

Psychisch kranke Kinder

Elterliches Fehlverhalten erkennen und verhindern

KARL HEINZ BRISCH

Die beste Ausrüstung, um sich in der Welt zurechtzufinden, ist eine gute Portion Urvertrauen, erworben durch liebevolle, zuverlässige Bezugspersonen. Traumatische Erfahrungen in den ersten Lebensjahren, wie fehlende oder nicht zum Ausdruck gebrachte Liebe, Vernachlässigung oder Gewalt, stören die Gehirnentwicklung und leisten psychischen Störungen Vorschub. Eine Chance dieser Kinder besteht darin, dass der Kinderarzt das Problem rechtzeitig erkennt.

Früher nahm man an, dass das Gehirn des menschlichen Säuglings ein unbeschriebenes Blatt sei, das durch die individuellen genetischen Vorgaben während der ersten Lebensjahre in seinen neuronalen Verschaltungen „geprägt“ werde. Man war der Ansicht, dass bis zum Ende des zweiten Lebensjahres wesentliche Strukturen des Gehirns festgelegt seien. Diese Vorstellung hat sich in den letzten Jahren auf der Basis neuer Forschungsergebnisse grundlegend gewandelt. Heute spricht man von einer „neuronalen Plastizität“ und gebrauchsbabhängigen Funktion des Gehirns.

Trauma bewirkt Strukturveränderungen im Gehirn

Die emotional wichtigen Erfahrungen des Säuglings im Umgang mit seinen Eltern haben – neben der genetischen Ausstattung – großen Einfluss auf seine neuronale Entwicklung. Die Gehirnstrukturen, die sich hierbei ausbilden, steuern die emotionale und kognitive Entwicklung eines Kindes. So können sich traumatische Erfahrungen des Säuglings negativ auf die neuronale Strukturentwicklung auswirken und damit die Entstehung psychischer Störungen begünstigen.

Forschungsergebnisse der vergangenen Jahre öffnen die Tür zu einem Denken,

das das Erleben eines seelischen Traumas mit der Entwicklung von Struktur und Funktion des menschlichen Gehirns verknüpft. Zu traumatischen Erfahrungen gehören Erlebnisse wie Unfälle, Kriegs- und Katastrophenerfahrungen, Misshandlung, Missbrauch oder schwere Deprivation – Zustände, die für das menschliche Gehirn großen Stress darstellen und die die Bewältigungsmöglichkeiten überfordern können.

Besonders Kinder, die im Umgang mit ihren engsten Bezugspersonen körperliche, sexuelle oder seelische Gewalt erleben, entwickeln oft Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung. Diese äußert sich in Angst- und Panikzuständen, Schlafstörungen mit Alpträumen, psychosomatischen Beschwerden oder Schulversagen. Gleichzeitig können diese traumatischen Erlebnisse auch die Entwicklung des kindlichen Gehirns direkt beeinflussen. Opfer von Missbrauch und Vernachlässigung in der Kindheit weisen im Erwachsenenalter im Vergleich mit nicht missbrauchten Kontrollprobanden strukturelle Veränderungen mit Volumenverminderungen im Hippokampus, dem Corpus callosum und der Amygdala auf [1]. Das kindliche Gehirn entwickelt sich je nach Art der einfließenden Information „gebrauchsbabhängig“ [2, 3]. Wie feinfühlig oder traumatische Erfahrungen des Kindes mit einer Bezugsperson



Foto: wagg66/Photocase

Sicherheit geben – nicht alle Eltern wissen, wie das geht.

son diese gebrauchsbabhängige Gehirnreifung beeinflussen, sollen die nachfolgend geschilderten Beispiele verdeutlichen.

Regelmäßigkeit bringt Sicherheit

Die Mutter von Janine hat mit ihrem sechs Monate alten Säugling einen gewissen Rhythmus im Tagesablauf etabliert. Janine weiß, wie das Zubettgeh-Ritual abläuft und dass die Mutter verlässlich auf ihre Signale eingeht. Wenn Janine müde ist, wird sie von der Mutter beruhigt, wenn sie Durst oder Hunger hat, bekommt sie zu essen oder zu trinken, und wenn sie neugierig erkunden möchte, erhält sie Anregungen und die Mutter spielt mit ihr. Kleine Missverständnisse werden von der Mutter wahr-

Tabelle 1

Psychologische Auffälligkeiten bei Kindern mit Bindungsstörungen

Übermäßiges Klammern	Die Kinder können sich nicht trennen, keine Minute allein sein, geraten in ängstliche Panik, wenn etwa die Mutter nicht körperlich anwesend ist.
Undifferenzierte Nähesuche zu fremden Personen	Sie haben keinerlei Scheu vor fremden Menschen. Sie suchen Körperkontakt zu fremden Personen, lassen sich von diesen trösten, auf den Arm nehmen. Es ist nicht erkennbar, dass sie eine bevorzugte Bindungsperson haben.
Rollenumkehr im Bindungsverhalten	Sie sorgen sich schon als Kind ständig um andere, wenn diese in Not sind, aber können eigene Wünsche nach Nähe, Schutz, Sicherheit weder äußern noch aktiv suchen.
Aggressives Verhalten	In Bedrohungssituationen äußern sie ihre Angst durch aggressives Verhalten und nicht durch aktive Nähesuche.
Selbstverletzungen und Unfälle	Wenn sie Angst erleben, verletzen sie sich noch zusätzlich selbst und begehen Unfälle, um sich der Nähe und des Schutzes von Bezugspersonen zu versichern.

genommen und rasch korrigiert. Dies gibt Janine große emotionale Sicherheit und lässt die Interaktionen mit ihrer Mutter sehr entspannt ablaufen.

Dem Gehirn des Kindes helfen diese Abläufe, sich zu strukturieren und eine neuronale Landkarte der kognitiven und emotionalen Erfahrungen, z. B. aus dem Skript „Meine Mutter bringt mich ins Bett“, zu erstellen. Eine ähnliche Erfahrung macht Janine mit ihrem Vater, wenn er abends nach Hause kommt und regelmäßig mit ihr spielt, bevor er sie badet. So können sich im neuronalen Netzwerk des Gehirns klare Muster abbilden. Diese machen Verhalten vorhersehbar, weil das Kind die Handlungsabläufe und alle zugehörigen Gefühle, Erinnerungen und Sinneseindrücke verinnerlicht hat und sich auf ihre regelmäßige Wiederkehr verlassen kann.

Bei Melanie dominiert der Fernseher

Melanie dagegen verbringt viele Abendstunden in der Babywippe vor dem Fernseher. Die vielen bunten, schnell bewegten Bilder und die laute Musik sind sehr aufregend für sie, sodass sie am Anfang mit großer Aufmerksamkeit hinsieht. Die Mutter ist froh, dass sich Melanie vor dem Fernseher so schnell beruhigt, wenn sie selbst abends müde und Melanie quengelig wird. Nach kurzer Zeit ist das Kind von den vielen Sinnes-

reizen aber überfordert und wird unruhig. Die Mutter setzt sich neben sie, gibt ihr eine Nuckelflasche und schaut mit ihr gemeinsam auf den Fernseher. Melanie versucht, vom Fernseher wegzuschauen, um sich selbst vor den vielen Reizen zu schützen. Das macht ihre Mutter ärgerlich, weil sie möchte, dass das Kind weitertrinkt. Weil Melanie gar keinen Durst mehr hat, beginnt sie zu weinen. Die Mutter nimmt sie ärgerlich auf und legt sie mit der Flasche ins Bett. Melanie schreit laut auf, als die Mutter sie abgelegt hat. Daraufhin eskaliert die Situation. Die Mutter brüllt Melanie an, ist eher grob und im schlimmsten Falle schüttelt sie ihr Kind. Melanie findet noch lange nicht in den Schlaf, liegt in ihrem Bettchen und jammert vor sich hin. Sie bleibt in einem Zustand der Übererregung. Ihr Gehirn ist überfordert, alle wahrgenommenen Reize und die emotionalen Spannungen aus den Erlebnissen mit der Mutter in einem zusammenhängenden neuronalen Muster abzuspeichern.

Je stärker die Übererregung ist, desto eher wird das Kind nach einer Traumafahrung neuropsychiatrische Symptome in Richtung einer posttraumatischen Belastungsstörung (posttraumatic stress disorder, PTSD) entwickeln. Im Säuglingsalter können sich diese auch als Schrei-, Schlaf- und Essstörungen äußern.

Der Zustand der neuronalen Aktivierung und der humoralen Stressreaktion kann als Anpassung an die überfordernden traumatischen Situationen fortbestehen und in eine Fehlanpassung übergehen. Dabei haben auch Neurotransmitter und Neurohormone wie Cortisol und das neuronale Wachstumshormon Einfluss auf Neuronenreife und Synapsenentwicklung. In der Folge kann der Mensch auf spezifische Ereignisse der sozialen Umwelt auch zu späteren Zeiten nicht angemessen reagieren.

Bereits im Kindergarten werden Folgen spürbar

Im Alter von dreieinhalb Jahren gehen beide oben beschriebenen Kinder bereits seit sechs Monaten in den Kindergarten. Janine hat mit ihrer Mutter eine sichere emotionale Bindung aufbauen können. Sie hat eine Art Urvertrauen entwickelt. Sie weiß, dass sie sich an ihre Mutter und andere wichtige Bindungspersonen wie den Vater und seit einiger Zeit auch an ihre Lieblingserzieherin im Kindergarten, verlässlich wenden kann, wenn sie Angst bekommt, Schmerzen hat oder neue Aufgaben sie überfordern. Sie sucht dann Nähe und Körperkontakt, beruhigt sich schnell und kann kurze Zeit später wieder mit den anderen Kindern spielen und die Welt erkunden. Mit anderen Kindern geht Janine sehr feinfühlig um, kann sich auf deren Bedürfnisse einstellen und zwischen Interessen vermitteln. Wenn sie selbst etwas möchte, kann sie dies mitteilen und hat eine ausreichende Frustrationstoleranz. Sie kann andere Kinder trösten, ermutigen und an die Hand nehmen, wenn diese ängstlich sind. Auf neue Kinder in der Gruppe geht sie offen und interessiert zu.

Melanie dagegen hat auch nach sechs Monaten keine bevorzugte emotionale Beziehung, weder zu einer Erzieherin noch zu einem Kind ihrer Gruppe. An manchen Tagen läuft sie ohne Verabschiedung von der Mutter in den Kindergarten, an anderen Tagen umklammert sie die Mutter und brüllt bei der Trennung. Diese schimpft, dass sie sich nicht so anstellen solle. Schließlich trennt sich die Mutter gewaltsam von Melanie und droht, sie nicht mehr abzuholen, wenn sie sich „so blöd“ anstelle. Bei dieser Drohung erstarrt Melanie, geht in ihre

Gruppe und sitzt lange allein in einer Ecke. Wie in Trance stiert sie in den Raum und lässt sich von anderen Kindern oder der Erzieherin nicht aus ihrer Versunkenheit herausholen. Oft reagiert Melanie aggressiv, wenn sie nicht bekommt, was sie möchte, und kann sich auf die Wünsche anderer Kinder nicht einstellen. Sie braucht ständige emotionale Aufmerksamkeit und Zuwendung in der Gruppe, damit sie gesteuert werden kann. Affektive Durchbrüche mit Wutanfällen einerseits und traurig depressivem Rückzug andererseits sind täglich zu beobachten. So findet sie keine Freunde in der Gruppe und ist in den Augen der Erzieherin ein „schwieriges Kind“.

Mühsame Annäherung nach Adoption

Untersuchungen über die emotionale Entwicklung von Säuglingen und Vorschulkindern, die unter den Bedingungen schwerer früher Deprivation in rumänischen Heimen aufgewachsen waren und dann von englischen und kanadischen Familien adoptiert wurden, sind für das Verständnis der Gehirnentwicklung von großer Bedeutung [5, 6].

Diese Kinder litten teilweise auch Jahre nach der Adoption noch an den Symptomen von ausgeprägten reaktiven Bindungsstörungen (Tabelle 1). Sie entwickelten keine spezifische Bindung an ihre Adoptiveltern, sondern wandten sich an diese in gleicher Weise wie an jede fremde Person. Zudem zeigten sie Symptome der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und Symptome, die Störungen aus dem autistischen Erkrankungsspektrum ähnelten [7, 8]. Obwohl sich bei jedem fünften Kind im weiteren Entwicklungsverlauf eine Tendenz zur emotionalen Normalisierung ergab, blieb die pathologische Symptomatik des ADHS auch unter den emotional günstigeren Adoptionsbedingungen häufig bestehen [9]. Dabei bestand ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung der ADHS und den Symptomen einer Bindungsstörung.

Wenn Deprivation, Misshandlung oder schwer wiegende Störungen das vorherrschende frühe Interaktionsmuster zwischen Kind und Eltern sind und die pathogenen Beziehungserfahrungen über Jahre gemacht wurden, können Bindungsstörungen resultieren. Selbst nach Milieuwechsel, etwa durch Adoption, unter besseren emotionalen familiären Bedingungen können diese weiter bestehen und eine hohe Belastung für die neue Adoptiveltern-Kind-Beziehung darstellen [11]. Wegen der extremen Verzerrungen im Verhalten der Kinder lassen Bindungsstörungen die verborgenen Bindungsbedürfnisse der Kinder oft nicht mehr erkennen. Im schlimmsten Fall können sie sich zu überdauernden psychopathologischen Mustern einer schweren Persönlichkeitsstörung verfestigen [12].

Fazit

Aufgrund der heute vorliegenden Forschungsergebnisse müssen alle Anstrengungen unternommen werden, trau-

matische Erfahrungen von Säuglingen und Kindern zu vermeiden, weil sie langfristige Auswirkungen auf die Gehirnentwicklung der Kinder haben können, mit psychopathologischen Konsequenzen bis ins Erwachsenenalter. Da Eltern oft eigene unverarbeitete traumatische Erfahrungen mit ihren Kindern reinszenieren und so ein „Teufelskreis“, z. B. von Gewalterfahrungen über Generationen, hinweg entstehen kann [19], sollten präventive Maßnahmen den Eltern helfen. In der Psychotherapie können Eltern traumatische Erlebnisse verarbeiten. Den Kindern selbst

muss ebenso frühzeitig eine psychotherapeutische Hilfestellung angeboten werden. Hier könnten korrigierende Neuerfahrungen stattfinden, die die neuronale Entwicklung beeinflussen und sich positiv auf das Verhalten und das emotionale Erleben der Kinder auswirken. Denn obwohl sich die Netzwerkstrukturen des Gehirns im Lauf der Entwicklung stabilisieren, ist eine Veränderung dieser Strukturen auch im späteren Leben durch neue Beziehungserfahrungen möglich. Elternorientierte Interventionsprogramme, die in der Schwangerschaft beginnen, wie etwa

SAFE® („Sichere Ausbildung für Eltern“) [20] könnten für diese Ziele einen wichtigen Beitrag leisten.

Literatur beim Verfasser oder unter www.paediatric-hautnah.de

PD Dr. med. Karl Heinz Brisch
Kinderklinik und Poliklinik im
Dr. von Haunerschen Kinderspital
Pädiatrische Psychosomatik und
Psychotherapie
Pettenkofenstr. 8a
80336 München

Drei Erlebnisse aus der Praxis

Er möchte einfach nicht fernsehen

Ein zweieinhalbjähriger Junge sitzt am Spieltisch des Behandlungszimmers und baut eine wunderbare Burg aus Bauklötzchen. Als ich das Zimmer betrete, legt die Mutter die Zeitung zur Seite. Nach einer kurzen Begrüßung trägt sie ihr Anliegen vor: Der Junge sei unruhig, vor allem wenn die Familie abends beim Fernsehen säße, käme er nicht zur Ruhe und schalte sogar gelegentlich den Fernsehapparat aus. Was man denn gegen dieses ADHS unternehmen könne, wollte sie wissen, ob es da nicht etwas Homöopathisches gäbe.

Beratungsresistent

Der zehnjährige älteste Sohn einer vor kurzem immigrierten Familie tut sich schwer in der Schule. Er passt nicht richtig auf und spricht zu wenig deutsch. Logopädische Anstrengungen hatten nicht ausreichend geholfen. Während die Mutter mit mir die Ergebnisse der kinderpsychiatrischen Fachklinik im Untersuchungszimmer bespricht, spielt der sonst durchaus erreichbare Junge im Nebenzimmer. Die Kollegen empfehlen neben edukativen Maßnahmen auch Ritalin®. Der Bub kommt großlos ins Untersuchungszimmer, unterbricht das Gespräch seiner Mutter mit mir (auf Russisch), ignoriert die (ebenfalls russisch gegebene) Empfehlung, doch zu grüßen und verlässt nach einer Weile das Zimmer wieder.

Danach greift die Mutter das unterbrochene Gespräch auf und erklärt mir, dass sie die Ergebnisse der Fachklinik grundsätzlich anzweifelt, aber für die Probleme des Jungen statt des gefährlichen Ritalin® eine gute russische Medizin hätte. Wie im Beipackzettel beschrieben, handelt es sich bei dem Präparat um Gliatilin®, ein von der Firma Italfarmaco hergestelltes Parasympatikomimetikum (Cholinalfoscerat), das in Deutschland nicht zu gelassen ist, aber vor allem in Italien, Tschechien und Polen verordnet wird.

Trotz allem Verständnis konnte ich mir folgende Bemerkung an die Mutter nicht verkneifen: Was beschweren Sie sich über Ihren Sohn – er folgt doch nur Ihrem Vorbild: Sie nehmen Ihre Erziehungsaufgaben nicht wahr, lassen Ihren Sohn gewähren und erklären mir, dass alle unsere Untersuchungsergebnisse und Therapievorschlüsse unsinnig sind und Sie die Therapie mit einem russischen Wundermittel bevorzugen. Was also Wundern, wenn sich Ihr Sohn seinen Lehrern gegenüber genauso verhält?



Foto: stock.xchng

„Homöopathische“ Einstellung

Die Mutter zweier – privat versicherter – dreijähriger Mädchen war ziemlich erbost, als sie von mir erfahren musste, dass die Ursache des wochenlangen Hustens ihrer – wegen Misstrauens gegenüber der Schulmedizin – unzureichend gegen Pertussis geimpften Kinder ein durch Keuchhusten kompliziertes Asthma bronchiale ist. Im Rachenabstrich war kulturell Bordetella pertussis nachweisbar, die Anamnese mit nächtlichem Pfeifen und Husten bis zum Erbrechen, der klinische Befund mit Giemen und schließlich das Ansprechen auf die anti-inflammatorische/broncholytische und antitussive Therapie waren eindeutig. Die Mutter beschwerte sich daraufhin bei der bisherigen Kinderärztin, die die Diagnosen nicht gestellt und wochenlang mit diversen Globuli behandelt hatte. Diese wiederum stellt mich am Telefon zur Rede: „Herr Dorsch, ich rufe wegen unserer gemeinsamen Patienten an: Sie haben da Unruhe reingebracht!“

Prof. Dr. Walter Dorsch

Praxis für Kinderheilkunde und Jugendmedizin
Aidenbachstr. 118
81379 München