung, Bildung, Pflege und Erziehung von Kindern und Jugendlichen.“⁶⁹ In diesem Sinne lassen sich grundsätzliche Regelungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG), eingebettet als Teil VIII in das Sozialgesetzbuch, finden. Dabei umfasst der Hauptteil des Gesetzes die Bereiche der Förderungen und der Hilfen für junge Menschen.

Kinder und Jugendliche, welche an einer Depression erkrankt sind, werden zunächst in psychotherapeutische Angebote vermittelt. Ist das Wohl des Kindes gefährdet aufgrund von familiären Defiziten, können individuelle, geeignete Hilfen für die Sorgeberechtigten beantragt werden. Hierbei können strukturierende Erziehungshilfen zum Zuge kommen, welche das familiäre Miteinander erleichtern und die Eltern-Kind Beziehung verbessern sollen.

„Der Personensorgeberechtigte und das Kind oder der Jugendliche sind vor der Entscheidung über die Inanspruchnahme einer Hilfe und vor einer notwendigen Änderung von Art und Umfang der Hilfe zu beraten und auf die möglichen Folgen für die Entwicklung des Kindes oder des Jugendlichen hinzuweisen.“ (§36 Abs.1)

4.2.1 Fördermaßnahmen

Jugendarbeit (§11 SGB VIII), sowie Jugendsozialarbeit (§12 SGB VIII) umreißen die allgemeinen Fördermaßnahmen, welche grundsätzlich allen Kindern und Jugendlichen zugänglich gemacht werden sollen. In diesen Rahmen fallen vielschichtige Bildungsangebote (Abs.3 Nr.1), freizeitgestaltende Maßnahmen (Abs.3 Nr.2), Jugendarbeit mit Arbeits-/ Schul- und Familienbezug (Abs.3 Nr.3), internationale Kontakte pflegen (Abs.3 Nr.4), Erholungsangebote bereiten (Abs.3 Nr.5) als auch beratend den Jugendlichen zur Seite zu stehen. Die Niederschwelligkeit dieser Angebote ist dabei anzuraten.

Um soziale Benachteiligungen auszugleichen und um Tendenzen zu ungleicher Behandlung benachteiligter Personengruppen positiv entgegenzuwirken, dient die Jugendsozialarbeit als

⁶⁹ Cobus-Schwertner 1990, S. 78

gezielt förderndes Mittel. Die Maßnahmen sollen zudem präventiv wirken um Belastungssituationen von vornherein entgegenzustehen. So können gerade Heranwachsende mit depressiven Verstimmungen in einen niederschweligen Aktionsraum einbezogen werden, welcher soziale Kontakte und Aktivierungspotential verspricht. Durch die professionelle Anleitung und Begleitung der Angebote werden gezielt auffällige junge Menschen angesprochen und damit gleichzeitig Beratungsangebote vermittelt. Bei Verdacht einer psychischen Störung kann das bestehende Netzwerk genutzt werden um so den Klienten in das psychosoziale Hilfenetzwerk überzuleiten.

4.2.2 Hilfen

Im Weiteren umfassen Angebote der Jugendhilfe auch subjektiv, einklagbare Hilfen nach §27ff SGB VIII. Sie können gezielt in Familien installiert und sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden. Dabei umfassen die ambulanten „Hilfen zur Erziehung“ (HZE - §27ff) die zumeist eng strukturierte Arbeit von professionellen Sozialpädagogen mit Problemfamilien. In der Arbeit mit psychisch kranken Eltern ist dieses oft ein wichtiges Mittel, um Familienstrukturen erhalten zu können oder weiterführende Hilfsangebote zu vermitteln. Des Weiteren werden Richtlinien zum Kinderschutz überprüft, damit in Notfällen schnellstmöglich Schutzmaßnahmen eingeleitet werden können. Sozialpädagogische Familienhilfen (§31) werden indes eingesetzt um den Sorgeberechtigten Hilfestellungen in Erziehungs- und Alltagsfragen zu bieten. Bei Kindern mit depressiven Erkrankungen, welche nicht im stationären Umfeld behandelt werden müssen, bedeutet dies „Hilfe zur Selbsthilfe“. Eltern lernen, die Stimmungen und Verhaltensweisen des Kindes im krankheitsbedingten Kontext zu sehen, sowie eigene Beiträge zur Entwicklung der Krankheit zu erkennen. Die „Mitarbeit der Familie“ ist damit im höchsten Maße gefordert.

Bei einer akuten Gefährdung des Kindeswohls, u.a. im Falle beeinträchtigender psychischer Störungen, ist es möglich, Heranwachsende aus der Ursprungsfamilie herauszunehmen und anderweitig unterzubringen. Dabei ist der Situation entsprechend abzuwägen, ob die Unterbringung in einer kurz- bzw. langzeitpflegenden Pflegefamilie oder einer Einrichtung der Kinder- und Jugendhilfe stattfinden soll. Diese Maßnahmen sind sinnvoll, wenn die

Eltern bzw. die Sorgeberechtigten des Kindes sich in einer psychischen Krise befinden und eine aktive und angemessene Förderung des Heranwachsenden nicht mehr gewährleistet werden kann. Ist das der Fall, können Vollzeitpflege (§33) oder Heimerziehung bzw. betreute Wohnformen (§34) als „Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie“ angesehen werden.

4.3 Rechtsanspruch auf Hilfen

Menschen haben einen Rechtsanspruch auf Hilfen, wenn Ihre Partizipation im normalen Leben gefährdet ist. Dazu ist im SGB IX, (Rehabilitation und Teilhabe) geregelt, dass Menschen behindert sind, „wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist.“ (§2 Abs. 1) In diesem Bereich haben spezifisch die Kinder und Jugendlichen selber den Anspruch auf Hilfe und nicht übertragener Weise die Personensorgeberechtigten. Im Falle junger Menschen kommt damit ein Anspruch nach §35a SGB VIII (Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche) in Frage. Dem Umfang der Leistungen entsprechend können beantragt werden:

- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§26 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (§33 SGB IX)
- Leistungen zur Teilhabe an der Gemeinschaft (§55ff SGB IX)⁷⁰

„Die zugrunde liegende Störung muss nach dem geltenden internationalen Klassifikationsschema, derzeit ICD-10, festgelegt sein und nach Abs.1 Satz1 Nr.1 des §35a >>Krankheitswert<< besitzen.“⁷¹ Damit umfasst es keine Störungen, welche z.B. durch ein familiäres Problemklima bedingt sind und im Rahmen einer entsprechenden Leistung der Jugendhilfe gebessert werden können.

⁷⁰ Vergl. Mroczynski 2009, S. 245

⁷¹ Mehler-Wex 2008, S. 163

Als Träger der Leistungen kommen je nach angesprochenem Hilfesystem unterschiedliche Rehabilitationsträger, u.a. Krankenkassen und öffentliche Jugendhilfe, zum Tragen. (§6 Abs.1 SGB IX in Verb. mit §4 SGB IX)

4.4 Ein irritierendes Hilfesystem

Wie zu Beginn des fünften Kapitels bereits erwähnt wurde: das eigentliche Hilfenetz ist recht weit ausgebaut. Ebenfalls kooperieren verschiedene Dienste, Institutionen und Helfer miteinander. Dennoch gibt es Lücken im psychosozialen Netzwerk. Diese Lücken sind ungewollt gemünzt auf die spezifischen Bedürfnisse von jungen Erwachsenen, welche sich in einer Übergangsphase zwischen Adoleszenz und Erwachsenenstatus bewegen.

Der Rahmen dieser Thematik wird bereits in der Literatur aufgegriffen – wenn auch nur sehr vereinzelt. Ebenso finden sich in einigen Bereichen spezielle Angebote, wie Wohngruppen oder Arbeitsprojekte, welche diese Altersgruppe gezielt fördern und unterstützen.

4.4.1 Problembereich: Alltagsgestaltung

Betrachtet man die „Karriere“ vieler depressiver junger Erwachsener, so lassen sich bereits in früheren Lebensabschnitten einschneidende Erlebnisse finden, welche zu einem Kontakt mit dem psychosozialen Netzwerk geführt haben. Vorbelastet durch frühkindliche Entwicklungsdefizite und damit verbunden eine instabile, bindungsarme familiäre Situation, kamen viele in den (Langzeit-)Kontakt mit „stationärer Jugendhilfe und/oder Psychiatrie.“

„Aufgrund des frühen Erkrankungszeitpunktes [verfügen] sie weder über ausreichende Erfahrungen in jugendlicher Lebenswelt, noch [können] sie altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben [...] gerecht werden.“⁷² Im Zuge dessen fehlt ihnen ein wichtiger Teil für ein funktionales Alltagsleben: Selbstbewusstsein und Selbstbehauptung. Der erhöhte Betreuungsbedarf wurde durch Jugendhilfemaßnahmen abgedeckt und auch der Kontakt zu den Eltern oftmals aufrechterhalten. Problematisch wird es nun, da sich die Jugendhilfe

⁷² Das Bundesministerium für Gesundheit/ Modellprojekt Nachsorgendes Wohnen 1993, S.2

entziehen muss und keine strukturierenden Hilfen mehr abdecken kann. Ebenso gelten für die psychiatrische Weiterbehandlung die Richtlinien der Erwachsenenpsychiatrie.

Familiäre Unterstützungen durch Jugendhilfemaßnahmen können in der Regel bis zum 18. Lebensjahr gewährt werden.⁷³ Darüber hinaus ist eine „Hilfe für junge Volljährige“ nach §41 SGB VIII möglich, „wenn und solange die Hilfe aufgrund der individuellen Situation des Menschen notwendig ist.“ In diesem Sinne kann die Hilfe bis zum 21. Lebensjahr fortgeführt werden. Über das 21. Lebensjahr hinaus ist es möglich im Einzelfall eine Beratung und Unterstützung anzubieten. Ab dem 27. Lebensjahr müssen auch diese Maßnahmen eingestellt werden. Das Ende der Gültigkeit des KJHG ist erreicht.

Im Angesicht der knappen zu vergebenden Mittel in der heutigen Jugendhilfe scheint in der Praxis eine wirklich effektive Nachbetreuung oft auszubleiben. Da dargebotene Hilfen hoher finanzieller Aufwendungen bedürfen, kommt es dazu, dass Maßnahmen nur ersatzweise genehmigt werden können. Infolgedessen werden mehr Fördermaßnahmen angeboten, in die sich die jungen Erwachsenen nach Bedarf und Freiwilligkeit einreihen können.

Ähnliche Strukturen lassen sich in der Psychiatrie wiederfinden. Auch hier obliegt eine grundsätzliche Förderung für Jugendliche bis 18 Jahren der gesetzlichen Krankenkassenzuständigkeit. Andererseits kann der „Kinder- und Jugendpsychiater [...] Kinder und Jugendliche [bis] 21 Jahren behandeln und wenn nötig auch länger betreuen.“⁷⁴ Die weiterführende Betreuung erfolgt dann oftmals durch Sozialpsychiatrische Dienste bzw. im Rahmen erwachsenpsychologischer Richtlinien. Kompliziert wird es hier jedoch, wenn der junge Erwachsene nicht schon in Kindheit oder Adoleszenz selber erkrankt, sondern erst im Übergangsalter aufgrund ungewohnter Belastungen krank wird. In diesem Fall ist eine Behandlung unter Jugendpsychiatrischen Aspekten kaum noch möglich. Die Folge sind Überforderungsproblematiken im Alltag und damit verbunden ähnliche Probleme im Rahmen der Erwachsenenpsychiatrie.⁷⁵

⁷³ JUGENDhilfe greift bis zum Ende der Jugendzeit, welche nach Definition aus §7 Abs. 1 Nr.2 SGB VIII mit Erreichen des 18. Lebensjahr endet

⁷⁴ URL 1 - Kinderpsychiatrie

⁷⁵ Vergl. Das Bundesministerium für Gesundheit/ Modellprojekt Nachsorgendes Wohnen 1993, S.2f

4.4.2 Problembereich: Arbeitswelt

Ein weiterer Bereich, welcher eventuelle Defizite beinhaltet, befasst sich mit dem Status der jungen Erwachsenen, welcher in der heutigen Zeit oftmals über den Punkt „Arbeit“ definiert wird. In einer Schrift des Bundesministeriums für Gesundheit wird hierzu Bennett zitiert:

„Für den psychisch Behinderten ist es einfacher, Erfolg in der Gesellschaft durch Arbeit zu erlangen als durch die Gründung einer Familie oder durch soziale Lebensweise. Nur wenige werden Ehemänner oder Ehefrauen sein, werden Mitglieder von Fußballvereinen oder Kirchenvorständen werden, aber viele von ihnen werden in der Lage sein, zu arbeiten. Dies ermöglicht ihnen einen sozialen Zugang zur Gesellschaft.“⁷⁶

Geregelte Arbeit besitzt ebenfalls eine tagesstrukturierende Wirkung und ermöglicht soziale Kontakte. Im Bereich der affektiven Störungen können jedoch schnell diese Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden, da Patienten in einer depressiven Episode sich vielmals nicht in der Lage sehen, einer Arbeit im geregelten Maße nachzukommen. Zudem gelten für den Erhalt eines Arbeitsplatzes noch weitere Richtlinien als die bloße Arbeitsbereitschaft. Weitere Voraussetzungen an die Person sind:

- „sozialisationsbedingte Voraussetzungen,
- Lebensalter,
- Qualifikation,
- Mobilitätsbereitschaft,
- Selbstwertgefühl,
- Bisherige Erfahrungen mit Arbeitslosigkeit [verarbeiten können],
- Soziale und materielle Bindungen,
- Bewältigungsstrategien.“⁷⁷

In einer langanhaltenden Hilfekarriere bzw. bei Erkrankung im Rahmen der Schul- bzw. Berufsausbildung, wird nahezu keiner dieser Fähigkeiten mit Sicherheit und effektiver Krisenerprobung erlernt. Ein „normaler“ Berufseinstieg scheint somit in weite Ferne zu geraten. Die Hilfen der Erwachsenenpsychiatrie sind im Grunde gezwungen, eine

⁷⁶ Bennet zit. Nach Das Bundesministerium für Gesundheit/ Modellprojekt Arbeit und Ausbildung 1993, S.35

⁷⁷ Das Bundesministerium für Gesundheit/ Modellprojekt Arbeit und Ausbildung 1993, S.38

engmaschige Hilfe zu weben, welche eine Art Grundlage zum Arbeitsleben bilden sollen. Möglich sind arbeitsfördernde Maßnahmen, wie Hilfe zur Nachholung eines Bildungsabschlusses oder Arbeitstherapie. Die Qualität dieser Maßnahmen ist jedoch vielmals auf eine breitere Masse psychisch kranker Menschen (Erwachsener) ausgerichtet, welche sich bereits im Umfeld „Arbeit“ auskennen und auch die Qualitäten dieser schätzen können. Junge Erwachsene hingegen sind oft gezeichnet von Fehlschlägen oder Abbrüchen (bezogen auf Schul- und Berufsausbildung).⁷⁸ Eine enge Anbindung war zuvor noch im Rahmen der Jugendhilfe gegeben, da in diesem Bereich ein Netzwerk zusammenarbeitender Fachkräfte (u.a. aus Bildung und Förderung) besteht. Nach Beendigung dieser Hilfen bleibt meist die reguläre Einordnung in grobmaschigere Hilfen übrig. Die Depressionsbehandlung kann sich folglich in diesem Maße zusätzlich verlängern oder verkomplizieren.

4.4.3 Problembereich: soziales Ansehen

Arbeit, Wohnen, Alltag – soziales Miteinander. Werte, welche ein geregeltes, „normales“ Leben bestimmen und von dem wir für gewöhnlich Vorstellungen besitzen, wie jemand sie bewältigen sollte. Im Falle der Annahme von sozialen Hilfen bleibt der Hauch eines Stigmas zurück, welcher dem Menschen, der die Hilfe benötigt, angerechnet wird.

Dieses Phänomen wird das psychosoziale Hilfesystem wohl kaum ausblenden können. Präventiv wird Aufklärung betrieben – Angehörige informiert, in Schulen dargestellt was psychische Krankheiten mit sich bringen oder die allgemeine Bevölkerung dafür sensibilisiert, welche Einschränkungen psychische Störungen bedeuten. Dennoch lassen sich heutzutage etliche haftende Vorurteile finden. Gerade Depressionen kommen dabei schnell in negativen Verruf, da jeder die angeblichen Ausmaße zu kennen scheint. Traurigkeit, Niedergeschlagenheit oder Antriebslosigkeit hat jeder bereits erlebt und meint daher, eine depressive Erkrankung einschätzen zu können. Die Folge für stigmatisierte Erkrankte findet sich in Aussagen wie:⁷⁹

„Der will doch bloß nicht.“/ „Er müsste sich nur mal anstrengen.“

⁷⁸ Vergl. Das Bundesministerium für Gesundheit/ Modellprojekt Nachsorgendes Wohnen 1993, S.69f

⁷⁹ Vergl. Mahnkopf 2007, S. 130

„Als wenn das sowas besonderes wäre, gestern war mir doch genauso!“

Solche Situationen sind stark verletzend für den Betroffenen und tragen nicht dazu bei das Selbstbewusstsein zu stärken. Für junge Erwachsene bedeutet dieses Stigma weitere Demotivation auf ihrem Weg zu sozialer Anerkennung. Konnte durch Jugendhilfe und -psychiatrie das eigene Selbstwertgefühl nicht ausreichend gestärkt werden, fördern solche vorurteilsbehafteten Aussagen den Bedarf nach intensiverer Betreuung. Der Teufelskreis schließt sich indem z.B. eigene Kinder aufgrund der persönlichen Überforderung in das gleiche, belastete Hilfenetz aufgenommen werden. Einen Problembereich, den Grundmethoden der Erwachsenentherapie nicht ausreichend erfassen, liegt damit in der frühzeitigen Stigmatisierung und damit einhergehenden Demotivation. Das begünstigt negative Zukunftsperspektiven junger Erwachsener, welche das Hilfesystem in der Hoffnung auf Hilfe und soziale Integration betreten haben.

Fazit

Eine Erinnerung kann einem Menschen nicht genommen werden, ebenso wenig wie eine verinnerlichte Erfahrung. Der Umgang unserer Eltern und engsten Bezugspersonen prägt uns damit unwiderruflich. Leider ist es nicht jedem Kind bzw. jedem Jugendlichen gegönnt in einer behüteten Umgebung aufzuwachsen. Gerade durch überbeanspruchte Eltern, die ihre eigene Überforderung nicht kompensieren können, droht oftmals eine sehr frühe Schädigung für Kindern, welche im höheren Lebensalter in eine Depression münden kann. Kinder und Jugendliche sind in ihrem eigenen Lebensumfeld bereits stark gefordert und kompensieren in der Krankheit ihre dann eigenen Grenzen.

Unter Umständen jedoch kann auch nur die Enttäuschung und Verletztheit in der Person bleiben, so dass ein weitestgehend normales Leben oder ein Leben mit unterstützenden Hilfen für die Familie möglich ist. Kommt es dann jedoch zu einem Punkt an dem erneute Unsicherheiten auftauchen, Strukturen wegbrechen und neue Wege gegangen werden müssen, können diese Auslöser den Ausbruch der Krankheit ebenso bedingen. Junge Erwachsene befinden sich in eben solch einer Spannungssituation, welche geprägt ist von raschen Entscheidungen, Lebensplanänderung, Ablösungsprozessen und Findung des eigenen Selbst.

Im Falle der Erkrankung an einer affektiven Störung, sei es in früheren Entwicklungsstadien oder erst zum Ende der Adoleszenz, kommen weitere Störfaktoren hinzu. Neben der eigenen Unsicherheit mit sich selber, bleibt auch die Umwelt seltsam fremd zurück. In diesem Fall können Hilfen der psychiatrischen Dienste angenommen werden um eine Begleitung und Langzeitbetreuung zu arrangieren. Den engsten Bereich der Familie nimmt sich dabei im Kindes- und Jugendalter die Kinder- und Jugendhilfe an. Ein Puzzle aus stützenden, strukturierenden, fördernden und therapierenden Hilfen ist die Konsequenz. Doch Jugendhilfe muss zum Ende der Adoleszenz auslaufen.

Gewisse Brücken können die Gefahr eines zu schnellen Abbruchs der Strukturen verringern und damit Sicherheiten bieten. Im Falle der durchschnittlichen Behandlung fallen hier

jedoch noch viele Klienten durch und sind rapide auf sich selbst gestellt – erwachsen werden in einem Schritt.

Psychiatrische Einrichtungen können hingegen Unterstützung im Bereich der klinischen Hilfen bieten. Durch Therapiemaßnahmen verschiedener Art können ebenfalls relevante Bereiche aus dem sozialen Umfeld des Klienten positiv unterstützt werden. Hier kann sich jedoch eine Überforderungssituation einstellen, wenn der Patient noch nicht in seiner neuen Rolle als „Erwachsener“ angekommen ist. Dann zählt ein hohes Engagement der Beteiligten, um den Spagat zwischen relevanten Leistungen der Psychiatrie und persönlichen Fähigkeiten des Patienten zu meistern. Ohne Flexibilität im Hilfenetz können folglich die noch offenen Löcher zu Irritationen und Missverständnissen führen. Junge Erwachsene verdienen eine gesonderte Beachtung als Entwicklungsstufe und daraus folgernd die nötige Sensibilität im Bereich der psychosozialen Betreuung.

Literaturquellen

- Berger, Mathias: Affektive Erkrankungen. In: *Berger, Mathias (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie*. Urban/ Schwarzenberg 1999. S. 483-566
- Chisholm, Lynne: Junge Erwachsene zwischen Phantom und Realität. In: *Walther, Andreas (Hrsg.): Junge Erwachsene in Europa. Jenseits der Normalbiographie?* Opladen 1996 S.39-52
- Cobus-Schwertner, Inge: Zum Problem der Definition jugendpsychiatrischer Behandlungsbedürftigkeit. In: *Gintzel, Ullrich/ Schone, Reinhold (Hrsg.): Zwischen Jugendhilfe und Jugendpsychiatrie. Konzepte – Methoden – Rechtsgrundlagen*. Münster 1990, S. 78-89
- Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Modellprojekt Arbeit und Ausbildung für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene im Modellverbund „Psychiatrie“. Bd.: 26. Baden-Baden 1993
- Das Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Modellprojekt Nachsorgendes Wohnen für psychisch kranke Jugendliche und junge Erwachsene in Verbindung mit tagesstrukturierenden Hilfen zum Integrativen Reha-Projekt Wohnen-Arbeit-Freizeit (WAF) im Modellverbund „Psychiatrie“. Bd. 48. Baden-Baden 1993
- Deutsch, Werner/ Krause, Karin: Was heißt Erwachsenwerden?. In: *Schneider, Hartmut (Hrsg.): Lieben und Arbeiten. Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Heidelberg 1999 S.11-22
- Dilling, H./ Mombour, W./ Schmidt, M.H. (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-Diagnostische Leitlinien. Bern 2005
- Flammer, August/ Alsaker, Françoise: Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Die Erschließung innerer und äußerer Welten im Jugendalter. Bern 2002

- Holm, Soeren/ Burgess, Stephen: Interventionen und Ethischer Kontext. In: *Stoppe, Gabriela/ Bramesfeld, Anke/ Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin/ Heidelberg 2006 S. 305-326
- Mahnkopf, Angela: Umgang mit depressiven Patienten. Bonn 2007
- Mattejat, Fritz: Kinder mit psychisch kranken Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: *Mattejat, Fritz/ Lisofsky, Beate (Hrsg.): ...nicht von schlechten Eltern. Kinder psychisch Kranker*. Bonn 2000, S. 66-78
- Mehler-Wex, Claudia: Depressive Störungen. Manuale psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Heidelberg 2008
- Miller, Alice: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst. Frankfurt am Main 2005
- Mrozynski, Peter: SGB VIII. Kinder und Jugendhilfe. Kommentar. München 2009
- Pais, José Machado: Erwachsenwerden mit Rückfahrkarte? Übergänge, biographische Scheidewege und sozialer Wandel in Portugal. In: *Walther, Andreas (Hrsg.): Junge Erwachsene in Europa. Jenseits der Normalbiographie?* Opladen 1996 S.75-92
- Sardei-Biermann/ Sabine, Kanalas, Ildiko: Lebensverhältnisse von Jugendlichen und jungen Erwachsenen. In: *Gille, Marina u.a.(Hrsg.): Jugendliche und junge Erwachsene in Deutschland. Lebensverhältnisse, Werte und gesellschaftliche Beteiligung 12- bis 29-jähriger*. Wiesbaden 2006 S.23-86
- Schneider, Hartmut: Affektive Störungen im jungen Erwachsenenalter. In: *Schneider, Hartmut (Hrsg.): Lieben und Arbeiten. Der junge Erwachsene und der Ernst des Lebens*. Heidelberg 1999 S. 41-58
- Schone, Reinhold/ Wagenblass, Sabine: Wenn Eltern psychisch krank sind.... Kindliche Lebenswelten und institutionelle Handlungsmuster. Münster 2002

Söldner, Manfred L.: Depression aus der Kindheit. Familiäre Umwelt und die Entwicklung der depressiven Persönlichkeit. Göttingen/ Zürich 1994

Steinebach, Christoph: Entwicklungspsychologie. Stuttgart 2000

Stoppe, Gabriela/ Bramesfeld, Anke: Einführung. In: *Stoppe, Gabriela/ Bramesfeld, Anke/ Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin/ Heidelberg 2006, S.1-14

Walther, Andreas: Junge Erwachsene in Europa: Eine neue Lebensphase oder Übergang auf Dauer? In: *Walther, Andreas (Hrsg.): Junge Erwachsene in Europa. Jenseits der Normalbiographie?* Opladen 1996 S. 9-38

Wittchen, H.-U./ Jacobi, F.J.: Epidemiologie. In: *Stoppe, Gabriela/ Bramesfeld, Anke/ Schwartz, Friedrich-Wilhelm (Hrsg.): Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven*. Berlin/ Heidelberg 2006, S.15-38

Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 – Statistisches Bundesamt (Eheschließungen und Ehescheidungen)

URL:

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/EheschliessungenScheidungen/Tabellen/Content50/Eheschlie_C3_9FungenScheidungen,templateId=renderPrint.psml

[Stand: 27.05.2010]

Verzeichnis der Internetquellen

URL 1: Kinderpsychiatrie

<http://www.kinderpsychiatrie.de/aufgabengebiete/>

[Stand: 12.06.2010]

Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Bachelorthesis selbstständig und ohne Benutzung anderer als die angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Inhalte und Gedanken fremder Quellen sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungskommission vorgelegt.“

Neubrandenburg, den 24. Juni 2010 ;

- Sandra Hempel -