

Curriculum Psychosomatische Grundversorgung, Bad Nauheim,
8.- 10.6.2007

Die Psychosoziale Entwicklung von Kindern und spezifische Lebenskrisen; Sucht als zentrales Problem

©: Pierre E. Frevert 2007

Anschrift: pierre.frevert@dgn.de

Für Rückfragen: Pierre E. Frevert, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie/ Psychoanalyse. Liebigstr. 8a, 60323 Frankfurt.
Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors

Einleitung

Bevor wir uns der psychosozialen Entwicklung von Kindern – gemeint sind sowohl Kinder als auch Jugendliche - widmen und die spezifischen Lebenskrisen als Ausgangspunkt für eine psychopathologische Entwicklung betrachten und unseren Fokus dabei auf die Sucht als zentrales Problem richten, ist es nützlich zunächst folgende Unterscheidungen vorzunehmen.

Kind/Jugendlicher - Das Alter des Kindes ist entscheidend

Die Beziehungen, die der Arzt zu den „Unter 18 Jährigen“ aufnimmt, sind unmittelbar vom Alter abhängig. Es ist nämlich ein Unterschied, ob der Arzt sich einem Neugeborenem, einem Kleinkind, einem Schulkind oder einem Adoleszenten zuwendet.

Jeder Arzt, nicht nur der Kinder- und Jugendarzt und der Kinder- und Jugendpsychiater oder –therapeut, der ein Kind mit psychopathologischer Auffälligkeit, - sei sie auch zunächst somatisch exprimiert – untersucht, tut dies auf den Hintergrund des psychosexuellen, kognitiven und sozialen Entwicklungsstand seines jungen Patienten.

Die psychosexuelle, psychosoziale und kognitive Entwicklung eines Kindes ist von verschiedenen Richtungen her untersucht worden. Hier wird exemplarisch auf die Forschungsansätze von Freud, Erikson, Piaget und Bowlby verwiesen, die in der Gesamtschau ein recht differenziertes Bild über die Entwicklung und potentielle Gefährdungsquellen eines Kindes oder Jugendlichen Auskunft geben.

Psychosexuelle Entwicklung nach Freud (Phasenmodell)

Nach S. Freud (1856-1939) durchläuft die Psychosexuelle Entwicklung festgelegte Phasen (Phasenmodell), die einhergehen mit der psychomotorischen Reife des Kindes. Außeneinflüsse können die Ursache für eine Fixierung auf einer bestimmten Stufe oder eine Regression (Zurückfallen) auf eine bereits überwundene bewirken. Diese Störungen des Durchlaufens der Entwicklungsphasen ist ursächlich an der Ausbildung der Neurosen, sowohl im Kindesalter bis ins reife Erwachsenenalter verantwortlich. Aufgrund der aktuellen Störungsart lässt sich rückwirkend auf die betreffende Phase aus der Kindheit schließen.

Die Phasen sind:

- 0 - 1 Jahre: **Orale Phase** (Höchste Lustbefriedigung über den Mund): Optimismus versus Depression/Misstrauen;
- 1 bis 9 Monate: Oral-Inkorporative Phase
- 6 bis 12 Monate: Oral- Sadistische Phase
- 1 - 3 Jahre: **Anale Phase** (Über die lustvoll erlebte Ausscheidung lernt das Kind, dass es von den Eltern unabhängig sein kann) : Autonomie versus Scham/Zwang; Spontaneität versus Zwanghaftigkeit;
- 9 bis 15 Monate: Anal-Sadistische Phase
- 12 bis 18 Monate: Anal-Retentive Phase
- 3 - 6 Jahre: **infantil-genitale (ödipale, phallische) Phase** (Ödipuskomplex mit Kastrationsangst beim Knaben und Penisneid beim Mädchen und Identifikation mit gleichgeschlechtlichem Elternteil):
- Initiative - Kastrations-Angst/Schuld/Psychosexuelle Unsicherheit
- 17 bis 60 Monate: Phallische (genitale oder ödipale) Phase (Nach Platten 2000) Im Alter von 4.-5. Lebensjahr kann abhängig von Erziehungs- und Umweltbedingungen die Hemmung der Initiative oder die Entstehung eines Schuldgefühls beobachtet werden. Der **Ödipuskomplex** bedeutet in Wirklichkeit nicht, dass das Kind den gegengeschlechtlichen Elternteil liebt und den gleichgeschlechtlichen hasst, sondern, dass es *beide* liebt, aber den gegengeschlechtlichen nicht um den Preis der Trübung des Verhältnisses zum gleichgeschlechtlichen gewinnen kann. In diesem Loyalitätskonflikt werden Ängste und Schuldgefühle mobilisiert. Wenn das Kind seine Phantasieziele gegenüber dem gegengeschlechtlichen aufgibt und sich mit dem gleichgeschlechtlichen **identifiziert**, spricht man von der Überwindung des Ödipuskomplexes (Hoffmann und Hochapfel 2004, S. 37)
- **Latenzzeit** (Schulalter)
- **Genitale Phase** (ab Pubertät): Adoleszenz

Zu ergänzen wäre noch eine zusätzliche Phase vor der Oralen Phase, die von der Geburt des Säuglings bis zum ersten Lebensjahr reicht und „narzisstische“ oder „**Intentionale Phase**“ (Klußmann 1993, 2002) genannt wird. Hier steht Urvertrauen und Geborgenheit gegen Urmisstrauen und Kontaktstörung.

Die weitere Entwicklung von der Latenz (6-11 Jahre, Vorpupertät) über die Adoleszenz (15.- 16. Lebensjahr ± 2-3 Jahre) bis hin zum Erwachsenenalter hat Freud in seinem Werk nicht mehr vertieft. Es ist das Verdienst von Erik H. Erikson (1904-1994) sich insbesondere der Adoleszenz unter dem Gesichtspunkt von Identität und Lebenszyklus (1973) bis zum Lebensalter gewidmet zu haben.

Entwicklungsphasen nach Erikson

Erikson gliederte die menschliche Entwicklung in 8 Phasen, die sich über das gesamte Leben erstrecken:

1. Urvertrauen versus Urmisstrauen: 1. Lebensjahr; entsprechend den Umweltbedingungen lernt das Kind seiner Umgebung zu vertrauen oder zu misstrauen. (Die Phase entspricht der oralen Phase nach Freud).

2. Autonomie versus Scham und Zweifel: 2. - 3. Lebensjahr; durch die Möglichkeit die Umwelt unabhängig zu erforschen, kommt es zur Autonomie. Bei übermäßiger Kritik oder Unterdrückung der kindlichen Neugier zu Scham und Zweifel. (Entspricht der analen Phase nach Freud).

3. Initiative versus Schuldgefühl: 4.-5. Lebensjahr; abhängig von Erziehungs- und Umweltbedingungen entsteht Initiative oder Schuldgefühl. (Entspricht der phallischen Phase nach Freud).

4. Leistung versus Minderwertigkeit: 6.-11. Lebensjahr; von Bedeutung sind nun auch Schule und Gleichaltrige. Bei Unterdrückung der Aktivitäten kommt es zu Minderwertigkeitsgefühlen. (Entspricht der Latenzzeit von Freud).

5. Identität versus Rollendiffusion: 12.-18. Lebensjahr; der Jugendliche entwickelt seine eigene Identität, seine eigenen Ziele oder es entwickeln sich negative Weltbilder mit Rollendiffusion, z.B. Drogenabhängigkeit oder Kriminalität bei Jugendlichen. (Nach Freud beginnt hier die genitale Phase).

6. Intimität versus Isolation: junges Erwachsenenalter; es entstehen emotionale, sexuelle oder moralische Bindungen an andere Personen oder aber Isolation und Einsamkeit.

7. Zeugende Fähigkeit versus Stagnation: mittleres Erwachsenenalter; Familie, Beruf und gesellschaftliche Interessen können im Mittelpunkt stehen oder es kommt zur Stagnation.

8. Ich-Integrität versus Verzweiflung: Alter; entweder beschließt der alte Mensch sein Leben mit Zufriedenheit und positiver Rückschau oder er reagiert mit Verzweiflung, da er seine Ziele im Leben nicht erreichen konnte.

(nach Kandel 2004)

Die Ansätze von Freud und Erikson haben sich durch langjährige Forschung bewährt und sind daher als „repetitive Konfliktmuster“ in die **Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD 2001)** eingegangen. Die Zentralen Konflikte lauten dort:

- **Abhängigkeit versus Autonomie**
- **Unterwerfung versus Kontrolle**
- **Versorgung versus Autarkie**
- **Selbstwertkonflikte (Selbst- versus Objektwert)**
- **Schuldkonflikte (egoistische versus prosoziale Tendenzen)**

- **Ödipal-Sexuelle Konflikte**
- **Identitätskonflikte (Identität versus Dissonanz)** (Hoffmann und Hochapfel 2004, S. 18)

Neben der psychosexuellen Entwicklung spielt für das Kind auch die kognitive Entwicklung oder auch Intelligenzentwicklung eine zentrale Rolle. Jean Piaget (1896-1980), der schweizer Entwicklungspsychologe hat die kindliche Intelligenzentwicklung in 5 Phasen beschrieben. Er distanzierte sich gegen das Modell des Behaviourismus.

Stadien der kognitiven Entwicklung nach Piaget

1. **Sensomotorisches Stadium** (0-2 Jahre) – Erwerb von sensomotorischer Koordination, praktischer Intelligenz und Objektpermanenz; Objektpermanenz aber noch ohne interne Repräsentation: reflexartige Verhaltensweisen, unbewusste Verknüpfung von Mittel und Zweck, aktives Experimentieren, spontanes Erfinden.
2. **Präoperationales Stadium** (2-7 Jahre) – Erwerb des Vorstellungs- und Sprechvermögens; gekennzeichnet durch Realismus, Animismus und Artifizialismus (zusammenfassend: Egozentrismus). Entscheidend ist das Entstehen von Vorstellungen und innerer Nachahmung. Das Denken ist sehr egozentrisch und stark am Konkreten, Realistischen orientiert. Symbolfunktionen werden erlangt (Voraussetzung für den Spracherwerb).
3. **Konkretoperationales Stadium** (7-11 Jahre) – Erwerb von Dezentrierung, Reversibilität, Erhaltung, Seriation, Klasseninklusion und Transitivität. Das Denken erfolgt in Vorstellungen dem tatsächlichen Ablauf der Dinge. Es ist eingleisig und phänomengebunden. Vordergründig-aufdringliche Aspekte können noch nicht durch theoretische Beziehungen aufgelöst werden (gleiche Menge von Perlen in einem schmalen und breiten Gefäß wird nicht als gleich erkannt).
4. **Formaloperationales Stadium** (11-16 Jahre) – Erwerb der Fähigkeit zum logischen Denken und der Fähigkeit Operationen auf Operationen anzuwenden. Das Kind berücksichtigt verschiedene Beziehungen bei einem Problem. Denkvorgänge werden reversibel. Logisch arithmetische Operationen (Addition, Subtraktion) werden verstanden, wenn sie konkreten Charakter haben.
5. **Methoden-Kritik** – (ab 12. Lebensjahr): Denken reflektiert sich selbst methoden-kritisch. Denkopoperationen werden unabhängig vom Gegenständlichen. Die Richtigkeit eines Gedankenganges muss nicht mehr in der Realität geprüft werden. Kombinationen können gedanklich systema-

tisch durchgespielt werden. Begriffe wie „Wahrscheinlichkeit“ oder „Zufall“ werden verstanden. (stark modifiziert nach Kandel 2004)

Neben der Psychosexuellen Entwicklung des Kindes (Freud, Erikson) und seiner kognitiven Entwicklung sind für das Verständnis eines Kindes die Bindungstheoretischen Annahmen von Bowlby und Ainsworth von zunehmender Bedeutung.

Die Bindungsforschung von Bowlby

Die Bindungstheorie wurde durch den britischen Psychiater John C. Bowlby (1907 -1990) theoretisch begründet und in langjähriger Zusammenarbeit mit der Kanadierin Mary S. Ainsworth (1913- 1999) empirisch erhärtet. Bowlby misstraute gleichermaßen den quasi physikalischen Erklärungsversuchen des Behaviorismus, für den sich jedes beobachtbare Verhalten in ein Reiz-Reaktionsschema pressen lässt, wie auch den empirisch nicht verifizierbaren Hypothesen der Psychoanalyse. Nach Bowlby ist jeder Mensch von Geburt bis zum Tod mit Bindungsverhalten ausgestattet. Dieses Bindungsverhalten wird nur in Not- und Kammersituationen aktiviert. Die Pflegeperson, die nach heutigem Forschungsstand im Gegensatz zur Annahme Bowlbys nicht nur die Mutter sein muss, dient dem Kind als sichere Basis zu dem es in Alarmsituationen zurückkehren kann. Ein nicht aktiviertes Bindungsverhalten (und damit Sicherheit) ermöglicht dem Kind, die Welt zu erkunden und sich zu entwickeln, ein aktiviertes Bindungsverhalten führt zu ängstlichem Rückzug und Anklammerung. Es ist entscheidend wie *feinfühlig* also empathisch die Bezugsperson auf die Bedürfnisse des Kleinkindes eingeht und diese befriedigen kann. Die Erfahrungen mit diesen nahe stehenden Personen werden in so genannten *internalen Arbeitsmodellen* (d.h. aus den Erfahrungen resultierenden Erwartungen) gespeichert und finden in **vier unterschiedlichen Bindungsqualitäten/ -typen/ -stile**) ihren Ausdruck. Diese sind:

- Die sichere Bindung (B-Bindung)
- Die unsicher-ambivalente Bindung (C-Bindung)
- Die unsicher-vermeidende Bindung (A-Bindung)
- Die desorganisierte Bindung (D- Bindung)

Sichere B-Bindung (55%)

Sicher gebundene Kinder sind zuversichtlich in Bezug auf die Verfügbarkeit der Bindungsperson. Diese Kinder sind zuversichtlich in Bezug auf die Verfügbarkeit der Bindungsperson. In ihrer Anwesenheit fühlen sie sich sicher und explo-

rieren mutig die Umgebung. Diese Kinder sind in der Lage ihre Betroffenheit offen auszudrücken. Ein Kind, welches sich in Trennungssituationen ruhig verhält ist kein sicher gebundenes Kind. Diese Kinder können ein Gefühl der Selbstbestimmung entwickeln, weil sowohl ihre Bindungswünsche verstanden, als auch ihre Neugier unterstützt wird. Sie erfahren sich selbst als liebenswert und entwickeln ein positives Selbstbild. Erwachsene mit sicher-gebundenem Bindungsstil haben Zugang zu ihren Gefühlen und betrachten andere Menschen grundsätzlich als vertrauenswürdig. Beziehungen haben einen hohen Stellenwert. Sie sind in der Lage sich selbst zu helfen, aber auch die Hilfe anderer anzunehmen, da sie sich dessen wert fühlen.

Unsicher vermeidende A-Bindung (25%)

Dieser Bindungstyp ist geprägt vom Vermeidungsverhalten. Es gibt kaum Mutter-Kind-Interaktion oder eine vom Kind ausgehende Kontaktaufnahme. Zeigt das Kind bei der Begrüßung der Bezugsperson die „kalte Schulter“, lässt es Rückschlüsse auf eine unsicher-vermeidende Bindung zu. Die Ausbildung vermeidender Verhaltensstrategien senkt für Kinder das Risiko erneuter Zurückweisung und damit weiterer Verletzung ihrer kindlichen Gefühle. Indem es möglichst nichts Eigenes will und es vermeidet, Gefühle zum Ausdruck zu bringen, geht es Konflikten und Kritik seitens der Eltern aus dem Weg, welche wie schmerzvolle Zurückweisungen erlebt werden. Unsicher-vermeidende Kinder sind also eher brav und angepasst. Es wird Stresssituationen vermeiden, weil es Angst hat, durch sein Verhalten noch mehr Stress zu bekommen. Da keine positive Erwartungshaltung aufgebaut wurde, können negative Gefühle nicht auf ein positives Ziel hin integriert werden und das Kind beginnt sich dauerhaft emotional von der Umwelt zurückzuziehen, seine Bedürfnisse nach Kontakt, Nähe und Zuwendung zu unterdrücken und emotional selbstgenügsam zu werden. Eltern sind beim Versorgen ihres Nachwuchses häufig ungeduldig, ärgerlich oder grob. Im Erwachsenenalter zeigt sich eine unsicher-vermeidende Bindung in der betonten Unabhängigkeit der eigenen Person, in der kein Platz für Nähe und Beziehungen ist und Gefühle nicht gezeigt werden. Darüber hinaus entwickeln sie zum Teil schwere Persönlichkeitsstörungen, die von zwanghafter Selbstgenügsamkeit bis hin zu andauernder Delinquenz reichen können

Die unsicher-ambivalente C-Bindung (10-20%)

Diese Kinder sind in der Fremden Situation unruhig und ihr Bindungssystem ist bereits wegen der fremden Umgebung und der fremden Person aktiviert. Die Kinder hängen mehr an der Mutter, als ihre Umwelt zu explorieren. Kehrt die Mutter zurück suchen sie zwar Nähe und Kontakt, dieser ist jedoch von wütendem oder widerstrebendem Verhalten begleitet. Sie lassen sich nur äußerst schwer beruhigen und zeigen kaum Explorationsverhalten. Es herrscht eine unzufriedene und quengelige Stimmung. Kinder dieses Bindungstyps sind sich unsicher, ob die Bindungsperson bei Bedarf verfügbar sein könnte. Deshalb ist ihre gesamte Aufmerksamkeit sehr stark auf sie gerichtet, was sich in ambivalentem Nä-

he suchen mit gleichzeitiger Abwendung ausdrückt. Hieraus entsteht eine übermäßige Anhänglichkeit mit Anklammern und Trennungsangst, aber auch Ärger auf die Bindungsperson. Kinder, die ihre Bindungsperson gelegentlich zugewandt, gelegentlich zurückweisend, ignorierend oder feindselig erleben und daher in Belastungssituationen die Erfahrung wechselhafter und wenig nachvollziehbarer elterlicher Verhaltensweisen machen, entwickeln eine unsicher-ambivalente Bindung. Diese Mütter sind mit sich und ihren eigenen Belangen beschäftigt und widmen sich ihrem Kind nur gelegentlich. Oder die Bindungsperson toleriert die Neugier ihres Kindes nicht oder entmutigt es bei Autonomiebestrebungen. Ein häufig festgestelltes Muster ist die Drohung das Kind zu verlassen, wenn es beispielsweise nicht gehorsam ist. Erwachsene mit einem unsicher-ambivalentem Bindungsstil sind oft hin- und hergerissen zwischen dem Bedürfnis nach Nähe zu anderen Personen und der gleichzeitigen Furcht, dass dieses Bedürfnis nicht erwidert wird. Sie sind in einem lebenslangen Kampf um Zuneigung verstrickt. Sie neigen eher zu unangepasstem Verhalten anderen gegenüber, zu Fehleinschätzungen anderer im Hinblick auf deren Pläne und Ziele und zu einer mangelhaften Integration und Kohärenz der Gefühle, vor allem negativer Gefühle in Zusammenhang mit Belastungen.

Unsicher-Desorganisierte D-Bindung (10-20%)

Auffällige Merkmale von Desorientierung wie Nähesuchen zur Bindungsperson, das kurz vor dem Körperkontakt abgebrochen wird, plötzliches Erstarren, zielloses Umherirren oder Verhaltensstereotype sind Zeichen einer desorganisierten Bindung. Bei besonders risikoreichen Eltern-Kind-Beziehungen (durch Misshandlungen, Missbrauch oder traumatische, unverarbeitete Verluste in der Familiengeschichte) kann es zu zeitweisen Zusammenbrüchen der Bindungsstrategien kommen. Kleinkinder sind lange Zeit nicht in der Lage, eine klare Bindungsstrategie zu entwickeln und ihre Erwartungen an die Bindungsperson in einem Arbeitsmodell abzubilden. Im Laufe der Zeit entwickeln sie eine kontrollierende Strategie, die sich schon kleine Kinder für das Wohlergehen der Eltern verantwortlich fühlen lässt, was in überfürsorglichem Verhalten ihren Ausdruck findet. In allen Beziehungen, die solche Personen eingehen, sind sie die Fürsorge Gebenden. Die Bindungsperson ist in ihrer Funktion als feinfühliges Mutter nur eingeschränkt tauglich. Die Desorganisation des Erwachsenen äußert sich in verbalen und gedanklichen Inkohärenzen und Irrationalitäten bei ganz bestimmten Bindungsthemen wie Tod, Trennungen oder der Beschreibung eines erlebten Missbrauchs. Das nicht verarbeitete Trauma hängt eng mit einer desorganisierten Bindung zum eigenen Kind zusammen.

Kinder und Jugendliche in Lebenskrisen

Erikson hat das Leben als eine Entwicklung in und aus Krisen heraus beschrieben. Heute lässt sich der von ihm aufgestellte „Lebenskrisenfahrplan“ so nicht halten, weil unzählige beobachtete Entwicklungen bei Kindern und Jugendlichen die von ihm beschriebene zyklischen Krisen vermissen lassen oder nur ansatzweise aufweisen. Dennoch ist sein Schema für das Verständnis von Entwicklungshemmungen und altersentsprechender Vulnerabilität hilfreich. Zusammen mit den Erkenntnissen von Bowlby bezüglich des Bindungsverhaltens lassen sich psychosomatische Auffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter besser verstehen.

Im Rahmen der **lebenszyklischen Veränderungsprozesse** wie beispielsweise beim Abstillen, Aufnahme in den Kindergarten, Einschulung, Peergroup-Aufnahme, erste Paarbeziehung, Ausbildung, Auszug von Zuhause usw. gerät das Kind bzw. der Adoleszente in eine **Anpassungskrise**. Der Konflikt besteht nun darin, dass es einerseits eine Veränderung anstrebt (nicht mehr der/die Kleine sein wollen), aber hierdurch den Liebesverlust der Eltern fürchtet, was eine regressive Bewegung auslöst. Die Konfliktlösung wird im psychosomatischen Symptom gesucht. Aggressive Impulse werden nach außen auf die Eltern und von diesen in der Therapie auf den Therapeuten verschoben. Indem ein Familientherapeut die Eltern schützt, entlastet er die Eltern. Indem er zwischen Eltern und Kind „übersetzt“, löst er die „Sprachverwirrung“ und Anpassungshemmnisse auf.

Mit der psychosexuellen Entwicklung in und nach der Pubertät gehen sexuelle und aggressive Impulse des/der Jugendlichen einher, die das Einfühlungsvermögen und Verständnis der Eltern oder der Erzieher empfindlich mindern können. Es kommt zu einer symmetrischen Eskalation. Wird die Vulnerabilität überbeansprucht, kommt es zur psychosomatischen Dekompensation. Ein Familientherapeut versteht das Symptom interpersonell. Er deutet Problemkonstruktionen um und schafft durch das Setting eine Triangulierung. Er bewahrt die gleiche einfühlende Distanz zu allen Beteiligten und achtet auf alltagstaugliche Vermittlung. (Overbeck 2000)

Alterstypische Problemkonstellationen bei Kindern und Jugendlichen

Um den altersspezifischen typischen Problemkonstellationen gerecht zu werden, ist es sinnvoll eine Unterscheidung nach dem Alter vorzunehmen.

Für das **Säuglingsalter** lassen sich folgende neurophysiologischen Entwicklungsstörungen unterscheiden:

- Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus
- Fütter- Essstörungen
- Verdauungsstörungen
- Störung der Bindungsentwicklung
- Störung des Verhaltens (Schreien, Überängstlichkeit)

Im **Kleinkindalter** findet man:

- Schlafstörungen, Wutanfälle, Unaufmerksamkeit
- Rumination, Esssucht, Stereotypien, Autismus

Störungen im Vorschulalter sind :

- Schlafstörungen, Stereotypien, Hyperaktivität, Impulsivität
- Stottern, Tics, Enkopresis, Mutismus, Autismus, psychosomatische Beschwerden

Im Schulkindalter imponieren folgende Störungsbilder:

- Emotionale Störungen (Schul- Prüfungsangst, Depression, Suizidalität)
- Hyperkinetische Syndrome
- Dissoziale Störungen

In der Pubertät und Adoleszenz finden sich folgende Auffälligkeiten:

- Emotionale Störungen
- Dissoziale Störungen
- Hyperkinetische Syndrome
- Bulimie
- Anorexia nervosa

(Nach Ott 2004)

Typische Psychosomatische Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen und wichtige Beziehungsmuster in den Familien

Beispiele von psychosomatischen Störungsbildern bei Kindern

- Zu den psychogene Essstörung im Säuglingsalter gehört die **Rumination**, das Wiederkauen des Speisebreis. (ICD10: F98.2: Fütterungsstörung im frühen Kindesalter). Hierbei kann eine *überängstliche*, überbehütende und stark kontrollierende, weil sehr verunsicherte Mutter oder Bezugsperson (**overprotecting**) den Säugling zu tiefst beunruhigen. Im umgekehrten Fall ist die Mutter oder Bezugsperson *sehr depressiv* oder emotional abwesend das führt zu einer Vernachlässigung (**Deprivation**) bis hin zur Entwicklung einer **anaklytischen Depression** oder bei völligem Affektentzug zum **Marasmus** kommen. Die Versorgung findet ohne affektive Mitschwingung, sondern eher mechanisch statt. Der Säugling wird extrem selbstgenügsam und zeigt kaum Interesse an seiner Umwelt und Ernährung. Schließlich kann die Mutter oder Bezugsperson Diskontinuität und *Affektlabilität* zeigen, indem sie zwischen Nähe und Desinteresse schwankt, was bis hin zu Aggressionen gegen das Baby führen kann (Ambivalenz). Der Säugling wird verwirrt, seine Orientierung an Signalen ist tief gestört. Das Oszillieren zwischen Verwöhnen und Feindseligkeit führt zur **Hypermotilität** (Schaukeln) des Säuglings. Zyklische Stimmungsverschiebungen der Mutter werden als Ursache von Koprophagie diskutiert. Bei Kindern kann sich ein **pavor nocturnus** entwickeln. Wenn zu diesem Halluzinationen anschließend eine retrograde Amnesie folgt, ist an die Möglichkeit einer chronisch sexuellen Traumatisierung zu denken (Klußmann 2002, S. 390)

Die **Enuresis** ICD10: F98.0 ("Bettnässen) ist ein weit verbreitetes Symptom einer somatisierten Reaktion auf eine psychische oder soziale Störung. Dabei ist besonders auf die Reaktionen aller Familienmitglieder auf das Symptom zu achten. Eine Ursache kann eine zu frühe und rigide Sauberkeitserziehung sein ebenso die Geburt eines Geschwisterchen oder der Eintritt in den Kindergarten oder in die Schule. Wenn die Enuresis erstmals jenseits des 5. Lebensjahres kann sie Ausdruck einer tiefen seelischen Störung sein (primäre Enuresis). Tritt die Enuresis nach ihrem natürlichen Abklingen plötzlich wieder auf, handelt es sich möglicherweise um eine Regression auf ein belastendes Ereignis (Sekundäre Enuresis). Geeignet erscheint eine Familientherapie und ein individuell angepasstes Vorgehen, das somatische Faktoren nicht außer Acht lässt, aber eine Fixierung darauf vermeidet. In der Form der Verarbeitung von **Abhängigkeitswünschen und Aggressionsbedürfnis** als gelebte Abhängigkeit und

gehemmte Aggression bei der Colitis Ulcerosa, der Adipositas, der Hypochondrie oder der Herzneurose finden, während eine Pseudounabhängigkeit und unterschwellige Aggressivität sich bei Morbus Chron, Asthma bronchiale – der häufigsten Psychosomatischen Erkrankung des Kindesalters – der KHK und der essentiellen Hypertonie/gehemmter Typ finden lässt. Bei der Anorexia nervosa und essentiellen Hypertonie/eruptiver Typ findet man eine gelebte Unabhängigkeit und eine direkte Äußerung von Aggressivität.

Beispiele von psychosomatischen Störungsbildern bei Jugendlichen

- Psychogene Körperstörungen bei Jugendlichen werden als Konversions- und Somatisierungsstörungen im ICD10: F44 und F45.0 klassifiziert. Als Risikofaktoren findet man ein schwerwiegendes konfliktreiches familiäres Milieu sowie Indikatoren für Vernachlässigung oder sexuellen Missbrauch. Auch können Jugendliche in der Pubertätskrise mit Abhängigkeit von Bezugspersonen mit einer Selbstwertkrise reagieren, die sich in somatischen Symptomen äußert. Psychisch weniger differenzierte junge Menschen gewinnen einen sekundären Krankheitsgewinn, wenn die Familie oder der behandelnde Arzt oder beide somatisch fixiert sind. Als Symptompräsentation kommen insbesondere Kopf- und Rückenschmerzen in Betracht (Schüßler2001).

Konsequenz für die Arzt-Patientenbeziehung

Im Kontakt mit dem Kind oder Jugendlichen gewinnt der Arzt einen Eindruck über den **Entwicklungsstand der Emotionen**. Ein Kind ist sehr auf seine Eltern angewiesen. Es äußert seinen Wunsch nach Veränderung unmittelbar und zuweilen aggressiv. Dies hat zur Folge, dass es sich vor Sanktionen fürchtet und insbesondere Angst entwickeln kann, fallen gelassen zu werden. Seine negativen Gefühle wird es auf andere projizieren, die es als böse empfinden wird. Ein/e Jugendliche/r dagegen kann unter heftigen sexuellen und aggressiven Triebkonflikten leiden, die er/ sie gegen die Eltern richten kann, was die gegenseitige Verständigung mit jenen trübt und zu einer sog. symmetrischen Eskalation führen kann. Wenn die Vulnerabilitätsgrenze des Jugendlichen/ der Jugendlichen überschritten wird, kommt es zur Dekompensation mit zahlreichen Manifestationen, wie depressiver Rückzug, aggressive Ausbrüche, psychosomatische Symptombildung u.v.m.

Teil 1: Sucht als zentrales Problem

Die Zahlen:

In der bundesweiten Studie des Robert-Koch-Institutes mit dem Titel „Kinder- und Jugendsurvey (KiGGS)“ wurden Krankheiten des Kindes- und Jugendalters erhoben. Allgemein zur Seelischen Gesundheit wurde festgestellt, dass 22 % der Kinder und Jugendlichen Hinweise auf psychische Auffälligkeiten haben und bei 10 % eine psychische Störung im engeren Sinne konstatiert wurde. Bei letzteren dominierten mit 10 % die Störungen des Sozialverhaltens, gefolgt von den Ängsten (7,6 %) und Depressionen (5,7%), bzw. 18 % der 12 – 17 jährigen. 18 % wiesen Symptome von ADHS auf.

Fünf Millionen Jugendliche gelten in Deutschland als Suchtgefährdet (FR, 15.05.07). Bei dem Suchtproblem Nr. 1, dem Tabakkonsum und das Passivrauchen stellen die Wissenschaftler fest, dass 30 % der Kinder und Jugendlichen zwischen 14 und 17 Jahren rauchen, davon 21 % täglich. Ein Fünftel der Nichtrauchenden Jugendlichen sind täglich Tabakrauch ausgesetzt. (Mabuse 2007, S. 27). Der 110. Deutsche Ärztetag (15. bis 18.5.2007) stellte sich dem Thema Kindergesundheit in Deutschland und stellt fest, dass 5 % der Kinder hierzulande ein hohes Risiko für Vernachlässigung (etwa 30.000 Kinder eines Geburtsjahrganges) haben, was auch schon zum Suchtproblem führt. Denn Mütter und Eltern, die vernachlässigen, haben oft Alkohol und Drogenprobleme (Bühning, 2007, S. C421). Neun Prozent der 16 bis 17 Jährigen betreiben Alkoholmissbrauch, vier Prozent sind alkoholabhängig,. Rund fünf Prozent aller Todesfälle im Alter von 15 bis 29 Jahren sind auf Alkoholkonsum zurückzuführen. Es sind besonders junge menschen, die das „binge-drinking“ oder „Koma-Saufen“ betreiben. (Deutsches Ärzteblatt 2007, S. C1280-C1285). Während die Öffentlichkeit eine exakte Angabe über die Drogentote erhält (1296 im Jahre 2006) gehen die wesentlich höheren Todesfälle durch Tabakkonsum (140.000) und Alkohol (40.000) fast unter (Ärztliche Praxis 15.05.07). Dabei hat Nikotin ein weitaus höheres Suchtpotential als Heroin. 32 % derjenigen, die eine Zigarette probieren, werden abhängig. Beim Heroin sind es 20 %. (Nassoufis in FR vom 31.05.2007). Es ist erwiesen, dass Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen unter 14 Jahren einen späteren illegalen Drogenkonsum begünstigen. Bei den rauchenden Mädchen geben zwei Drittel von ihnen an, mit ihrer Figur unzufrieden zu sein und mehr als ein drittel der Mädchen zwischen elf und 20 raucht wegen der Figur (Ärztliche Praxis 18, 01.05.2007), womit auch das Problem der Essstörungen angesprochen sei, wovon immerhin 32 % der befragten Kinder betroffen sind und die Mädchen ab dem 11. Lebensjahr die Jungen übertreffen (Mabuse 2007, S. 27). Die WHO befragte 2003 Jungen und Mädchen im Alter von 11 bis 15 Jahren nach ihren Motiven, mit dem Rauchen anzufangen. Das durchschnittliches Einstiegsalter lag bei Jungen bei 11,8 Jahren und bei Mädchen bei 12,3 Jahren. Gegenüber der Befragung von 1998 zeigt sich hier eine weitere Vorverlagerung des Einstiegsalters um et-

wa ein halbes Jahr. Der Trend des immer früheren Einsetzens von Substanzkonsum hält weiter an. Die beschleunigte körperliche Entwicklung und der frühere Wunsch nach dem Ausfüllen einer erwachsenen Identität ist hier die treibende Kraft. Rauchen ist eins der entscheidenden Symbole des Erwachsenseins.

Allerdings gibt es eine positive Trendwende zu verzeichnen. Laut aktueller Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vom 30.05.2007 nimmt die Zahl der rauchenden Jugendlichen kontinuierlich ab. Die aktuelle Befragung aus dem Frühjahr 2007 hat ergeben, dass der Anteil der 12- bis 17-jährigen Raucher von 28 Prozent im Jahr 2001 und über 20 Prozent im Jahr 2005 auf 18 Prozent zurückgegangen sei und das sowohl bei den Mädchen wie auch bei den Jungen. Aus der Perspektive der Prävention ist der Anteil Jugendlicher, die noch nie geraucht haben, ebenso wichtig. Je höher dieser Anteil liegt, desto wahrscheinlicher ist es, dass in der Zukunft weniger Personen mit dem Rauchen anfangen. Während 2001 nur 41 Prozent der 12- bis 17-Jährigen angaben, Nie-Raucher zu sein, bezeichnen sich in der aktuellen Erhebung 57 Prozent der befragten jungen Menschen als Nie-Raucher (BZgA 2007)-

Suchtprävention bei Kindern und Jugendlichen

Die Frage: Wann verzichten Jugendliche auf Zigaretten, Alkohol und Drogen?

Die Antwort lautet: Dann, wenn sie sich bei ihren Eltern wohl fühlen.

Eine Studie der Universität Giessen im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung war dieser Frage nachgegangen. Es wurden nicht nur klassische Interviews geführt, sondern die Unterhaltung der Kinder und Jugendlichen zwischen 10 und 15 Jahren mit ihren Eltern zu bestimmten Themen auf Video aufgenommen. Dabei kristallisierten sich sechs Eigenschaften heraus, die Eltern aus der Sicht der Kinder (!) haben, die von ihren Kindern geschätzt werden und bei denen sie sich wohl fühlen. Denn Kinder solcher Eltern greifen seltener zu Drogen als Kinder, die die Beziehung zu ihren Eltern als Stress erleben. Hier die Eigenschaften der Eltern, die den Unterschied ausmachen:

- Kinder fühlen sich von Mutter und Vater wirklich verstanden;
- Kinder schätzen Mutter und Vater als fähige Ratgeber für ihr Leben ein;
- Kinder finden, dass Mutter und Vater aufmerksam ihre Schulzeit begleiten;
- Kinder erleben gemeinsame Freizeitaktivitäten mit ihren Eltern;
- Kinder finden das Klima in der Familie kooperativ und harmonisch;
- Kinder fühlen sich als Person von Mutter und Vater wirklich geachtet.

Etwa jedes 4. Kinder hatte solche Eltern, die in der Videobeobachtung zudem ihren Kindern aufmerksamer zuhörten und sich weniger hinter erwachsener Autorität versteckten wie die „Stresseltern“ (Uni Siegen, 2000). Diese Beobachtung

deckt sich auch mit der Empfehlung der Niedersächsischen Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2007) an die Eltern, wenn sie schreibt: „Eine Erziehung zur Selbstständigkeit und Unabhängigkeit und das Lernen von Konflikt Lösungen bieten eine gute Voraussetzung, nicht abhängig zu werden“.

Ein hohes Risiko suchtkrank zu werden haben Kinder, die bei Suchtkranken Eltern oder einem süchtigen Elternteil aufwachsen. 2,65 Millionen Kinder wachsen mit Eltern auf, die alkoholkrank, tablettensüchtig oder von anderen Substanzen abhängig sind. Das ist fast jedes sechste Kind, stellt die Kinderkommission des Deutschen Bundestages fest.(Deutscher Bundestag, 2005). Es gäbe kaum Selbsthilfegruppen und ein fehlendes Bewusstsein der betroffenen Eltern wie auch der breiten Öffentlichkeit, dass das Suchtverhalten der Eltern die Kinder massiv schädige.

Nach Hornung et al. (1983) weisen aufgrund der empirischen Befunde vor allem drei Merkmale des Erziehungsverhaltens der Eltern auf eine Beziehung zum Substanzmissbrauch hin: Gleichgültigkeit, Verständnislosigkeit, Überbesorgtheit der Mutter und Inkonsequenz im Verhalten der Eltern, was sich auch in neuester Zeit bestätigt hat. Es besteht ein gesicherter Zusammenhang zwischen dem Einfluss der Peer-Gruppe und dem Konsum von Drogen. Wenn ein Jugendlicher einer Gruppe von Gleichaltrigen angehört, in der Drogen genommen werden bzw. Drogenkonsum unterstützt wird, dann ist die Wahrscheinlichkeit sehr hoch, dass er selbst Drogen nehmen wird (zit. nach Böhmer et al. 1993).

Suchtprävention fängt im Kindergarten an

Mit 15 Monaten vermag das Kind das erste Mal „Nein“ zu sagen (Hoffmann und Hochapfel 2004, S. 30) und sich damit abzugrenzen und in eigenes Ich zu entwickeln. In der Suchtprävention, die im Kindergarten anfängt ist die Förderung des Nein-Sagens eine zentrale Säule.

Salutogenese der Suchtprävention

Die Relation von protektiven Faktoren und Risikofaktoren ist noch unklar. Es scheint allerdings so zu sein, dass sie sich nicht gegenseitig ergänzen. Das heißt, eine geringe Ausprägung von Risikofaktoren schützt nicht automatisch vor negativen Folgen des Drogenmissbrauchs. Vielmehr muss eine positive Ausprägung protektiver Faktoren hinzukommen. Die Frage nach den protektiven Faktoren muss in drei Aspekte untergliedert werden:

1. Was sind protektive Faktoren,

2. wie werden sie erworben (oder vererbt)
3. und wie schaffen es Individuen, einzelne protektive Faktoren wie zum Beispiel ein großes Selbstvertrauen trotzdem zu erhalten, auch wenn im Verlauf des Lebens extreme Widrigkeiten zu bewältigen sind, die andere Personen zur Aufgabe und Hoffnungslosigkeit bewegen?

Rutter (1990 zit nach Böhmer et al 1993) kommt unter Berücksichtigung des gegenwärtigen Forschungsstands zu folgenden Mechanismen von protektiven Prozessen:

- **Minimierung der Risikoeinwirkung:** Änderung der Bedeutung des Risikos, Veränderung der negativen Kettenreaktionen, Förderung des Selbstvertrauens und der Selbstwirksamkeitserwartung
- **Eröffnung von Möglichkeiten:** An Wendepunkten des Lebens eines Individuums.

Fallbeispiel: In einer Längsschnittstudie von der Schwangerschaft bis zum 18. Lebensjahr wurde der Lebensverlauf von ca. 650 hawaiianischen Kindern hinsichtlich suchtpräventiver Faktoren beobachtet. Da es sehr arme Kinder aus ungebildeten Familien waren, wurden sie als Risikokinder klassifiziert. Eines von zehn Kindern aus der Stichprobe konnte am Ende des Untersuchungszeitraum eine positive Entwicklung zu einem kompetenten und autonomen Individuum aufweisen. Die Merkmale: sie waren selten ernsthaft krank, und wenn ja, dann wurden sie schnell wieder gesund. Ihre Mütter erlebten sie als sehr aktiv und sozial verantwortungsbewusst, als sie Kinder waren. Entwicklungspsychologische Tests im zweiten Lebensjahr ergaben, daß sie ausgeprägte Fähigkeiten zur Selbsthilfe hatten, im mittleren Kindesalter wiesen sie adäquate Problemlöse- und Kommunikationsfähigkeiten auf. Im späteren Jugendalter war ihr Selbstkonzept positiver und ihre Lebenseinstellung verantwortungsvoller und leistungsorientierter im Vergleich zu ihren Altersgenossen mit ernsthaften Coping-Problemen. Mit 18 Jahren zeigten sie großes Interesse sich selbst weiterzuentwickeln. Als protektive Faktoren in der Umwelt der Kinder erwiesen sich das Alter des gegengeschlechtlichen Elternteils (junge Mutter für Jungen, älterer Vater für Mädchen), die Anzahl der Geschwister (vier oder weniger); der Altersabstand zwischen den Geschwistern (mindestens zwei Jahre); die Anzahl und die Art von weiteren Bezugspersonen innerhalb des Haushalts (Vater, Großeltern, ältere Geschwister); die Arbeitsbelastung der Mutter; das Ausmaß der Aufmerksamkeit, die die Bezugspersonen dem Kind schenkten; Struktur und Re-

geln im Haushalt während der Jugendzeit; der Familienzusammenhalt; die Anwesenheit von Bekannten und Freunden aller Generationen; die kumulative Anzahl von chronischen stressreichen Lebensereignissen während Kindheit und Jugend, die alle gut bewältigt wurden. (Böhmer et al 1993)

Teil 2: Psychosomatische Erkrankung und Familie. Zum Beispiel ADHS

Am Beispiel des Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Syndroms (ICD 10: F90 Hyperkinetische Störungen) soll das Ineinandergreifen von psychischer und familiärer (Mit)Verursachung skizziert werden.

Das ADH-Syndrom besteht aus der Trias: Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität, Impulsivität (Ott 2004). Betroffen sind Kinder ab dem 6. Lebensjahr, d.h. Schulkinder. Das Verhältnis von Jungen zu Mädchen beträgt 3-9: 1. Es geht einher mit einer Komorbidität an dissozialem Verhalten, Angst, Depression und Tics. Die Genese ist multifaktoriell. Der Behandlungsansatz besteht aus Psychotherapie, Psychopharmaka, sowie psychosozialen Interventionen

Psychologisches Verständnis der Erkrankung

Nach Bergmann (2003) gehören die Betroffenen intellektuell zu den Jugendlichen, emotional entspricht ihr Verhalten das von Kleinkindern. Sie treten egozentrisch in der Gruppe auf und suchten beim Computerspiel ihre Omnipotenzphantasien zu leben. Er betrachtet die Störung als narzisstisch-frühkindlich. Die Mutter beherrscht das Zentrum flankiert von einem schwachen oder abwesenden Vater. Es fänden sich Zeichen einer Wahrnehmungsunordnung im sozialen Kontext einer stark harmonisierenden Familie. Diese Kinder zeigten eine verminderte Fähigkeit, regelhafte Vorgänge zu erfassen und zu wiederholen. So bildeten sie kein stabiles Zeitgefühl und keine sinnhafte Symbolbildung. Weil sie eine mangelnde Generalisierungsfähigkeit von Erlebnissen zu Erfahrungen aufwiesen, seien Strafen sinnlos. Die Betroffenen Kinder seien für Reflexion schwer zugänglich und folgten vielmehr Impulsen. Weil sie praktisch alle Umweltreize ohne Filter aufnahmen, bildeten sie ein aggressives Verhalten gegen andere aus Überreizung heraus. Hilfreich hingegen habe sich eine authentische, klare, die egozentrische Bedürftigkeit anerkennende Autorität erwiesen, eine psychopädagogische Persönlichkeit als Hoffnung vermittelnder „Fels in der Brandung“.

Fallbeispiel und Familienmuster(nach Bergmann 2003)

Jonas ist still und zurückgezogen. Er macht eigensinnige Vorschläge und hat Schwierigkeiten bei der Schrift. Er verbringt deswegen viel Zeit mit Üben mit

Mama. Ja, er ist überhaupt viel mit Mama zusammen und hat wenig Kontakte zu Gleichaltrigen. Er zeigt seine Wut auf andere bei eigenen Verfehlungen. Hat er seine Straßenbahn verwechselt, so ist die Lehrerin schuld daran! Mama identifiziert sich mit Jonas und ist auf die Schule wütend und sieht ihr Kind als Opfer. Jonas bleibt verträumt und ängstlich. Sein älterer Bruder, der derb und heftiger als Jonas ist muss als Sündenbock herhalten. In der Pubertät entwickelt er sich zum Eigenbrötler, der eine große Gemeinschaftssehnsucht in sich hegt. Computerspiele sind seine bevorzugte Welt. Sie sind realitätsarm und hochkomplex intelligent. Seine Schulleistungen sinken, Er fällt zunehmend als hypermotorisch unruhig auf. Mama ist völlig hilflos, Distanz wächst auch zu ihr, was den Rückzug auf das Selbst beschleunigt. Es gibt Therapieversuche, wobei er den Abbruch von Kontakten auch zu Psychologen aus Überlegenheitsgefühl bewirkt. Durch seine hellwache Intelligenz und seinem massiven Trotz ist er jedoch zum Scheitern verurteilt.

Familienbeziehungen

Vom Säugling zum Adoleszenten

Die Interaktion des Säuglings mit der Mutter bzw. Pflegeperson ist von hervorragender Bedeutung. Es fördert die Entwicklung i. S. einer Ko-Individuation (Overbeck 2000). Der Säugling ist aktiv und tritt in eine Wechselbeziehung mit der Mutter ein. Aus der Diade entwickelt sich mit Einführung des Dritten (z.B. des Vaters) ein erweitertes Beziehungsgeflecht i.S. einer Triade. Nun steht die Wahrnehmung der Familie als Übergangsraum zwischen Gesellschaft draußen und Geschlechts/Generationenbeziehungen drinnen im Vordergrund. Durch die entwicklungspsychologischen und auch -physiologischen Veränderungen kommt es zu notwendigen Konflikten für die/mit den Eltern. Eltern und heranwachsendes Kind durchlaufen Anpassungskrisen. In solchen Fällen wird meist das Kind dem Arzt als „krank“ vorgestellt (Indexpatient). Beim Kind ist es zur Symptombildung gekommen, die als Systemstabilisierungsversuch des Familiengefüges als ganzes zu verstehen ist.

Symptome beim Kind als Symptome der Familie

Das Kind wird dem Arzt oft als Symptomträger präsentiert. In Wirklichkeit geht es um Konflikte der Eltern, die per Rollenzuweisung dem Kind zugeschrieben werden (Richter 1962,1967,2003). Dies kann auf folgende Weise geschehen:

- Eltern können eigene Wünsche und Bedürfnisse auf das Kind projizieren (übertragen), das damit in seiner eigenständigen und bedürfnisgerechten Entwicklung behindert wird. .
- Eltern können durch die Entwicklung des braven ‚helflosen‘ Säuglings zum trotzigem Kleinkind überfordert sein. Sowohl das übertriebene Behütewollen (Overprotection) als auch das Gegenteil, die Verwahrlosung, können dramatische Folgen für die gesunde Entwicklung des Kindes haben.
- Überfordern können Eltern das Kind durch irrealen Wunschkonstruktionen, widersprüchliche Aufträge
- oder wenn das Kind als Partnerersatz missbraucht wird oder Elternfunktion (Parentalisierung) übertragen bekommt oder das Kind als „Wiedergutmacher“ oder „Ehretter“ von einem oder beiden Elternteilen benötigt wird usw.
- oder wenn das Kind als Substitut für eine Geschwisterfigur erhalten muss
- oder das Kind als Substitut für einen Aspekt des eigenen Selbst/ des idealen Selbst oder als Substitut der negativen Identität (Sündenbock) benutzt wird.

Symptome beim Jugendlichen als Symptome der Familie

Konflikte bei der Ablösung

Die Ablösungsphase ist ein krisenbehaftetes Moment sowohl für die Jugendlichen als auch für Ihre Eltern (Stierlin 1975) In der Pubertät und Adoleszenz werden ödipale Konflikte mit Sexualität und Aggressivität wiederbelebt. „Verhättseln“ führt zur Entwicklungshemmung und Somatisierung.

- Der Jugendliche steht in einem besonderen Loyalitätskonflikt zu den Eltern. Einerseits will er die Aufträge der Eltern erfüllen, weil er ihrer Liebe und Zuneigung bedarf. Andererseits muss er sich dagegen wehren, um sich zu individualisieren und seine Persönlichkeit auszubilden. Er kann somit in eine tiefe Krise gestürzt werden, die bis zur Dekompensation führen kann.
- Wenn die Eltern selbst in einer Krise sind (Partnerschaft, eigene schwerwiegende Problematik) können sie unbewusst ihre Konflikte auf den Jugendlichen projizieren und dies auf folgende Weisen:
 - Nach dem Ausstoßungsmodus. Wenn die Eltern extrem negativ und intolerant auf dessen Autonomiewünsche reagieren und seine beginnende Eigenständigkeit als Gefahr für ihre Autorität wahrnehmen, kommt es zu einer Entfremdung zwischen ihnen und der Jugendliche wird zu einer forcierten Autonomie gezwungen.

- Eltern, die den Jugendlichen affektiv stark an sich binden verhindern dessen Suche und Entwicklung in altersüblichen Peergroups
- Jugendliche, die sich an den Delegationsauftrag im Namen eines Elternteils gebunden fühlen gehen nur etwas in die Welt hinaus, kehren aber stets zurück zum Elternteil, von dem sie nicht mehr loskommen.

Familiendynamik

Für den Arzt, der einem Kind mit psychosomatisch verstehbaren Symptomen gerecht werden will, muss weitaus mehr als bei Erwachsenen versuchen, die Familiendynamik zum Verständnis der intrapsychischen und interpersonalen Rückkoppelungsprozesse zu erfassen. Denn ein Kind entwickelt sich in emotionaler Interaktion und in Abhängigkeit der psychischen Struktur seiner Eltern (Rügin 1998)

Risikofaktoren für die Entwicklung einer psychosomatischen Erkrankung beim Kind/Jugendlichen, die sich aus der Familiendynamik ableiten lassen, sind:

- Parentifizierung (z.B. Tochter als bessere Mutter für die Mutter),
- Sündenbockrolle. Hierbei bildet sich ein falsches Selbst aus.
- Keine klaren Grenzen nach Außen (fehlende Kohäsion), fehlende nach innen (keine Individuation)
- Symptomträger. Das kranke Kind wird für den Zusammenhalt der Familie/der Eltern gebraucht

Rigide Regeln in einer Familie gepaart mit der Verschmelzungsneigung mindestens eines Elternteils bei Vorliegen von familiären Tabuzonen kompromittieren jegliche Veränderungsbewegung durch andere Jugendliche. Die rigide Abwehr und harmonisierende Konfliktvermeidung dieser Familie, die durch verschmelzende Bindung in unüberwindbaren Loyalitätskonflikte gebunden sind, bewirken, dass schon bei geringen Konflikten die Vulnerabilitätschranke überschritten wird und der Jugendliche in die körperliche Erkrankung dekompenziert. Da die Symptome des erkrankten Kindes oder Jugendlichen als Kompromissbildung vom familiären System besser vertragen werden, als die Aufdeckung der pathogenen Strukturen, geht von den vielen Ärzten, die diese Familien ernsthaft besorgt aufsuchen, solange keine „Gefahr“ aus, als diese an den somatischen Symptomen „herumdoktern“ und die Familiendynamik nicht beachten oder sogar in den Mittelpunkt ihres ärztlichen Diagnostizierens stellen.

Modellhaft und nicht zwangsläufig lassen sich psychosomatisch ein enges Familienklima mit *gastroenterologische Erkrankungen* oder in zwei Lager gespaltene Familien mit *Atopien* in Verbindung setzen. Die Vernachlässigungsfolgen weisen auf sich auflösende Familien hin.

Psychodynamische Untersuchungen an Asthma- und Colitisfamilien (Familiensysteme in welchem ein Mitglied, also das Kind oder die/der Jugendliche, eine Colitis ulcerosa oder Asthmaproblematik zeigte) ergaben das Überwiegen bestimmter Abwehrmechanismen. So fanden sich in Colitisfamilien häufig die Abwehrmechanismen Verleugnung, Spaltung, Projektion, während in den Asthmafamilien Verdrängung, Verschiebung und Vermeidung überwogen (Günther 1985).

Familientherapie

Die Familie bestehend aus dem Elternpaar und den Kindern bildet eine Übergangsraum zwischen der Außenwelt und der subjektiven Innenwelt (Overbeck 2000). Für die moderne Familienforschung greift die Definition dieser idealtypisierten Familie allerdings zu kurz, da der Anteil der Kinder, die in Ein-Eltern-Kind-Familien (Alleinerziehende) oder Patchwork-families (leiblicher Elternteil + Stiefelternteil + leibliche Geschwister und/oder Stiefgeschwister) oder anderen sozialen Strukturen aufwächst, keine Berücksichtigung findet.

Definition

Die Familientherapie richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Interaktion zweier oder mehrerer Personen. Die Interaktionsprozesse zwischen den Familienmitgliedern werden zur diagnostischen und therapeutischen Einheit.(Kröger 2000)

Aufgabe der Familientherapie ist es, die Eltern oder das Kind zu entlasten. Nachdem die Indikation unter Beachtung von Kontraindikationskriterien geprüft worden sind, versucht der Familientherapeut zwischen Kind und Eltern zu übersetzen und mit allen Betroffenen ein Arbeitsbündnis herzustellen. Im Laufe der Familientherapie kommt es zur Umdeutung des Familienproblems und zum Aufbau eines therapeutischen Systems. Ein Ziel ist die Triangulierung zwischen Eltern, Kind und Therapeuten, die nur gelingen kann, wenn der Familientherapeut Allparteilichkeit wahrt. Der Meisterung von Meisterung von Angst in der

Familie und durch die Familientherapie selbst kommt große Bedeutung zu. Durch Besprechung der Interaktionen im Familiären System kommt es zur Unterbrechung von automatisierten Interaktionszyklen.

Die 3 wichtigste familientherapeutischen Schulen sind :

- die psychoanalytische Familientherapie (Richter)
Empathische Allparteilichkeit, Familiengeschichte
- die strukturelle Familientherapie (Minuchin)
Starke positive Bindung an alle Familienmitglieder, Lern- Kommunikationstheorie
- die systemische Familientherapie (Selvini Palazzoli), Stierlin)
Strikte Neutralität, zirkuläre Befragung, paradoxe Interventionen (Wirsching 1998)

Einschub: Anmerkungen zur Systemischen Familientherapie (Kröger 2000)

Die Systemischen Familientherapie basiert auf eine Theorie sozialer Systeme. Statt monokausal wird die Verursachung der Symptombildung systemisch, das heißt in einem interagierenden sozialem Ganzen gesehen. Dabei ist das System mehr als seine Subsysteme. In der Anfangszeit (50-70er Jahre des 20. Jhd.) galt es für den Familientherapeuten die Homöostase der Familie zu beobachten und seine Schlüsse daraus zu ziehen. In den darauf folgenden 80-90er Jahre rückte der Beobachter mehr in den Mittelpunkt als einer, der das Familiensystem beeinflusst. Neben der Pathologie wurde das Augenmerk mehr auf das Selbstorganisationspotential und die Ressourcen des Systems gelegt, um zur Rekonstruktion der familiären Realität und zur Förderung der Toleranz widersprüchlicher Perspektiven beizutragen. Nach dem systemischen Verständnis kommt es zur Veränderung des *wie* über ein Problem kommuniziert wird, das somit einen Perspektivwechsel ermöglicht. Es gilt das Sinnhafte des Symptoms zu verstehen, denn das Symptom gilt als Vorbote des Wandels, das zur Veränderung des Lebenszusammenhanges beiträgt. Im familientherapeutischen Setting ist der Familientherapeut Behandler und Beobachter des Familiengesprächs zugleich. Die Kernfamilie und die Subsysteme werden analysiert. Dazu bedarf es eines Behandlungsauftrages und –vertrages. Die Arbeitsweise ist Ressourcenorientiert und setzt auf Kooperation. Am bietet der Therapeut der Familie sein Resümee. Die Behandlungen finden im Intervall von 4-6 Wochen statt und umfassen etwa 10-15 Sitzungen. Die Indikation zur systemischen Familientherapie wird gestellt, wenn Interaktionsstörungen in der Familie erkennbar sind und der Indexpatient sich als Manifestation eines Familienproblems erweisen sollte. Mangelnde Therapeutenkompetenz ist eine Kontraindikation für das Verfahren.

Procedere für den niedergelassenen Haus-/Facharzt

Der Grundansatz ist eine Selbstverständlichkeit: Ein Kind kommt selten allein! Noch bevor der Arzt mit der medizinischen Anamnese und Untersuchung des Kindes beginnt, stellt er sich folgende Fragen: Wer begleitet es? Wer sagt was und wie? Es gilt,

1. das präsentierte Symptom im Kontext zu verstehen. *Wann* taucht das Symptom *wo* und *wie* auf? (Essstörung zuhause, aber nicht im Kindergarten, Enuresis nach Trennung vom Vater usw.). Ist das Symptom Ausdruck einer Erkrankung oder einer Familienbeziehung?
2. Die biographische Anamnese ist unabdingbar für das Verständnis der Familienverhältnisse, der Position in der Geschwisterreihe sowie zum Erfassen einschneidender life events.
3. Übertragung/ Gegenübertragung/ Widerstand. Hierbei fragt sich der Arzt: Wie reagiert das Kind, wie seine Mutter auf mich, was lösen sie beide jeweils in mir aus? Was macht meine Therapieangebote so vergeblich?
4. Wenn ein psychosomatischer Hintergrund für die Symptomatik des Kindes oder des Jugendlichen erkennbar werden, stellt sich für den Arzt die Therapieindikation: Genügt ein Beratungsgespräch oder ist die Indikation zur Psychosomatischen Grundversorgung in einem Familiengespräch zu stellen? Besteht die Indikation zur Familientherapie oder zu einer stationären Einweisung in die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik? Sollte eine Einzeltherapie vorgeschlagen werden? Ist die Einschaltung sozialpsychologischer/-pädagogischer Behörden zu erwägen?
5. Um der Komplexität des psychosozialen Kontextes, das das Krankheitsgeschehen von Kindern und Jugendlichen beeinflusst, gerecht zu werden, wird der erfahrene und verantwortungsvolle Arzt bei der Behandlung eines Kindes/Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit einem Kinderpsychosomatisch-psychotherapeutisch ausgewiesenen Kollegen oder Erziehungseinrichtungen, der Schule, Drogenberatungsstellen usw. suchen.

Literaturangaben:

- **Ärztliche Praxis (01.05.2007):** Viele Mädchen rauchen für die schlanke Linie
- **Ärztliche Praxis (15.05.2007):** Illegale Drogen rückläufig, dafür strömt Alkohol.
- **Jutta -Böhmer, Gerhard Bühringer, Theresa Janik-Konecny (1993);** Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs, Band 20 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Baden-Baden 1993
- **Petra Bühring (2006):** Prävention von Kindesvernachlässigung: Die Kinder schützen, den Eltern helfen. In Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, H9, 3.3.2006, S. C420-C421
- **BZgA (2007)** Pressemitteilung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vom 30.05.2007): Zigarettenrauchen bei Jugendlichen auf historischem Tiefstand
- **Deutscher Bundestag (2005):** Beschluss der Kinderkommission des Bundestages zum Thema Kinder und Sucht. Pressemeldung des Deutschen Bundestages - 19.07.2005. Quelle: http://www.bundestag.de/aktuell/presse/2005/pz_050719. Ausdruck aus dem Internet-Angebot des Deutschen Bundestages. © Deutscher Bundestag, 2007
- **Dieter Bürgin und Barbara Rost (1998):** Krankheiten in Kindheit und Jugend. In: Uexküll, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, S.1131-1161
- **Wolfgang Bergmann (2003):** Das Drama des modernen Kindes. Hyperaktivität, Magersucht,, Selbstverletzung. Patmos Verlag, Düsseldorf und Zürich
- **Deutsches Ärzteblatt (2007).** Entschliessungen zum Tagesordnungspunkt III Kinder-gesundheit in Deutschland In: Jg. 104, H21, 25.05.2007, C1280- 1285.g Bergmann: Das Drama des modernen Kindes. Hyperaktivität, Magersucht,, Selbstverletzung. Patmos Verlag, Düsseldorf und Zürich, 2003
- **Erikson, Erik H.(1973):** Identität und Lebenszyklus. Suhrkamp Taschenbuch, Frankfurt am Main
- **Charlotte Günther, Karin Perinelli (1985):.** Familien mit einem colitis- oder asthma-kranken Kind im psychoanalytischen Erstgespräch und im Familien-Rorschach. In: G. Overbeck Familien mit psychosomatisch kranken Kindern. Familiendynamische Untersuchungen zum Asthma bronchiale und zur Colitis Ulcerosa. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, S.303-320
- **Sven Olaf Hoffmann und Gerd Hochapfel (2004):**Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Schattauer, Stuttgart

- **PD. Dr. Erich Kandel (2004):** Entwicklungspsychologie. In: Vorlesungen Med. Psychologie, 2004, PDF-Datei
- **F. Kröger, A. Hendrichke, E.R. Petzold (2000):** Familientherapie. In: H. H. Studt und E. R. Petzold (Hg.) Psychotherapeutische Medizin, de Gruyter, Berlin New York, S. 328-331
- **Rudol Klußmann (1993):**Psychotherapie, 2. Auflage, Springer Verlag Berlin Heidelberg New York
- **Rudol Klußmann (2002):**Psychosomatische Psychosomatik, 5. Auflage, Springer Verlag Berlin Heidelberg New York
- **Dr. med. Mabuse, Zeitschrift für alle Gesundheitsberufe (2007):** Die Ergebnisse der KiGGS-Studie In Dr. med. Mabuse, Nr. 166, März/April 2007, S. 27.
- **Aliki Nassoufis (31.05.2007):** Ohne Rauch geht`s offenbar doch. In Frankfurter Rundschau, S.14
- **Niedersächsische Landesstelle gegen die Suchtgefahren (2007).**Aus: Elternbrief zur Suchtvorbeugung, Für Eltern von Kindern des 7. und 8. Jahrgangs –html-Datei
- **Gudrun Ott(2004):** Kindes und Jugendalter. In: W. Tress, J. Kruse und G. Ott (Hg.) Psychosomatische Grundversorgung, Schattauer, Stuttgart, S.222-233
- **Annegret Overbeck (2000):** Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen. In: H. H. Studt und E. R. Petzold (Hg.) Psychotherapeutische Medizin, de Gruyter, Berlin New York, S.332-334
- **Guntram Platter (2004):**., Psychotherapie-kompakt. Minimalwissen für professionelle nichtärztliche Berufe. BdI: Die psychischen Störungen. Holos-Verlag, Bonn
- **Horst Eberhard Richter(2003):** Eltern, Kind Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie. (31.Aufl. 2003), 2. Aufl. 1967, 1. Aufl. 1962. Klett Verlag, Stuttgart, Frankfurt, 1975
- **Gerhard Schüßler (2001):** Psychosomatik/ Psychotherapie systematisch. 2. Aufl. Unimed Verlag Bremen, S.155-164
- **Helm Stierlin (1975):** Eltern und Kinder im Prozess der Ablösung. Familienprobleme in der Pubertät. Literatur der Psychoanalyse. Herausgegeben von Alexander Mitscherlich. Suhrkamp Verlag, Frankfurt
- **Uni Siegen (2000):** Jugendliche verzichten auf Zigaretten, Alkohol und Drogen, Sechs Eigenschaften der Eltern, die wirklich zählen . 26.06.2000 - (idw) Universität Siegen

- **WHO (2003):** "Health Behavior in School-Children" (HBSC) **Quelle:** Hurrelmann K., Klocke, A., Melzer, W. & Ravens-Sieberer, U. (Hrsg.) (2003). Jugendgesundheitssurvey. Weinheim, München: Juventa Verlag(gekürzt nach http://www.landesstelle-berlin.de/e269/e3665/e3679/e3680/index_ger.html (05-11-05), W.S.)
- **Michael Wirsching(1998):** Familiendynamik und Familientherapie. In: Uexküll, Psychosomatische Medizin, Urban und Schwarzenberg, 5. Aufl., München-Wien-Baltimore, S. 441-449