



Krisenmanagement bei Kindern und Jugendlichen

Prim. Dr. Hans ZIMPRICH
Nußdorferstraße 57/9
1090 Wien
Tel.: 01/3171109

Mit der zunehmenden Leistungsforderung auch von Kindern bei gleichzeitiger Abnahme der Bindungsstabilität zwischen Kindern und ihren Familien ist es nicht überraschend, daß Ärzte und Psychotherapeuten immer mehr mit Krisen verschiedener Art schon bei jungen Kindern konfrontiert sind, erst recht aber bei Jugendlichen bis hin zum vollzogenem Suizid.

Aus der Erfahrung jahrzehntelanger Arbeit an der von mir gegründeten Kinderpsychosomatischen Abteilung am Wiener Wilhelminenspital ergibt sich die psychosoziale Komponente bei der Auslösung von Verhaltensstörungen, Krankheitssymptomen bis hin zu krisenhaften Inszenierungen als zentraler Auslösemechanismus für eine Reihe verschiedener klinischer Bilder.

Dabei wissen wir durch die psychoanalytische Forschung, daß bei jüngeren Kindern eher organsprachliche Symptome manifest werden, bei älteren nach Spracherwerb eher Verhaltensauffälligkeiten auftreten, wobei im Schulalter besonders aggressive oder depressive Kinder auffallen bzw. Mischformen. Abgesehen von den Klassifizierungen durch die psychoanalytischen Theorien werden in der Gegenwart beschränkende Klassifizierungsmuster verwendet, wie der amerikanische DSM4 und bei uns der ICD 10, um verlässliche Kriterien von psychischen Krankheiten möglichst ohne Hypothesenbildung zu erhalten. Diese beschreibende Klassifizierung hat sich besonders in der modernen Kinderpsychiatrie durchgesetzt und auch in Österreich für die Krankenkassenverrechnung psychotherapeutischer Leistungen. Trotzdem ist das empathische Verstehen jedes Kinderschicksals die Basis des therapeutischen Fortschrittes und dafür sind alte und neue Wege der Forschung vonnöten, die ursprünglich alle aus der Psychoanalyse kommen, später ergänzt wurden von der System- und Familientherapie. Für die frühe Entwicklung des präverbalen zum verbalen Selbst hat die moderne Säuglingsforschung entscheidende Impulse gerade in den letzten Jahren gebracht und unser lückenhaftes Wissen darüber entscheidend verbessert. Lassen Sie mich daher die Darstellung von Krisen damit beginnen, daß wir miteinander herausfinden:

Was ist Krise?

Krise ist der Versuch, psychisches Gleichgewicht wiederherzustellen.

In welcher Form drücken Kinder Unbehagen aus?

Damit komme ich zu einem praktischen sehr wichtigen Thema, nämlich der

Altersspezialität der Symptome

1. **Im non-verbalen Bereich** - also der Säuglingszeit sehen wir drei typische psychosomatische Reaktionen:
 - a) die Schreibabies, die Kämpfer um Lustbefriedigung
 - b) die Eßstörung (NOFD) bis zur Säuglingsanorexie
 - c) die Atemstörung bis zum sogenannten plötzlichen Kindstod

Obwohl se Altersstufe für Sie als Schulärzte nicht unmittelbar von Interesse ist und ich daher auch nicht näher auf die Therapie eingehen werde, so bleibt festzuhalten, daß Defizite dieser Altersstufe die entscheidende Schaltstelle späterer Neurosen darstellen.

2. im Schulalter

sehen wir als Ärzte unspezifische Symptome, die vorwiegend als somatisches Präsentiersymptom auffallen.

Dabei sind wichtige Organsysteme betroffen, die die Bezugsperson beunruhigen und in die ärztliche Sprechstunde führen.

Wir als Ärzte sind aufgerufen die Differentialdiagnose

- a) im somatischen
- b) im psychosozialen
- c) im systemischen

zu erstellen.

Dabei sind ganz wichtige Kriterien zu beachten:

Unsere Schulung im medizinischen Teilbereich steht in gewissem Widerspruch zur psychotherapeutischen Theragnose, d.h. einer gleichzeitig einsetzenden ganzheitlichen Erfassung und psychotherapeutischen Stützung des Kindes unter womöglicher Einbeziehung der Familiensituation.

Für uns Ärzte ist daher eine innere Prioritätenskala erforderlich:

Wieviel medizinische Untersuchung ist nötig?

Ist für mich die Auflösung des psychischen und systemischen Konfliktes möglich?

Stelle ich die Weichen richtig?

Im Rahmen einer kinderpsychosomatischen Station haben wir quantitativ am häufigsten Patienten mit Enuresis und Enkopresis beobachtet, gefolgt von spastischer rezidivierenden Bronchitis, Fieberzuständen und bei älteren Kindern zunehmend aggressive und depressive Verstimmungen auch ohne Somatisierung.

Dabei sind die Lebensgeschichten vieler Kinder durch

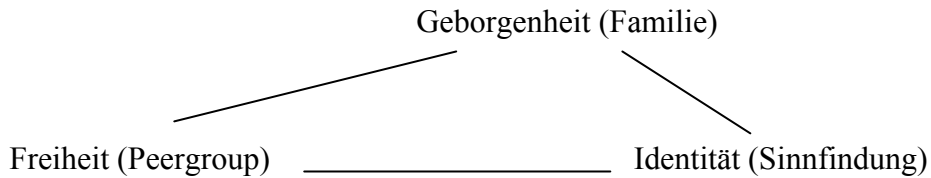
Verluste (Scheidung, Tod) und

Verwahrlosung (Beruf beider Eltern)

und oft durch bisherige medizinische Überdiagnostik statt konstanter Beziehung gekennzeichnet.

3. Die Adoleszenz

Diese Phase ist rein körperlich durch die pubertären Veränderungen gekennzeichnet und stellt hohe Anforderungen an die Beziehungsfähigkeit und an die innere Kraft zur Identitätsbildung. Eine Adoleszenz"krise" ist daher an sich weder selten noch krankhaft an sich. Allerdings braucht der Jugendliche die Polarität von

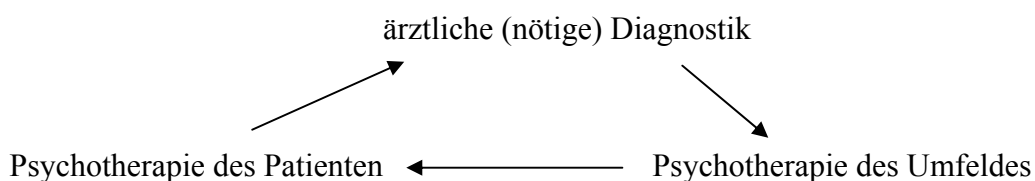


Diese drei Grundprinzipien für den Jugendlichen zu erfüllen sind bei der gesellschaftlichen Allgemeinsituation unserer Elterngeneration (Arbeitsbelastung, ökonomische Unsicherheit, Verwahrlosung) oft nur partiell zu gewährleisten und basiert auf der frühen positiven Bindung (Urvertrauen versus Mißtrauen).

Auf Grund der hohen und verschiedenartigen Differenzierung dieser Altersstufe sehen wir an der Jugendkrisenstation ein variables Bild von meist appellativen Krankheitsbildern, die oft sehr dramatisch sind.

Bei keinem unserer Patienten ist das obige Dreieck im Gleichgewicht und wir müssen durch Einzeltherapie die intrapsychische Ebene zu verbessern suchen, durch Gruppentherapie die Integration in der Peergroup verbessern und womöglich die Akzeptanz des Adoleszenten in seiner Familie erhöhen. Dabei stoßen wir auch auf Restfamilien, Überbelastung bis hin zur Ablehnung. Der Therapeut übernimmt dabei oft zeitweilig die Rolle der fehlenden Identifikationsperson und ermöglicht Nachreifung.

Während in diesen drei Altersgruppen mit verschiedener Präsentiersymptomatik der Fokus unserer theragnostischen Bemühungen entsprechend dem Entwicklungsstadium des Patienten verschieden ist, so ist die Frage des Angebotes angemessener Hilfe absolut entscheidend:



Bei den Säuglingen ist der Schwerpunkt der Prävention durch die Verbesserung der Eltern-Kind-Beziehung gegeben.

Die somatisierenden Schulkinder brauchen Anteilnahme und Nachreifung des Vertrauens zur Familie. Der therapeutische Schwerpunkt also liegt auf dieser Verbesserung Eltern - Kind.

In der Therapie des Adoleszenten liegt der Schwerpunkt der Therapie auf der Stärkung der Identität unter Einbeziehung von Eltern und Peergroup.

Die Präsentiersymptome an der Kriseninterventionsstation

Obwohl wir ein interessantes Patientengut nun schon durch zwei Jahrzehnte beobachten konnten, ist dieses keineswegs repräsentativ sondern durch die Entgiftungsstation im Wilhelminenspital aber auch durch die überregionale Bedeutung unserer Station für Wien kein Querschnitt.

Häufigste Einweisungsdiagnose: 1. SMV (Selbstmordversuch) durch verschiedene Tabletten
gefolgt von

2. Eßstörungen (Anorexie mehr als Bulimie)
3. Psychosomatosen (Kreislauf, GI-trakt)
4. Verhaltensstörungen und Familienzwise
5. Panikattacken und Angststörungen

Die Problematik des SMV des Jugendlichen

Jeder SMV eines Adoleszenten muß ernst genommen werden, wenn auch in der Literatur darüber immer wieder mit Recht auf den appellativen Charakter einer solchen Handlung in dieser Altersstufe hingewiesen wird.

In unserem Patientengut überwiegen weit die Mädchen, weil sie weit eher zu sogenannten weichen Methoden greifen und daher über die Entgiftungsstation bei uns psychotherapeutisch aufgefangen werden. Meistens werden die Hausapotheke wahllos entleert und viele Patienten haben auch nach ihrem Aufwachen noch Todeswünsche und vor allem große Schuldgefühle und Angst vor den Vorwürfen ihrer Eltern. Familiensitzungen dieser Art sind geprägt von entgleisenden gegenseitigen Vorwürfen und Schuldzuweisungen. Es ist daher sinnvoll für uns in der Krisentherapie, sich ein inneres Schema der Therapie vor Augen zu halten, das allmählich wirksam werden kann:

1. Abfuhrmöglichkeit heftiger Gefühle
2. Akzeptanz andersartiger subjektiver Wahrheiten
3. Zulassen positiven Mitgefühls für den Anderen
4. Dialogfähigkeit aus gegenseitiger Sympathie

Wenn in diesem therapeutischen Prozeß diese Stadien durchlaufen werden und gegenseitige Wertschätzung und Verständnis entsteht, ist viel erreicht. Immerhin haben wir in unserem Krankengut von mehreren hundert Patienten nur zwei durch späteren Selbstmord tatsächlich verloren.

Die Statistik des Suizides zeigt, daß bei den Erwachsenen viel mehr Männer betroffen sind, besonders nach dem 70. Lebensjahr und durch Ehescheidung oder Tod der Partnerin besonders Vereinsamte.

Bei Kindern ist aus dem Verständnis des Todes heraus erst ab dem 12.-13. Lebensjahr der Gedanke an Selbstmord möglich und daher in der Gesamtstatistik im Vergleich zum Erwachsenen ein seltenes Ereignis, dem auch die präsuizidale Einengung des Erwachsenen fehlt.

Daraus ist auch zu ersehen, daß Suizidversuche eine Folge des beginnenden Ablösungsprozesses in schwierigen bzw. gescheiterten Eltern-Kindbeziehungen sind, die dramatisch inszeniert werden. In der Therapie ist ein langer konstanter Beziehungsaufbau daher notwendig, sei es unter Einschluß der Ursprungsfamilie - und daher Neuorientierung - oder auch durch die Verlässlichkeit und Verfügbarkeit des Therapeuten für den Jugendlichen weit über den Spitalsaufenthalt hinaus.

Gerade Schulärzte könnten Weichensteller werden, ob Kinder und in welcher Form Wege aus primär aussichtslosen Sackgassen finden. Oft fehlt nur die Ermutigung und konkrete Planung für solche Schritte.

Andere Formen der Jugendkrise

Neben dem Selbstmordversuch haben wir an der Station viele andere Präsentiersymptome von Jugendkrisen gesehen. Die rapide Zunahme von Eßstörungen wird heute speziell referiert und ich kann mich daher auf die psychosomatischen und Verhaltensstörungen konzentrieren.

Typische psychosomatische Erscheinungsformen im Jugendalter

Im Gegensatz zu jüngeren Kindern sehen wir Resomatisierungen von Jugendlichen verbunden mit großen Dramatisierungen. Häufig sehen wir Kreislaufprobleme wie hypotone Krisen verbunden mit Kollaps.

Nicht selten kommen auch hyperazide Gastritiden mit Erbrechen vor, die dramatisch geschildert werden, aber in Wirklichkeit ein Schrei nach Aufmerksamkeit sind.

Es ist oft für uns Ärzte eine Verführung, uns weg zu locken von der psychischen hin zur rein medizinischen Schiene im diagnostischen wie therapeutischen Bereich.

Wir dürfen aber nicht in diese einseitige Falle tappen, sondern dem Jugendlichen ausgewogen Hilfe anbieten. Dabei können die Klagen über Krankheitsschwerpunkte rasche wechseln häufig ohne Organschädigung. Wirkliche schwere psychosomatische Erkrankungen etwa des GI-traktes sind extreme Raritäten wie Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn.

Verhaltensstörungen im Jugendalter

Sowohl aggressive wie depressive Bilder sind weit verbreitet und häufig mit suizidalen Handlungen oder psychosomatischen Präsentiersymptomen verbunden. Die moderne multiaxialen Einteilungsschemata haben eine genauere Klassifizierung gebracht. Aber das Grundthema ist gleich geblieben.

Diese Jugendlichen suchen nach einem Weg, sich in unserer Erwachsenenwelt zu integrieren und ihre Appelle sind Rufe um Hilfe, die oft nicht leicht als solche erkennbar sind.