

1 Einleitung

Lernziele

- Sie kennen die Prävalenz psychischer Störungen und die Inanspruchnahmeraten von Hilfen für psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen.
- Sie kennen die Risiken eines verzögerten Behandlungsbeginns oder einer Nichtbehandlung von psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen.
- Sie kennen Hauptbarrieren bei der Inanspruchnahme von Hilfen bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter.



Obwohl sehr viele Menschen von der Diagnose einer psychischen Störung betroffen sind und es immer mehr Aufklärung und Maßnahmen zur Entstigmatisierung gibt, ist das Thema für viele Betroffene immer noch ein großes Tabu. Dabei ist der Hilfebedarf für Menschen mit psychischen Störungen hochaktuell und hochrelevant. Insbesondere Kinder und Jugendliche sind hier eine oft übersehene Gruppe, wenn es um die Versorgung psychischer Störungen geht. In Deutschland hat sich im Verlauf der Coronapandemie die Prävalenz für psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen von 17.6% auf 30.4% stark erhöht (Ravens-Sieberer et al., 2021). Auch international ist die Prävalenz psychischer Störungen mit 17% hoch (Kessler et al., 2005; Polanczyk et al., 2015). Obwohl die Wirksamkeit von Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen empirisch belegt ist (Weisz et al., 2017), liegt die Diskrepanz zwischen der Prävalenz psychischer Störungen und deren Behandlungsrate für Kinder und Jugendliche bei 20% (Hintzpeter et al., 2014). Diese Zahlen sind gerade in diesem Altersbereich hochproblematisch und bieten gleichzeitig sehr viele Möglichkeiten einer erfolgreichen Entwicklung mit Blick auf das Erwachsenenalter. Da sich 50% aller psychischen Störungen bereits vor dem 18. Lebensjahr manifestieren (Solmi et al., 2021), ist der Fokus auf das Kindes- und Jugendalter besonders wichtig, um die negativen Konsequenzen psychischer Störungen auf die einzelne junge Person und auch auf die Gesellschaft zu reduzieren. Der Prozess der Identitätsentwicklung, die körperlichen und psychischen Reifungsprozesse und die damit einhergehenden Entwicklungsaufgaben machen diesen Lebensabschnitt zu einer hochsensiblen Phase mit einem erhöhten Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen (Kwong et al., 2019). Die Zeitspanne bis zur Inanspruchnahme einer Behandlung ist bei früh einsetzenden psychischen Störungen länger als bei einem späteren Auftreten (Christiana et al., 2000), wobei im Durchschnitt sieben bis elf Jahre bis zum Beginn einer Behandlung vergehen (Kessler et al., 2005; Wang et al., 2004). Diese Zahlen sind

alarmierend, da niedrige Behandlungsraten von 10% bis 36% (Hintzpeter et al., 2014; Lu, 2020) für psychische Störungen im Jugendalter mit einer Chronifizierung, einer Verschlimmerung der Symptome, einer stärkeren Beeinträchtigung der Lebensqualität, einer geringeren Wahrscheinlichkeit, die Störung später erfolgreich zu behandeln, und einem erhöhten Risiko für Suizid und Selbstverletzung verbunden sind (Kalafat, 1997; Lambert et al., 2013; Merikangas et al., 2010). Konkret bedeutet dies, dass viele Kinder und Jugendliche sowohl im Stillen unter Symptomen einer psychischen Störung als auch unter dem Stigma der psychischen Störung leiden. Sie sind häufig isoliert und entwickeln Strategien im Umgang mit den Symptomen, die langfristig schädlich sind (z. B. Sucht, Selbstverletzung, Rückzug). Auch das Risiko für einen Suizid als letzten Ausweg könnte deutlich verringert werden, wenn es eine frühe Identifizierung der Symptome gäbe, eine schnellere Versorgung und eine Minderung des Leids durch die Angst vor Stigmatisierung oder tatsächlich erlebter Stigmatisierung. All dies verdeutlicht die Notwendigkeit der Erfassung von Faktoren, die das Hilfesuchverhalten und den Zugang zur Behandlung von psychischen Störungen erschweren. In einem nächsten Schritt müssen diese Barrieren adressiert werden, um die Inanspruchnahme frühzeitiger Hilfe zu erleichtern und langfristigen schädlichen Folgen unbehandelter psychischer Störungen vorzubeugen.

Wer kann hier nun helfen, damit Kinder und Jugendliche mit psychischen Störungen früher Hilfe erhalten und das Stigma reduziert werden kann? Alle Menschen im Umfeld einer betroffenen Person können potentiell eine große Unterstützung sein. Insbesondere im Kindes- und Jugendalter haben Bezugspersonen den größten Einfluss darauf, dass Kinder und Jugendliche mit psychischen Problemen Hilfe bekommen (Wahlin & Deane, 2012). Bei Kindern ist die Abhängigkeit von den Eltern noch höher, da deren Zustimmung für die Behandlung benötigt wird. Eltern spielen also eine wichtige Rolle im Hilfesuchprozess und für die Inanspruchnahme professioneller Unterstützung durch Kinder und Jugendliche mit psychischen Belastungen (Logan & King, 2001). Aber auch Freunde und Freundinnen, Lehrkräfte, Sporttrainer:innen, Nachbar:innen, Verwandte und Bekannte spielen eine wichtige Rolle. Viele Betroffene zeigen sich im Nachhinein bestürzt, dass eine hohe Belastung oder Änderungen im Verhalten sichtbar waren, aber niemand geholfen hat. Betrachten wir die Familie als mögliche Unterstützungsquelle, finden sich auch hier Besonderheiten, die man zum Verständnis von Barrieren bei hilfesuchendem Verhalten berücksichtigen sollte. So ist es eher die Regel als eine Ausnahme, dass sich eine transgenerationale Weitergabe von psychischen Störungen in Familien findet. Diese können zum einen genetisch, zum anderen durch Besonderheiten von Familienstrukturen bedingt sein. Der Umgang innerhalb einer Familie mit dem Thema psychische Störungen hat einen hohen Einfluss auf das hilfesuchende Verhalten von Jugendlichen. Kinder und Jugendliche haben sehr feine Antennen für die Stimmung und das Verhalten ihrer Bezugspersonen. Sie bekommen Ängste, depressive Stimmungen, Reizbarkeit oder auch verstecktes Suchtverhalten mit und sind verunsichert. Nicht wenige Kinder geben sich die Schuld an den Symptomen der Eltern. Barrieren und Unterstützungsverhalten sollte daher immer auch im Gesamtkontext betrachtet werden.

Schaut man sich nun die hohe Prävalenz und die verheerenden Folgen der Nichtbehandlung oder verzögerten Behandlung einer psychischen Störung an, stellt

sich die Frage nach den Gründen, die Kinder, Jugendliche und Eltern davon abhalten, Hilfe zu suchen. Hauptbarrieren für die Inanspruchnahme von Hilfe zur Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind fehlendes Wissen über psychische Störungen, fehlende Hilfsangebote, eine geringe psychische Gesundheitskompetenz sowie stigmatisierende Einstellungen gegenüber psychischen Störungen (Aguirre Velasco et al., 2020; Radez et al., 2021). In einer qualitativen retrospektiven Befragung von jugendlichen Patient:innen in ambulanter Psychotherapie nannten 26% mangelnde Informationen und Transparenz als Hemmschwelle (Pfeiffer & In-Albon, 2021).

Somit haben die psychische Gesundheitskompetenz und insbesondere die Einstellungen zur Hilfesuche der Kinder und Jugendlichen einen großen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass Hilfe gesucht und in Anspruch genommen wird. Eine geringe Gesundheitskompetenz sowie negative Einstellungen gegenüber Hilfsangeboten auf Elternseite, aber auch strukturelle (z.B. lange Wartezeiten, schlechte Verkehrsanbindung, langer Anfahrtsweg) und sozio-demographische Gründe (z.B. finanzielle Hürden) sind weitere Herausforderungen bei der Versorgung von Kindern mit psychischen Störungen.

Im zweiten Kapitel werden verschiedene Barrieren sowie unterstützende Faktoren von hilfesuchendem Verhalten bei psychischen Problemen vorgestellt. Weiterhin ist es zum Verständnis der Komplexität von hilfesuchendem Verhalten wichtig, diese in ihrem Kontext zu betrachten. Im dritten Kapitel wird daher auf die Rolle der generationsübergreifenden Weitergabe von psychischen Störungen und Hilfesuchverhalten eingegangen. Nehmen wir alle erforderlichen Kompetenzen zum hilfesuchenden Verhalten bei psychischen Problemen zusammen, sprechen wir von einer psychischen Gesundheitskompetenz. Auf die Schlüsselemente der psychischen Gesundheitskompetenz wird in Kapitel vier näher eingegangen. Neben dem Verständnis von Barrieren, ist die nächste drängende Frage, welche Möglichkeiten der Steigerung von Unterstützungsfaktoren und Reduktion von Barrieren es gibt. Was kann man tun, um vor allem auch die Folgen von Nichtbehandlung oder einer verzögerten Behandlung zu umgehen? Kapitel fünf geht auf Interventionen zur Reduktion von Barrieren beim Hilfesuchverhalten von psychischen Störungen ein, insbesondere auf die Förderung psychischer Gesundheitskompetenz. Das Stigma psychischer Störungen wird noch einmal als gesonderte Barriere in Kapitel sechs beleuchtet. Es werden verschiedene Stigmaformen vorgestellt, die jeweils auch eine eigene Rolle in der Entscheidung spielen können, ob man sich mit Symptomen einer psychischen Störung offenbart und sich Hilfe sucht oder nicht. Stigma spielt hierbei nicht nur im Hilfesuchprozess eine Rolle, sondern fortlaufend. Selbst wenn Kinder und Jugendliche fachlich gut versorgt sind und offen mit einer Diagnose umgehen, ist der Umgang mit Stigma eine stetige Herausforderung. Kapitel sieben geht spezifisch auf das Thema internalisiertes Stigma ein und beleuchtet Interventionen für das Jugendalter zur Reduktion von internalisiertem Stigma. Stigma kann sich hierbei auch je nach Diagnose oder anderen Faktoren unterscheiden und auch das Umfeld betreffen. So sind Kinder und Jugendliche nicht nur potentiell selbst von psychischen Störungen betroffen, sondern erleben auch Stigmatisierung, wenn die Eltern psychisch erkrankt sind. Es gibt auch Hinweise auf spezifisches Stigma, welches in der Diagnose selbst oder auch in den Umständen begründet sein kann.



Betroffene sexualisierter Gewalt, die häufig mit erheblichen psychischen Folgen einhergeht, erleben zum Beispiel sehr spezifisches Stigma. Dieses Stigma ist insbesondere in der Diagnostik und Behandlung der Folgen von hoher Relevanz. Kapitel neun fokussiert daher auf Barrieren bei der Offenbarung und bei hilfesuchendem Verhalten nach erlebter sexualisierter Gewalt. Ziel dieses Buches ist die Komplexität von hilfesuchendem Verhalten bei psychischen Problemen spezifisch für das Kindes- und Jugendalter zu beleuchten und Möglichkeiten der Reduktion von Barrieren und Aufbau von unterstützendem Verhalten aufzeigen.



Überprüfung der Lernziele

- Wie hoch ist die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen?
- Welche Rolle spielt das Jugendalter in der Entwicklung psychischer Störungen?
- Was sind Hauptbarrieren für die Inanspruchnahme von Psychotherapie?
- Warum ist eine frühzeitige Behandlung psychischer Störungen wichtig?

2 Barrieren und Unterstützungsfaktoren von Hilfesuchverhalten bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen und ihren Bezugspersonen

Lernziele

- Sie kennen verschiedene Modelle von hilfesuchendem Verhalten bei gesundheitlichen Problemen.
- Sie kennen spezifische Barrieren und Unterstützungsfaktoren bei hilfesuchendem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen.
- Sie kennen elterliche Einflussfaktoren im Hilfesuchprozess von Kindern- und Jugendlichen.



Bevor es zur Vorstellung konkreter Barrieren und Unterstützungsfaktoren bei hilfesuchendem Verhalten bei psychischen Problemen kommt, werden zunächst verschiedene Modelle von Hilfesuchverhalten vorgestellt. Warum diese Modelle nur bedingt oder zum Teil gar nicht für das Kindes- und Jugendalter anwendbar sind, wird im Verlauf diskutiert. Insgesamt soll die Komplexität vom Hilfesuchprozess in diesem Altersspektrum deutlich gemacht werden. Die Kenntnis und das Verständnis des Zusammenspiels verschiedener Barrieren sowie der Unterstützungsfaktoren ermöglichen weitere Schritte. So können präventive Maßnahmen und Interventionen für eine verbesserte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen zielgerichteter gestaltet werden.

2.1 Modelle von Hilfesuchverhalten

Trotz der Möglichkeiten einer effektiven Behandlung psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ist die Inanspruchnahme von formaler Hilfe zur Behandlung psychischer Störungen von Kindern, Jugendlichen und Eltern immer noch gering (Merikangas et al., 2010; Zwaanswijk et al., 2003). Neben strukturellen Barrieren, wie einem Mangel an Psychotherapieplätzen verbunden mit langen Wartezeiten, finden sich zahlreiche andere Barrieren bei der Aufnahme einer Psychotherapie. Insgesamt ist das Hilfesuchen ein komplexer Prozess, der aus mehreren Stufen besteht und mehrere Faktoren und Kompetenzen beinhaltet. Im Folgenden

werden einige Modelle zu hilfesuchendem Verhalten bei Menschen mit psychischen Störungen vorgestellt.

2.1.1 Self-Determination Theory

Die Selbstbestimmungstheorie (engl.: Self-Determination Theory) (Deci & Ryan, 1993) besagt, dass jeder Mensch wesentlich psychologische Bedürfnisse hat, die eine autonome Motivation fördern: das Bedürfnis nach Autonomie, nach Verbundenheit und nach Kompetenz. Diese autonome Motivation wiederum fördert intern reguliertes, selbstbestimmtes Verhalten, wie z.B. authentisches Engagement in einer Rolle (d. h., wenn Zeit, Energie und Aufmerksamkeit in der Rolle mit den Werten der Rolle übereinstimmen). Schließlich fördern diese Bedingungen positive Ergebnisse, wie die Verbesserung oder den Erhalt psychischer Gesundheit. Der Fokus liegt hierbei zum einen auf intrinsischen (von innen heraus) und zum anderen auf extrinsischen (äußerlich bedingten) motivationalen Faktoren. Der Selbstbestimmungstheorie liegen sechs Stadien zugrunde, in denen sich die psychologischen Bedürfnisse der Motivation beschreiben lassen. Das erste Stadium ist das der Nicht-Regulation. Hier besteht keine Handlungsabsicht, da wesentliche Werte und Bedürfnisse fehlen und sich daher keine Hilfe für psychische Probleme gesucht wird. Das zweite Stadium ist die Externale Regulation, eine Handlung z. B. aufgrund von äußerem Druck oder Anreizen ausführen (z. B. Druck von Angehörigen, sich um einen Termin zur Abklärung psychischer Symptome zu kümmern). Das dritte Stadium ist die Introjierte Regulation, die auf innerem Druck basiert und oft als von außen motiviert erlebt wird (z. B. hilfesuchendes Verhalten aufgrund von schlechtem Gewissen gegenüber Angehörigen oder aus Angst vor einer Verschlechterung). Das vierte Stadium ist die Identifizierte Regulation, bei der äußere Faktoren Einfluss nehmen, das Handeln aber als autonom erlebt wird (z. B. die Annahme von Rückmeldungen von Angehörigen zur Verschlechterung einer Symptomatik und die Entscheidung, sich aufgrund der Rückmeldung professionelle Hilfe zu suchen). Im fünften Stadium, der Integrierten Regulation (extrinsische Motivation), stimmt die Handlung mit den eigenen Werten und Bedürfnissen überein und die Handlung liegt in der Person selbst (z. B. die eigene Überzeugung, dass Symptome einer psychischen Störung einer Abklärung bedürfen, weil man sie als relevant einschätzt und seine Funktionalität bewahren möchte). Das letzte Stadium ist die Intrinsische Regulation (intrinsische Motivation), bei der die Handlung (z. B. Psychotherapie) selbst Freude verursacht und Bedürfnisse befriedigt.

2.1.2 Das Transtheoretische Modell

Im Originalmodell des Transtheoretischen Modells (Prochaska & DiClemente, 1982) wurden fünf Stadien der Verhaltensänderung identifiziert. Die erste Phase ist die Vorstufe der Erwägung (Precontemplation), in der Menschen noch keine Absicht haben, ihr Verhalten (in unserem Fall das hilfesuchende Verhalten) bzw. ihre Überzeugungen in absehbarer Zukunft zu ändern. Die Gründe hierfür können verschieden sein, zum Beispiel können die Symptome noch nicht als problematisch

oder passager eingeordnet oder auch verleugnet werden. Außerdem kann die Überzeugung vorherrschen, ohne Hilfe mit psychischen Problemen umgehen zu können oder aber auch eine Hoffnungslosigkeit in Bezug auf den Nutzen von Hilfe vorliegen. Die Erwägung (Contemplation), sich Hilfe zu suchen, ist die zweite Phase, in der sich Menschen des Ausmaßes der Probleme mehr bewusstwerden und ernsthaft über Veränderungen nachdenken. Die Vorbereitung (Preparation) ist die dritte Phase, die intentionale und Verhaltensaspekte kombiniert. Hier können erste Absichten geäußert werden, sich professionelle Hilfe zu suchen oder erste Veränderungen vorzunehmen, die noch nicht erfolgreich waren. Handlung (Action) ist die vierte Phase, in der Betroffene sich aktiv um Hilfe bemühen (z.B. Anrufe bei Psychotherapeut:innen, Anmeldung für psychiatrische Behandlungsangebote oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen). Hier merkt auch das Umfeld oft, dass eine Änderung stattgefunden hat. Aufrechterhaltung (Maintenance) ist die fünfte Stufe, in der Menschen ihre erreichten Veränderungen beibehalten. Dies kann im Hilfesuchprozess, im Falle eines Psychotherapieplatzes, bedeuten, sich aktiv an der Behandlung der psychischen Störung zu beteiligen und erlernte Strategien anzuwenden (z.B. automatische negative Gedanken zu hinterfragen oder Entspannungstechniken anzuwenden). Es kann aber auch bedeuten, gesundheitsförderliches Verhalten vermehrt im Alltag einzubinden (z.B. mehr Bewegung oder eine bessere Wahrnehmung von eigenen Bedürfnissen) und Barrieren beim Hilfesuchverhalten aktiv zu überwinden.

2.1.3 Health Belief Model

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (engl.: Health Belief Model) (Rosenstock, 1996) geht davon aus, dass die wahrgenommene gesundheitliche Bedrohung und eine Kosten-Nutzen-Bilanz die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung bedingen. Die Bedrohung setzt sich hierbei aus der wahrgenommenen Verwundbarkeit (z.B. die Wahrnehmung einer genetischen Vorbelastung für psychische Störungen) und dem Schweregrad der Symptome zusammen. In Bezug auf hilfesuchendes Verhalten werden Kosten (z.B. Angst vor Stigmatisierung, zeitliche Ressourcen) mit Nutzen (Reduktion der Symptome, Steigerung der Lebensqualität) abgewogen. Die Verhaltensänderung ist hierbei bedingt durch soziodemographische Variablen (z.B. Geschlecht, Alter, sozioökonomischer Status) und psychologische Variablen (z.B. Temperamentsmerkmale, soziale Unterstützung). Weiterhin wirken Gesundheitsmotivation (z.B. die Relevanz von hilfesuchendem Verhalten), aber auch Handlungsreize (z.B. positiver Bericht über Psychotherapie aus dem sozialen Umfeld).

2.1.4 Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens (engl.: Theory of Planned Behavior) von Ajzen (1991) ist eine Erweiterung der Theorie des überlegten Handelns (engl.: Theory of Reasoned Action; Fishbein & Ajzen, 1975). Nach der Theorie der überlegten Handlung wird ein Verhalten vollständig durch eine Verhaltensabsicht bestimmt.

Diese ist durch die Einstellung zu diesem Verhalten (positive oder negative Bewertungen des Zielverhaltens), der subjektiven Norm und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (Einfluss auf das eigene Verhalten) bedingt. Die ursprüngliche Verhaltensintention führt dann im günstigsten Fall zum Zielverhalten.

2.1.5 Theorie von hilfesuchendem Verhalten bei Kindern und Jugendlichen

Die vorherigen vorgestellten Modelle eignen sich nur bedingt für die Anwendung auf hilfesuchendes Verhalten bei psychischen Störungen. In Bezug auf gesundheitsförderliches Verhalten fokussieren die Modelle auf präventive Aspekte oder Verhalten, welches eigenständig im Alltag angewendet werden kann (z. B. Sport zum Abbau von Übergewicht, Nutzung von Kondomen zum Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten oder Reduktion von Substanzgebrauch). Im Fall psychischer Störungen besteht in der Regel oft ein hoher Kontrollverlust sowie auch eine Einschränkung exekutiver Funktionen (kognitive Prozesse, die es erlauben, Verhalten, Denken, Emotionen und Aufmerksamkeit zielorientiert, willentlich und (situations-)angepasst zu steuern), unter anderem durch eine hohe Belastung. So fällt es Menschen mit Symptomen einer depressiven Episode schwer, die Kraft aufzubringen, Freund:innen um Hilfe zu bitten, ganz zu schweigen von der Organisation eines Psychotherapieplatzes, die alles andere als barrierefrei gestaltet ist. Die Symptomatik zeichnet sich häufig dadurch aus, dass Menschen nicht mehr allein mit Symptomen zurechtkommen und professionelle Unterstützung brauchen.

Im Modell der Theorie von hilfesuchendem Verhalten finden – im Gegensatz zu bisher beschriebenen Modellen – auch wichtige Faktoren des Kindes- und Jugendalters Beachtung. In ihrem Modell identifizieren Rickwood et al.(2005) vier Faktoren von hilfesuchendem Verhalten. Als ersten Schritt braucht es die Identifikation von psychischen Symptomen und inwiefern es bei den Symptomen einen Hilfebedarf gibt (Awareness). Dieser Schritt erfordert entsprechend schon viele Kompetenzen, insbesondere da sich Symptome einer psychischen Störung in einem Kontinuum befinden und in der Intensität, Anzahl und Dauer variieren. Darüber hinaus können auch somatische, differentialdiagnostisch zunächst unklare Symptome auftreten (z. B. Bauch- und Kopfschmerzen, Gewichtsverlust, Müdigkeit). Der nächste Schritt ist die Mitteilung von Symptomen (Expression) und dem Hilfebedarf. Der dritte Schritt im Hilfesuchprozess ist die Verfügbarkeit (Availability) von Hilfen. In Deutschland gibt es für die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung oft lange Wartezeiten, welche den Hilfesuchprozess erheblich erschweren. Der vierte Schritt ist der Wille, sich Hilfe zu suchen (Willingness) und aktiv nach Anlaufstellen zur Behandlung der psychischen Probleme zu suchen. Hilfesuchendes Verhalten ist hierbei als ein Verhalten definiert, bei dem aktiv nach Hilfe durch andere Menschen gesucht wird und das zunächst persönliche Thema zunehmend interpersonell wird. In ihrem Rahmenmodell zum Hilfesuchverhalten geben Rickwood und Thomas (2012) neben dem Hilfesuchprozess auch Komponenten des Zeitrahmens (Dauer des Hilfesuchprozesses) und der Quelle an. Bei den Hilfesuchquellen kann man unterscheiden zwischen informellem Hilfesuchverhalten, d. h. Hilfesuche bei Per-

sonen, die ein persönliches Verhältnis zum Hilfesuchenden haben (z. B. Freund:innen und Familienmitglieder), und formellem Hilfesuchverhalten, d. h. Hilfesuche bei Personen, die eine qualifizierende Legitimierung haben, Unterstützung oder Behandlung anzubieten (z. B. Psychiater:innen, Psychotherapeut:innen, Jugendsozialarbeiter:innen). Junge Menschen bevorzugen häufig informelle Hilfequellen (Ciarrochi et al., 2002; Pearson & Hyde, 2021; Rickwood et al., 2005). Im Modell wird weiterhin zwischen der Art von benötigter Hilfe (Suche nach Informationen, Suche nach emotionaler Unterstützung oder Behandlung einer psychischen Störung) und dem Anliegen (psychische Probleme allgemein oder Symptome einer psychischen Störung) unterschieden.

2.2 Barrieren bei der Aufnahme einer Psychotherapie

Die Identifikation von Barrieren bei formalem Hilfesuchverhalten ist hoch relevant, da Barrieren deutlich mit verzögerter oder keiner Inanspruchnahme formaler Hilfe assoziiert sind (O'Connor et al., 2014; Sheffield et al., 2004; Wilson et al., 2002). In einer systematischen Literaturübersicht identifizierten Aguirre Velasco und Kolleg:innen (2020) 54 Studien zu Barrieren und Unterstützungsfaktoren (Faktoren, die hilfesuchendes Verhalten erleichtern) für das Kindes- und Jugendalter. Die erste Hauptbarriere sind stigmatisierende und negative Einstellungen gegenüber dem Gesundheitssystem und Fachleuten zur Behandlung psychischer Störungen. Betroffene berichten von Angst vor öffentlichem Stigma, Angst, beschämt zu werden, internalisiertem Stigma und einem hohen wahrgenommenen öffentlichen Stigma. Die zweite Hauptbarriere sind familiäre negative Überzeugungen gegenüber der Behandlung von psychischen Störungen, insbesondere Misstrauen und die Überzeugung, dass die Behandlung nicht hilfreich sein werde. Verstärkt war dieses Misstrauen in Populationen mit Migrations- oder Fluchthintergrund vorhanden. Die dritte Hauptbarriere ist eine geringe psychische Gesundheitskompetenz, d. h. die Fähigkeit, Informationen über psychische Gesundheit zu nutzen, Symptome einer psychischen Störung zu erkennen, Symptomen vorzubeugen und informierte Entscheidungen zum Hilfesuchverhalten zu treffen. Hier wurden insbesondere mangelnde Kenntnis über Symptome einer psychischen Störung und die mangelnde Verfügbarkeit von Hilfe berichtet. Die vierte Hauptbarriere ist der Wunsch nach Autonomie im Jugendalter mit einem erhöhten Bedürfnis mit Problemen ohne Hilfe zurecht zu kommen. Andere Barrieren sind strukturelle Barrieren (Kosten, Wartezeit, Fahrtweg). Zudem hindern Zweifel an der Schweigepflicht und der Vertrauenswürdigkeit formeller Hilfequellen Jugendliche an der Aufnahme einer Psychotherapie (Donald et al., 2000; Givens & Tjia, 2002). Patient:innen ist es wichtig, Mitbestimmung über ihre Behandlung zu haben (Bluhm et al., 2014) und sie fürchten sich vor therapeutischen Interventionen gegen den eigenen Willen

(Givens & Tjia, 2002; Salaheddin & Mason, 2016). Die Angst, von Therapeut:innen nicht ernst genommen zu werden und dass diese die eigenen Probleme nicht verstehen könnten (Givens & Tjia, 2002; Wilson et al., 2002) sowie Zweifel an der Wirksamkeit einer Psychotherapie (Kessler et al., 2005; Moskos et al., 2007; Sylwestrzak et al., 2015; Yap et al., 2011) hindern zudem deren Inanspruchnahme. Ergänzend dazu stimmte in der Studie mit einer Schüler:innenstichprobe von Wahl und Kolleg:innen (2012) fast ein Drittel (29%) der Teilnehmenden zu, dass es den meisten Menschen mit schweren Formen psychischer Erkrankungen auch mit einer Behandlung nicht besser gehen würde, und eine Mehrheit (52%) war sich unsicher, ob eine Behandlung zu Besserung verhelfen kann. Ähnliche Befunde zeigen sich auch in einer systematischen Literaturübersicht zu Barrieren und Unterstützungsfaktoren beim Hilfesuchverhalten bei Jugendlichen von Radez und Kolleg:innen (2021). Hier wurden die Barrieren nach den Hauptbarrieren individuelle Faktoren, soziale Faktoren, Beziehungsfaktoren und systemisch-strukturelle Faktoren unterteilt. Unter individuelle Faktoren, welche 96% aller Studienergebnisse ausmachen, fällt insbesondere eine geringe psychische Gesundheitskompetenz. Bei sozialen Faktoren wurde vor allem die Angst vor Stigmatisierung berichtet, aber auch negative Einstellungen gegenüber psychischen Störungen und Psychotherapie im Umfeld (z.B. bei Familie und Freund:innen, aber auch bei Lehrer:innen, Kinderärzt:innen und Hausärzt:innen). Antizipierte Konsequenzen waren, von den Eltern getrennt zu werden, den sozialen Status in der Peergruppe zu verlieren und die Familie zu enttäuschen oder Ärger innerhalb der Familie zu bekommen, weil man sich für psychische Probleme Hilfe gesucht hat. Die dritte Hauptbarriere bezieht sich auf Beziehungsfaktoren zwischen Jugendlichen und professionellen Behandler:innen, insbesondere die Angst vor einem Bruch der Schweigepflicht und Ängste, intime Informationen preiszugeben. Systemische und strukturelle Barrieren beinhalteten vor allem ein Mangel an Zeit und Kosten in Verbindung mit einer Behandlung. In Deutschland sind die Kosten einer psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von der Krankenkasse abgedeckt. Dennoch können weitere Kosten entstehen (z.B. für den Transport oder der zusätzlichen Kinderbetreuung bei Geschwisterkindern). Auch der Zeitfaktor ist nicht unerheblich, wenn lange Anfahrtswege gerade im ländlichen Raum bestehen und die Anforderungen an Familien zeitlich sehr hoch sind (Organisation von Lohn- und Carearbeit).

2.3 Unterstützungsfaktoren von Hilfesuchverhalten

Neben sozialer Unterstützung oder Ermutigung zur Hilfesuche durch z.B. Familie oder Freund:innen als Unterstützungsfaktoren haben vergangene positive Erfahrungen bei der Inanspruchnahme von Hilfe einen positiven Einfluss auf das Hilfesuchverhalten (Aguirre Velasco et al., 2020; Gulliver et al., 2010; Radez et al., 2021). Der Kontakt zu jemandem, der aufgrund seiner psychischen Probleme selbst Hilfe in Anspruch genommen hat, ist ferner mit einer positiveren Einstellung gegenüber