

Psychisch kranke Kinder wurden häufig als Säuglinge „traumatisiert“

Wie Sie elterliches Fehlverhalten erkennen und vorbeugen

VON K. H. 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 aber stören die Gehirnentwicklung und leisten psychischen Störungen Vorschub. Eine Chance dieser Kinder besteht darin, dass Haus- oder Kinderarzt das Problem rechtzeitig erkennen.

— 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 gebrauchsbhängigen Funktion des Gehirns.

Ein 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 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 Hippocampus, dem Corpus Callosum und der Amygdala auf [1]. Das kindliche Gehirn entwickelt sich je nach Art der einfließenden Informa-

Dr. med. Karl Heinz Brisch
Kinderklinik und Poliklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Pädiatrische Psychosomatik und Psychotherapie, München



tion „gebrauchsabhängig“ [2, 3]. Wie feinfühlig oder traumatische Erfahrungen des Kindes mit einer Bezugsperson diese gebrauchsbhängige Gehirnreifung beeinflussen, sollen die folgenden 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 Zu-Bett-Gehritual abläuft und dass die Mutter verlässlich auf ihre Signale eingeht. Wenn Janine müde ist, wird sie von der Mutter beruhigt, wenn sie Durst oder Hun-



Fernsehen für die Kleinsten: Rätselhafte Bilder, für die es im Kopf keine Lösung gibt.

ger 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 wahrgenommen 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 Sinnesreizen 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 hierdurch 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 Traumaerfahrung neuropsychiatrische Symptome in Richtung einer posttraumatischen Belastungsstörung (post-traumatic 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 die 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

Tabelle 1	
Psychologische Auffälligkeiten bei Kindern mit Bindungsstörungen	
Übermäßiges Klammern	Sie 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 mit fremden Personen, lassen sich von diesen trösten, auf den Arm nehmen und lassen nicht erkennen, 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.



Foto: Ripp / Mauritius

Überforderte Mütter brauchen Hilfe bevor die Beziehung zu ihrem Kind leidet.

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.

Ganz anders: Melanie

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 sollte. 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“ (Tabelle 1).

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 Gehirnreifung von großer Bedeutung [5, 6].

Diese Kinder litten teilweise auch Jahre nach der Adoption noch an den Symptomen von ausgeprägten reaktiven Bindungsstörungen. 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 Aufmerksamkeits- und 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-Syndrome 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,

depending on the interactive experiences within relationships, motoric, cognitive and emotional skills, as well as behavior of the infant are influenced.

If the child fails to experience a dependable relationship, the symptoms of mental disturbance often develop (e.g. ADHD, among others). Further factors that impact on brain development and lead to posttraumatic stress disorder (PTSD) are deprivation, physical violence and sexual abuse in early childhood.

Keywords: Behavior – Trauma – Attachment – Disorder – ADHS

Zusammenfassung | MMW-Fortschr. Med. 147 (2005), 215–218

Die Bedeutung früher traumatischer Erfahrungen für die Gehirnentwicklung des Säuglings

Lernen, soziale und psychologische Erfahrungen steuern die Aktivität von Genen und verändern das Wachstum und die Funktion von Nervenzellen. Je nach Beziehungskontext werden hierdurch motorische, kognitive und emotionale Fähigkeiten sowie Verhaltensbereitschaften des Säuglings beeinflusst.

Kann das Kind nicht die Erfahrung einer verlässlichen Beziehung machen, kommt es häufig zur Entwicklung von Symptomen psychischer Störungen

(u. a. ADHS). Auch frühkindliche Deprivation, Misshandlung und Missbrauch haben Einfluss auf die Gehirnentwicklung und können posttraumatische Störungen nach sich ziehen.

Schlüsselwörter: Verhalten – Trauma – Bindung – Störung – ADHS

The Importance of Early Traumatic Experiences for the Development of the Infant’s Brain

Learning and social and emotional experiences have an impact on gene activity, and modify the growth and function of nerve cells. As a result, and

traumatische 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

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Karl Heinz Brisch
 Kinderklinik und Poliklinik im
 Dr. von Haunerschen Kinderspital,
 Pettenkoflerstr. 8a, D-80336 München
 Tel.: 089/5160-3709, Fax: 089/5160-4730
 E-Mail:
 Karl-Heinz.Brisch@med.uni-muenchen.de

Psychische Störungen in der Pubertät

Die wichtigsten Warnsignale

VON A. MEYER

Wie war das doch gleich? Alles Grau in Grau, dann himmelhochjauchzend, im nächsten Moment wieder diese Leere – keiner versteht mich. Wer sich an seine eigene Pubertät erinnern kann, der weiß die meist verwirrenden Zeichen, mit denen sich Heranwachsende verständigen, wohl am ehesten zu deuten. Die meisten schaffen den Sprung aus dem Chaos. Doch fast jeder Fünfte schlittert in eine psychische Krise. 5% benötigen wegen Magersucht oder Depression dringend ärztliche Hilfe.


— Mit dem Beginn der Pubertät kommt auf das Kind ein komplexes Spektrum unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben zu, das es zu bewältigen gilt. Wie Mädchen und Jungen, die Eltern und das sonstige soziale Umfeld diese Phase durchleben und durchleiden, hängt von den Anlagen der Kinder, ihren bisherigen Erfahrungen und ihren bis dahin erworbenen Fähigkeiten ab.

Während der Adoleszenz müssen die physiologisch ablaufenden Veränderungen psychisch bewältigt werden. Es ist eine Zeit des Umbruchs, die einer psychosozialen Identitätskrise gleichkommt. Nichts kann so bleiben, wie es ist. Unausweichlich führen die vielfältigen anstehenden Entwicklungsaufgaben zu einem neuen Rollenverständnis (Tabelle 1).

Zwischen dem eigenen Erleben und den Anforderungen der Umwelt muss



Abb. 1 „Ich gehe“: Abschiedsbild einer 14-Jährigen vor ihrem ersten Suizidversuch.

<p>Dr. med. Andreas Meyer Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Bezirksklinikum Ansbach</p>	
---	--

eine neue Balance im Selbst austariert werden. Dies zeigt sich insbesondere in den Veränderungen des Selbstvertrauens, des Selbstwertes und der Selbstkontrolle. Die zunehmende Entwicklung der Unabhängigkeit von den bisher wichtigsten Bezugspersonen (auch heute immer noch die Eltern) hin zu der Gruppe der Gleichaltrigen mündet in eine Neujustierung der Nähe zu der Herkunftsfamilie.

Alles ändert sich!

Die körperlichen und sexuellen Veränderungen, die mit der Pubertät einhergehen, stehen am Anfang der Adoleszenz. Später stabilisieren sich die Geschlechtsrolle und die moralischen Prinzipien und am Ende stehen die Ablösung vom Elternhaus und die Berufswahl im Vordergrund. Gerade die Veränderung des Äußeren, die

bei den Mädchen früher beginnt als bei den Jungen, verlangt nach einer innerpsychischen Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. Meist führt dies zu einer Akzeptanz und darauf folgend zu einer aktiven Entscheidung für die gewandelte körperliche Erscheinung. Auch die Kleidung und die Sprache der Jugendlichen verändern sich. Worte („cool“, „geil“) und Modetrends werden zu einem Zeichen der Zugehörigkeit zu der Gruppe von Gleichaltrigen und grenzen gleichzeitig von der Welt der Erwachsenen ab. Indem Jugendliche mit riskanten und gefährlichen Verhaltensweisen experimentieren, demonstrieren sie neue Fähigkeiten und versuchen zu imponieren.

In dieser teils stürmischen Zeit der Veränderungen wollen Eltern ihre Kinder unterstützen. Sie möchten, dass es ihren Kindern gut geht. Aber die Jugendlichen fühlen sich in ihrem Erleben nicht stimmig und nicht im Einklang mit ihrem Körper. Gerade wenn Eltern verständnisvoll reagieren, fällt es ihnen noch schwerer, sich von den eigenen Eltern zu distanzieren.

Jede/r Fünfte wird psychisch auffällig

Es ist immer wieder erstaunlich, dass die komplexen Veränderungen in der körperlichen, sozialen, kognitiven und emotionalen Entwicklung von über 80% aller Jugendlichen mehr oder weniger erfolgreich gemeistert werden. Andererseits geraten 15–18% in der Pubertät in eine psychische Krise. So zeigen 10–13% aller Jugendlichen Ver-

haltensauffälligkeiten und weitere 5% schwer wiegendere psychische Störungen, die eine fachärztliche Behandlung erforderlich machen.

Die bisherigen Lebenserfahrungen der Minderjährigen geben den psychischen Störungen, die in der Pubertät auftreten, jeweils ihre individuelle Tönung. Prinzipiell lassen sie sich jedoch in der entwicklungs- und verlaufsorientierten Klassifikation von Remschmidt und Schmidt unterscheiden in:

- 1 Verhaltensvarianten und Belastungsreaktionen (z. B. Anpassungsstörungen)
- 2 Früh beginnende Störungen mit überdauernder Beeinträchtigung (z. B. hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens)
- 3 Entwicklungsabhängige Störungen (z. B. oppositionelle Störungen)
- 4 Altersspezifisch beginnende Störungen (z. B. Essstörungen)
- 5 Entwicklungsabhängige Interaktionsstörungen (z. B. induzierter Wahn)
- 6 Früh beginnende erwachsenentypische Störungen (z. B. Angst- und Zwangsstörungen).

In den vergangenen Jahren haben Essstörungen (insbesondere die Magersucht) und Angststörungen zugenommen. Mehr als 4% aller Jugendlichen leiden unter einer Depression. Sind bis zu der Pubertät mehr Jungen als Mädchen in psychischer Behandlung (bei den Viertklässlern 13,7% der Jungen und 7,6% der Mädchen), dreht sich dieses Verhältnis in der Pubertät um.



Foto: Superbild

Essen als Feind – eine Anorexie entwickelt sich meist zwischen 14 und 18 Jahren.

Mit zehn schon die erste Diät

Die Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper(gewicht) beginnt in der späten Kindheit. Einerseits nimmt in den letzten Jahren die Zahl der übergewichtigen Kinder und Jugendlichen kontinuierlich zu. Andererseits will bereits die Hälfte aller Mädchen im Grundschulalter dünner sein, als sie es sind, und viele haben schon mit zehn Jahren eine Diät hinter sich. Die Magersucht (Anorexie) beginnt teilweise in der späten Kindheit, meistens jedoch im Alter zwischen 14 und 18 Jahren. Auch Jungen sind betroffen. Besonders wichtig ist es, die ersten Symptome wahr und ernst zu nehmen (Tabelle 2).

Zuerst versuchen die Kinder über eine Reduktion der Nahrung die Gewichtsabnahme zu erreichen. Süßigkeiten und andere kalorienreiche Nahrungsmittel werden weggelassen. Dann fallen immer mehr Mahlzeiten aus und sportliche Aktivitäten nehmen zu, um Kalorien zu verbrauchen.

Auf die Magersucht folgt die Bulimie

Das tatsächliche Körpergewicht liegt mindestens 15% unter dem erwarteten Gewicht. Ab dem 16. Lebensjahr kann ein Bodymass-Index (BMI) unter 17,5 Wegweisend sein. Bei jüngeren Patienten sollten altersabhängige Gewichtskurven benutzt werden. Die zumeist intelligenten Jugendlichen entwickeln zunehmend Ängste und Zwänge und es kann zu einer Depression kommen. Viele Magersüchtige bilden im späteren Verlauf eine Fress-Brech-Sucht (Bulimie) aus. Je früher

Tabelle 1

Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz

- Akzeptieren des eigenen Körpers mit seinen Veränderungen
- Erwerb der Geschlechtsrolle
- Erwerb reiferer Beziehungen zu Gleichaltrigen beiderlei Geschlechts
- Aufnahme intimer Beziehungen zum Partner
- Gewinn emotionaler Distanz zu den eigenen Eltern
- Planung und Vorbereitung des Berufslebens
- Auseinandersetzung mit Familienplanung
- Aufbau eines stabilen Wertesystems und eigener moralischer Vorstellungen
- Entwicklung einer Zukunftsperspektive

Dreher und Dreher, 1985

hier professionelle Hilfe in Anspruch genommen wird (teilweise auch gegen den Willen der Minderjährigen), desto eher kann eine Chronifizierung vermieden werden.

Depression bleibt häufig unerkannt

Etwa 1% aller Vorschul- und 2% aller Grundschul Kinder leiden an einer Depression. Depressionen bei Kindern zeigen sich in Spielunlust, Freud- und Antriebslosigkeit, einem niedrigen Selbstwertgefühl, einer traurigen Stimmung sowie in Schlaf- und Appetitstörungen (Tabelle 2). Bis zur Pubertät sind genauso viele Mädchen wie Jungen betroffen. In der Pubertät sind bis zu 5% der 15- bis 18-Jährigen depressiv, die Mädchen dann zwei- bis dreimal häufiger als die Jungen.

Oft begünstigen belastende Lebensereignisse die Entstehung. Aber auch ohne erkennbaren äußeren Anlass können Depressionen auftreten. Leider wird die Krankheit bei Jugendlichen auch heute noch häufig nicht erkannt, sodass vermutlich weniger als die Hälfte aller Pubertierenden mit einer Depression auch eine Therapie erhalten. Da die heutigen kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten vielfältig und erfolgreich sind, ist dringend der Kontakt zu einer/m Fachärztin/Facharzt zu empfehlen.

Suizid als zweithäufigste Todesursache

Bei fast jedem dritten Pubertierenden treten irgendwann einmal Suizidgedanken auf. Etwa 5–8% aller Jugendlichen begehen einen Selbstmordver-

such (Abb. 1), wobei eine erhebliche Dunkelziffer besteht. Bis zu 350 Kinder und Jugendliche bringen sich pro Jahr in Deutschland um. Der Suizid ist nach dem Verkehrsunfall die zweithäufigste Todesursache bei Jugendlichen. Auch wenn (glücklicherweise!) nur ein kleiner Teil der Suizidversuche zum Tod führt, muss trotzdem jeder Suizidversuch sehr ernst genommen werden, da jede/r Vierte innerhalb von sechs Monaten einen zweiten Suizidversuch unternimmt.

Warnsignale sind der Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen (v. a. von Gleichaltrigen), Aggressionen gegen die eigene Person, Selbstmordphantasien und vermehrte körperliche Beschwerden (Tabelle 2). Jede Selbstmordäußerung sollte unbedingt ernst genommen werden. Hier zu schweigen und nicht darüber zu sprechen ist gefährlich. Nur der offene Umgang mit den Suizidgedanken vermindert das Risiko. Es muss daher unsere Aufgabe sein, diese Jugendlichen aktiv anzusprechen, den Kontakt mit ihnen zu halten und eine Hilfeleistung anzubieten.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. Andreas Meyer
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Bezirksklinikum Ansbach
Feuchtwanger Straße 38, D-91522 Ansbach
Tel.: 0981/4653-1850, Fax: 0981/4653-1855
E-Mail:
dr.andreas.meyer@bezirkskliniken-mfr.de

Tabelle 2

Häufige Warnsignale psychischer Störungen in der Pubertät

Magersucht

- Reduktion der Nahrungsmenge
- Veränderung der Nahrungszusammensetzung (Reduktion der Kalorien)
- Abnahme des Körpergewichts
- Ziel, weiterhin abnehmen zu wollen
- Gefühl, zu dick zu sein
- Regelmäßige Gewichtskontrolle
- Angst vor Gewichtszunahme

Depression

- Abnahme der Kontakte zu Gleichaltrigen
- Vernachlässigung der bisherigen Hobbys
- Nachlassen der schulischen Leistungen
- Stimmungsschwankungen
- Körperliche Beschwerden wie Appetit- und Schlafstörungen, auch Kopf- und Bauchschmerzen

Suizidalität

- Rückzug aus zwischenmenschlichen Beziehungen (insbesondere zu Gleichaltrigen)
- Aggressionen gegen die eigene Person
- Selbstmordphantasien
- Vermehrt körperliche Beschwerden

Zusammenfassung | MMW-Fortschr. Med. 147 (2005), 218–221

Psychische Störungen in der Pubertät

Die Pubertät ist durch ein komplexes Muster unterschiedlicher Entwicklungsaufgaben gekennzeichnet. In dieser Zeit der teils stürmischen Veränderungen muss eine neue Balance zwischen dem eigenen Erleben und den Anforderungen der Umwelt hergestellt werden. In dieser Lebensphase geraten etwa 18% aller Jugendlichen in eine psychische Krise, 5% benötigen eine fachärztliche Behandlung. Psychische Störungen in der Pubertät wie Magersucht, Depres-

sion oder Suizidalität lassen sich nach ihrer Entwicklung und ihrem Verlauf klassifizieren. Sie müssen ernst genommen und so frühzeitig wie möglich behandelt werden.

Schlüsselwörter: Pubertät – Magersucht – Depression – Suizidalität

Mental Disorders in Puberty

Puberty is characterized by a complexity of different developmental tasks. During this period of sometimes dramatic changes, the adolescent must find a new

balance between personal experiences and the demands made by the environment. In this period of development, some 18% of all adolescents experience a mental crisis, and 5% need specialist treatment. Such mental disorders in puberty as anorexia nervosa, depression or suicidality can be classified on the basis of their development and course. They must be taken seriously and treated as early as possible.

Keywords: Puberty – Anorexia nervosa – Depression – Suicidality