

Wenn die Belastung für Kinder und Jugendliche zu groß wird – Bericht und Empfehlungen aus der klinischen Praxis

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und
Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters,
Eberswalde

Prof. Dr. med. H. Adam, Chefarzt



Die Klinik in Eberswalde

■ Struktur

- Versorgungsgebiet: nordöstliches Brandenburg, „Speckgürtel“ von Berlin
- Eberswalde: 40 stationäre Betten, 12 TK Plätze, PIA
- Prenzlau: 8 TK Plätze, PIA
- Bernau b. Berlin: 6 Plätze Familientagesklinik (Multifamilientherapie), PIA
- Spezialambulanzen (Autismus, Säuglinge, Kinder körperlich kranker Eltern, aufsuchende Versorgung in Heimen + Schulen)

Entwicklungspsychopathologie

Entwicklung im Lebenszyklus I

(Erikson, Resch)

Alter	Entwicklungsaufgaben	Entwicklungsdefizite	Einleitung psychischer Störungen
0-1	Vertrauen „Ich bin, was man mir gibt“	Misstrauen „Ich bin ohne Halt“	Gefühl des Verlassenseins, Angst zu verhungern, emotionale Verwahrlosung, Sucht
1-3	Autonomie „Ich bin, was ich will“	Zweifel „Ich bin wertlos“	Gefühl der Wertlosigkeit, Angst vor Unzulänglichkeit und Erniedrigung, Zwang

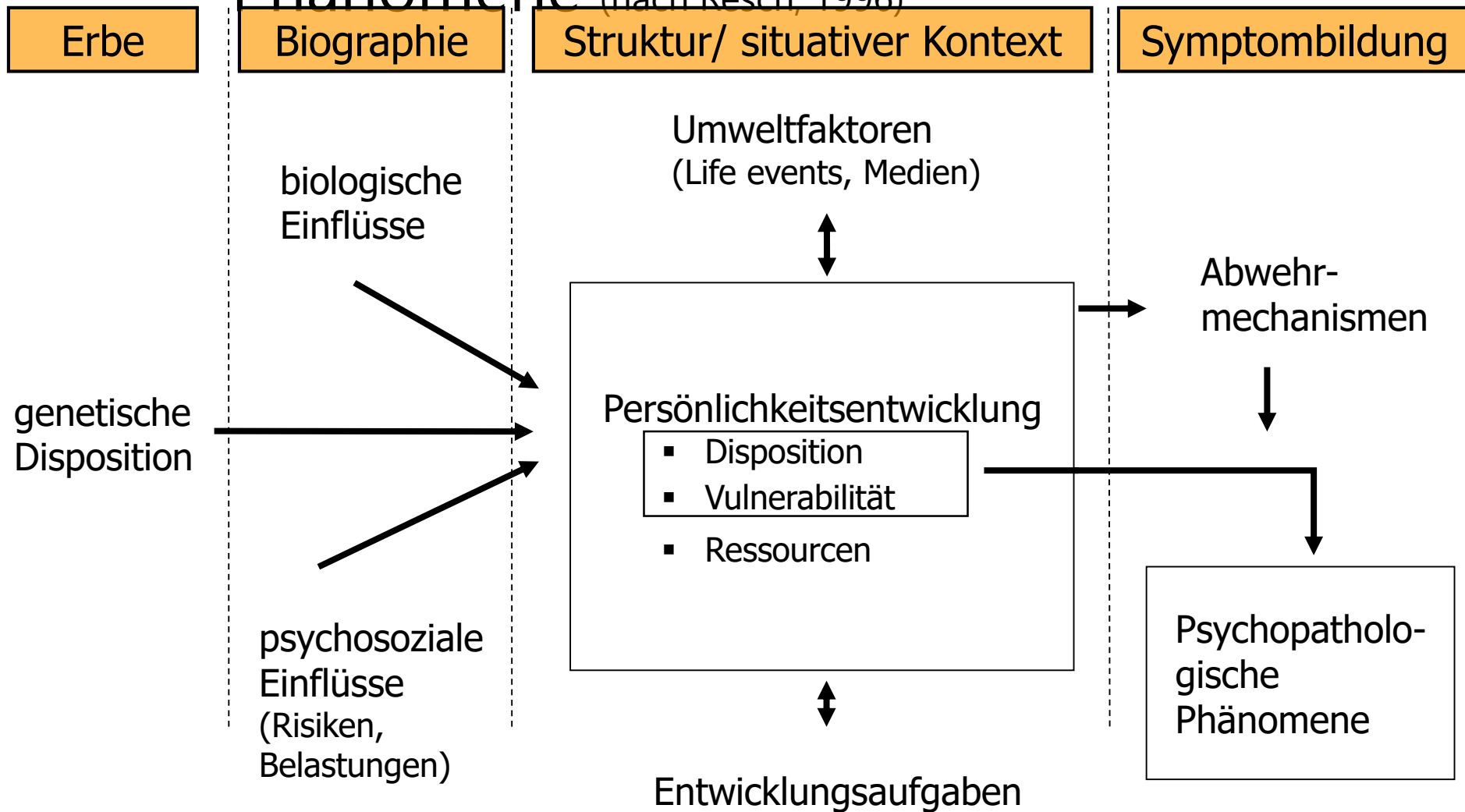
Entwicklungspsychopathologie

Entwicklung im Lebenszyklus II

(Erikson, Resch)

Alter	Entwicklungsaufgaben	Entwicklungsdefizite	Einleitung psychischer Störungen
3-5	Initiative „Ich bin, was ich mir vorstelle“	Schuldgefühle „Ich bin schlecht“	Gefühl, nicht liebenswert zu sein, Angst vor Strafe, Dissoziation
6-11	Leistung „Ich bin, was ich lerne“	Minderwertigkeit „Ich bin unfähig“	Angst vor Unfähigkeit, Gefühl, nichts zu taugen, Angst vor Unkenntnis, Außenseiter
12-18	Identität „Ich weiß, wer ich bin“	Identitätsverlust „Ich verliere mich“	Angst, zu versagen, Identitätsstörung

Interaktives Entwicklungsmodell psychopathologischer Phänomene (nach Resch, 1996)



beispielhafte Symptombilder

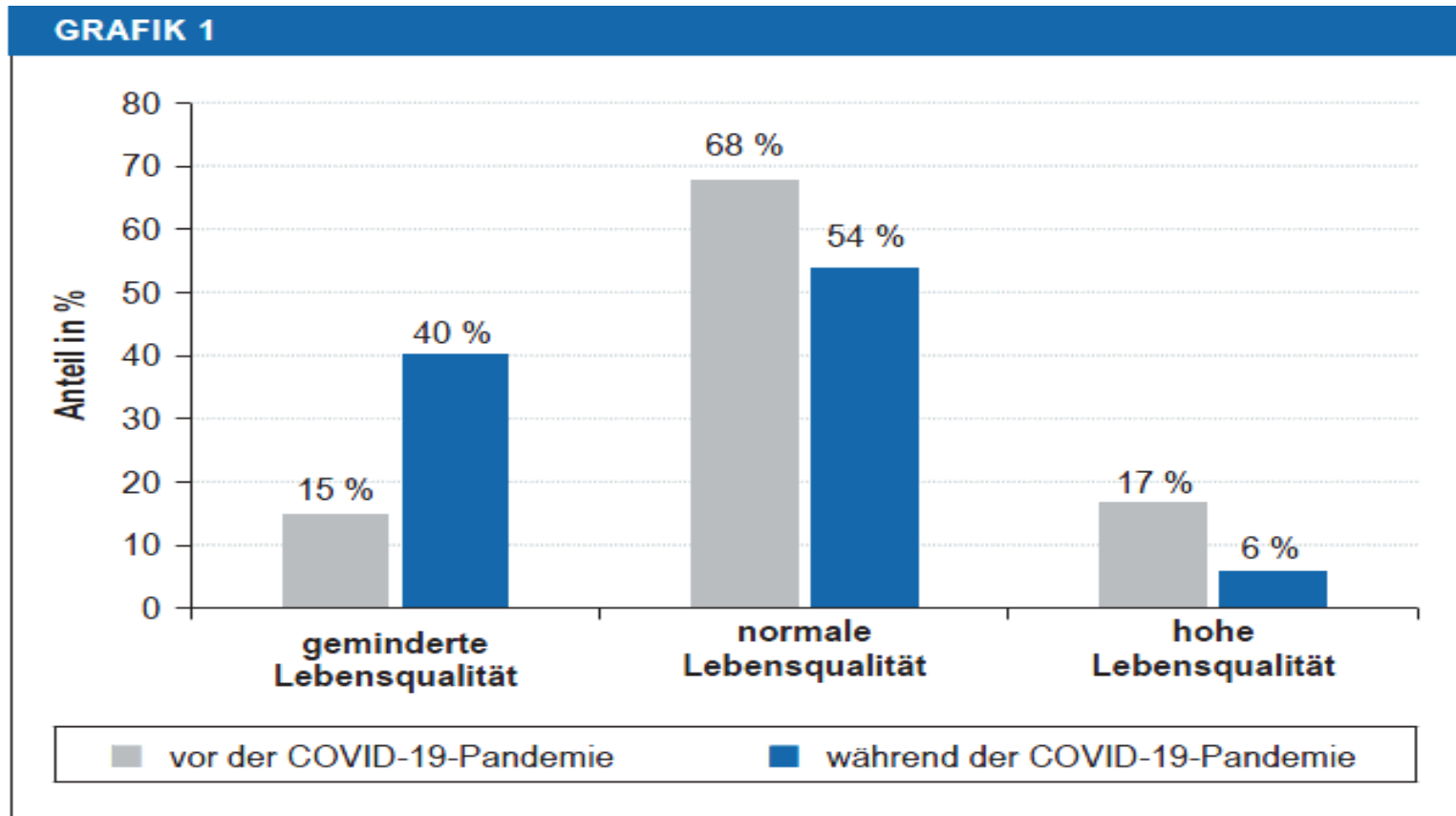
- „Schreibabies“, Bindungsstörungen
- umschriebene Entwicklungsstörungen, Intelligenzminderung
- Auffälligkeiten nach akuter psychischer Belastung
- Auffälligkeiten bei chronischer psychischer Belastung
- Psychosomatosen
- Schulangst, Schulschwänzen, Schulphobie
- Zwänge, Essstörungen
- selbstverletzendes Verhalten, Suizidalität
- Schizophrenien
- Sucht

KiGGS Welle 2 (N=14.477)

RKI: Journal of Health Monitoring, 2018 3(3), 57:807–819

Psych. Eltern)	Auffälligkeiten (SDQ-	2003 - 2006	2009 - 2012	2014 - 2017
Gesamt		20,0	20,2	16,9
Geschlecht	Jungen	23,8	23,4	19,1
	Mädchen	16,0	16,9	14,5
Sozialstatus	niedrig	30,8	33,5	26,0
	mittel	19,2	19,0	16,1
	hoch	11,3	9,8	9,7

1. Corona: Ergebnisse der COPSY-Studie



Selbstberichtete Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen vor und während der COVID-19-Pandemie (geminderte Lebensqualität: Skalenwert mindestens eine Standardabweichung (SD) unter dem Populationsmittelwert, hohe Lebensqualität: Skalenwert mindestens eine SD über dem Populationsmittelwert). Der Unterschied in den Lebensqualitätswerten zwischen beiden Studien wies eine mittlere Effektstärke auf (Cohens $f^2 = 0,14$).

Ergebnisse der COPSY-Studie

- das Risiko für psychische Auffälligkeiten stieg von rund 18 % auf 30 % während der Pandemie
- es ergab sich jedoch kein deutlicher Unterschied in der Häufigkeit selbstberichteter depressiver Symptome im Vergleich zum Zeitraum vor der Pandemie

2. Klimakrise

- Wer ist eigentlich HEUTE betroffen?
- Studienlage zur Auswirkung auf psychische Gesundheit bzw. Belastung noch unklar
- Zukunftsangst als Belastung
- Generationsproblematik: Belastung oder Chance zur Abgrenzung?
- Wut und gesellschaftliche Spaltung als Folge

Mögliche Ursachen von Belastungen

- Naturkatastrophen – natural disasters
 - u. a. Erdbeben, Vulkanausbrüche, Hurrikans, Überschwemmungen, Waldbrände
- von Menschen verursachte Katastrophen – man made disasters
 - Technologische Katastrophen (u. a. Verkehrsunfälle, Großbrände, ökologische Katastrophen)
 - Menschliche Aggression (u. a. Holocaust, Geiselnahme, Terrorismus, Folter, Vergewaltigung)
 - Katastrophen innerhalb der Familie (u. a. Vernachlässigung, Misshandlung, sexueller Missbrauch, schwere Trennungstraumata, schwere eigene und Erkrankungen der Eltern, Tod eines Elternteils)

Belastung bei Kindern – Objektive Analyse der Situation, in der das Ereignis eintritt

- Zahl und Ausmaß der bedrohlichen Ereignisse
- Nähe zum Geschehen
- Größe des Überraschungsmoments
- Art der Beobachtungen
- Nähe der Beziehung zu den verletzten oder getöteten Personen
- Ausmaß der eigenen Verletzungen und Schmerzen

Belastung bei Kindern – Subjektive Analyse der Situation, in der das Ereignis eintritt

- Entwicklungsaufgaben
- Entwicklungsschwierigkeiten
- Bindungserfahrung
- Biographische Erfahrung von Gewalt, Verlust und/ oder Trauer
- Resilienz
- Zuschreibung der subjektiven Bedeutung

Faktoren, die Eintreten und Stärke einer Störung nach Belastung beeinflussen

- Stand der kognitiven, emotionalen, sozialen und neurobiologischen Entwicklung
- Konstellation der „traumatisierenden Situation“
- Vorhandensein protektiver Faktoren (neurobiologisch, psychisch, sozial)
- vorhergehende traumatisierende Erfahrungen
- postexpositorische Einflüsse

Posttraumatische Belastungsstörung

■ ICD 10

- verzögerte bzw. protrahierte Reaktion auf ein Ereignis welches mit außergewöhnlicher Belastung einhergeht und das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Entwicklung erst nach Wochen oder Monaten

■ Arousal

- Hypervigilanz, übermäßige Schreckreaktion, motorische Hyperaktivität, Schlafstörungen, Alpträume

■ Intrusionen

- Einbrechen von traumatischen Erinnerungen in das Bewusstsein, z.T. getriggert durch Schlüsselreize

■ Numbing

- Abstumpfung, Dissoziation, Vermeidung

Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS)

- Neu in ICD 11
- Zusätzlich zu PTBS (Intrusion, Vermeidung, Hyperarousal)
 - Affektregulationsstörungen
 - Negative Selbstwahrnehmung
 - Beziehungsstörungen

Folgen von Belastung

- Keine spezifischen Leitsymptome
- Wut! – auch Angst
- depressive Symptome mit/ ohne Suizidalität
- Zwangssymptome
- Regressive Symptome
 - z.B. Daumenlutschen, Trennungsangst, Enuresis
- Konzentrations- und Lernstörungen
- Konversionssymptome,
Somatisierungsstörungen
- Verwahrlosung, Drogenabusus
- Überanpassung („pathologische Unauffälligkeit“)

Veränderte Weltsicht I

- Misstrauen
 - „ich muss immer darauf gefasst sein, dass etwas passiert.“
- Phantasiarmut oder gestörte Fähigkeit, zwischen Phantasie und Realität zu unterscheiden
 - „meine Phantasien können jederzeit Realität werden.“
- Interventionsphantasien können zu Schuldgefühlen führen
- Zerstörung von Vergangenheit und Zukunft
 - „das, was mir jetzt passiert ist, war eigentlich vorhersehbar.“
 - „mein Gefühl der Sicherheit hat mich getäuscht“.
- Rachegefühle und -phantasien
 - „eines Tages werde ich mich verteidigen können.“

Veränderte Weltsicht II

- Hyperaktivität und verringerte Impulskontrolle
 - „wenn ich fortwährend aktiv bin, bin ich besser geschützt und kein passives Opfer.“
 - ständig auf dem Sprung
- Überanpassung, zwanghaft-ängstliche Abwehrhaltung
 - „ich bin nur geschützt, wenn es mit gelingt, die Beweggründe der anderen zu erahnen, bevor sie ihnen selbst bewusst werden; dann kann ich mich in sie hineinversetzen und mich auf sie einstellen.“
 - „Ich muss unsichtbar werden.“
- Opferidentität, regressives Verhalten
 - „ich habe größere Chancen zu überleben, wenn ich mich passiv und kindlich verhalte.“

Hilfe

■ Allgemein

- Ein rein „traumafokussiertes“ Vorgehen lässt Wichtiges außer Acht
- Soziales Engagement und Sprechen über Belastungen fördern den Erholungsprozess.
- Transformation der möglicherweise belastenden Erfahrung kann die Entwicklung von positiven Charakterzügen zur Folge haben.
- Die Transformation der Belastung ist u.U. ein lebenslanger Prozess.
- Beziehungsabbrüche vermeiden

■ Eingriff ins System

- Sicherheit und Schutz
- Übernahme von Hilfs-Ich Funktionen (Supervision!)
- Aufklärung der Betroffenen
- Wiederherstellung eines „normalen“ Alltags

Hilfe

■ Individueller Ansatz

- kognitive Orientierung, Integration in das kindliche Weltbild
- Ressourcenorientiertheit
- korrektive Beziehungserfahrung in der Psychotherapie
- Wiederherstellung der Spielfähigkeit
- Medikation
- Anknüpfung an positive Erfahrungen vor der Belastung

■ Versöhnung

- Struktureller Ansatz (Beispiel Flüchtlingskinder)
- Kinderpsychiatrie – aber auch Schule – ist Koordinatorin in einem psychosozialen Netzwerk mit präventiven Aufgaben
- lokale Spezialambulanzen in der Kinderpsychiatrie
- spezifische Unterrichtseinheiten bzw. Projekte
- transkulturelle und internationale Projekte

■ Forschung und Lehre

(Eltern)-Gespräche führen I

■ Vorbereitung

- Raum
- Ziel, Einstellung, meine Stärken, Schwächen

■ Respekt

- als Mensch, als Träger von Kultur, Mythen, als Anwesende/r, Migrationsüberlebende/r

■ Kontakt herstellen

■ Gesprächseröffnung

- „Spielfeld“ abstecken
- Zeit
- Beteiligte (Dolmetscher: Schweigepflicht!)

(Eltern)-Gespräche II

- Informationen zum Thema einholen
 - keine Wertung, öffnende Fragen stellen, Informationsflut stoppen und strukturieren
- Hier und Jetzt
- „Ich“ statt „man“ und „wir“
- Körperausdruck und Gefühlsausdruck beachten
- Interpretationen anbieten
 - Ich kann mir vorstellen, dass ...
- authentisch und selektiv
 - nicht alles, was wahr ist muss ich sagen, aber alles, was ich sage muss wahr sein
- Grad der Motivation/ psychische Abwehr zur Veränderung beim Gesprächspartner/ in einschätzen
- Bilanz ziehen
 - was ist geklärt, neue Aspekte, wer macht was bis wann, Feedback geben
- Wichtiges aufschreiben

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie verhindert Problemlösungen

- wenn keine psychiatrische und psychodynamische Diagnostik durchgeführt wird.
- wenn sie sich nur mit biologischen Veränderungen und Beeinflussungsmöglichkeiten psychischer Störungen beschäftigt.
- wenn sie sich nicht auch als Koordinator in einem psychosozialen Netzwerk mit präventiven Aufgaben sieht.
- wenn Lösungen nur auf pädagogischer bzw. sozialpsychiatrischer Ebene gesucht werden.
- wenn nicht Hierarchien abgebaut und eine engere Kooperation zwischen Gesundheits- und Bildungssystem angestrebt wird.