

Lebenskrisen bei Kindern und Jugendlichen

Unterstützungsmöglichkeiten von Schule und Jugendhilfe

SIBYLLE MARIA WINTER

Dr. med. habil. Sibylle Maria Winter ist kommissarische Leiterin der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters an der Charité in Berlin. Sie ist auch Leiterin der Traumaambulanz und für medizinischen Kinderschutz.
<http://kjp.charite.de>

Heranwachsende sehen sich insbesondere in der Schulzeit mancherlei Klippen ausgesetzt. Schwierigkeiten können in der Schule, in der Familie oder durch die körperliche und geistige Entwicklung der jungen Menschen auftreten.

Kinder und Jugendliche in Lebenskrisen können verschiedene Reaktionen zeigen (vgl. Abb. 1):

- Auf der einen Seite gibt es Kinder und Jugendliche, die Lehrern und Erziehern schnell auffallen. Dazu gehören Kinder und Jugendliche mit externalisierenden Verhaltensweisen. Sie sind verbal oder körperlich aggressiv, ablenkbar, motorisch unruhig, impulsiv, spielen den Clown oder ärgern andere.
- Auf der anderen Seite gibt es Kinder und Jugendliche, die Lehrern und Erziehern eher nicht auffallen. Dazu gehören Kinder und Jugendliche mit internalisierenden Verhaltensweisen. Sie sind sozial zurückgezogen, beteiligen sich nicht am Unterricht, haben keine Freunde und wirken emotional belastet.

Beide Reaktionen können seit Beginn der Schulzeit vorhanden sein oder neu auftreten. Dabei ist wichtig zu erwähnen, dass Lebenskrisen bei Kindern und Jugendlichen sich über Jahre hinziehen können, da diese die belastenden Umweltbedingungen nicht ändern können.

Unabhängig davon, welche Reaktionsweisen vorherrschen, beeinträchtigen diese die schulischen Leistungen. Die Kinder und Jugendlichen befinden sich damit in einem Teufelskreis.

Die Einschulung ist eine der größten Anpassungsleistungen, die im Leben von Kindern und Jugendlichen zu bewältigen ist. Die Kinder sind an Gruppen bis 15

Kinder in der Kita gewöhnt, müssen dann in Gruppen von circa 30 Kindern sozial kompetent sein und der Leistungsaspekt kommt dazu.

Wenn Kinder in der Schule über- oder unterfordert sind, können die beschriebenen Symptome auftreten. Schon bei hoher Intelligenz (IQ > 115) kann Unterforderung auftreten, bei Hochbegabung (IQ > 130) tritt dies mit hoher Wahrscheinlichkeit auf. In der Grundschulzeit haben es Kinder mit hoher Intelligenz nicht nötig, sich etwas zu erarbeiten, sondern sie verstehen alles im Unterricht und können den Stoff dann auch ohne Wiederholung anwenden.

Während am Anfang der Schulzeit dies noch relativ gut kompensiert werden kann, treten in der Oberschule zunehmend Probleme auf. Die Kinder haben nicht gelernt, sich etwas zu erarbeiten, entwickeln Schulleistungsprobleme und versagen trotz guter oder sehr guter Voraussetzungen. Bei Kindern mit Hochbegabung besteht die Gefahr, dass sie aufgrund der Unterforderung zu Schulversagern werden. Die Normalverteilung bedeutet, dass 14 % der Kinder und Jugendlichen eine hohe Intelligenz und 2 % der Kinder und Jugendlichen eine Hochbegabung aufweisen. Das heißt, dass in einer Klasse von 30 Kindern ungefähr vier Kinder mit hoher Intelligenz sitzen und in jeder zweiten Klasse ein Kind mit Hochbegabung sitzt.

Wenn Kinder eine Lernbehinderung (70 > IQ < 85) oder sogenannte geistige Behinderung aufweisen (50 > IQ < 70) tritt eine Überforderung auf. Die Eltern

sprechen häufig von »faulen« Kindern, was ihnen nicht gerecht wird. Diese Kinder brauchen eine spezifische Förderung, viele werden spät erkannt, insbesondere wenn der Verbal-IQ besser ist als der Handlungs-IQ: Diese Kinder erscheinen im Umgang mit der Sprache wie Kinder, die eine durchschnittliche intellektuelle Gesamtbefähigung aufweisen. Dies tritt in einer Häufigkeit von 14 % für Lernbehinderung und 2 % für die geistige Behinderung auf. Das heißt, dass in einer Klasse von 30 Kindern ungefähr vier Kinder mit Lernbehinderung sitzen und in jeder zweiten Klasse ein Kind mit geistiger Behinderung sitzt.

Aber auch Kinder mit durchschnittlichem IQ ($85 < IQ < 115$) können spezifische Teilleistungsstörungen aufweisen im Lesen, im Rechtschreiben und im Rechnen. Da diese Kulturtechniken in unserem schulischen System von enormer Bedeutung sind, wirkt sich dies auf die gesamte Schulleistung aus. Die umschriebenen Teilleistungsstörungen im Lesen, Schreiben und Rechnen treten

»Statistisch gesehen sitzen in jeder Schulklasse vier Kinder mit hoher Intelligenz, vier Kinder mit Lernbehinderung und ein Kind mit einer Teilleistungsstörung«

jeweils mit einer Häufigkeit von 2 % auf. Das heißt, dass in einer Klasse von 30 Kindern mindestens ein Kind mit einer Teilleistungsstörung sitzt.

Es gibt vielfältige familiäre Belastungen, die zu Beeinträchtigung der Schulleistung führen können. Auch psychisch gesunde Kinder und Jugendliche brauchen die Ermutigung der Eltern für schulische Erfolge. Bei familiären Belastungen haben die meisten Kinder und Jugendliche erhebliche Schwierigkeiten, trotz allem gute schulische Leistungen zu bringen. Ein Teil der Jugendlichen entwickelt darüber hinaus psychische Probleme (vgl. Abb. 2).

Wenn Kinder und Jugendliche unabhängig von der familiären Situation psychische Störungen entwickeln, sind sie mit den anstehenden Entwicklungsaufgaben überfordert. Diese stehen mit der Integration in die Kita, dem Eintritt in die Grundschule und in die Oberschule an. Die Pubertät mit all ihren

Externalisierende Reaktionsweisen	Internalisierende Reaktionsweisen
Aggressivität	Traurigkeit
Motorische Unruhe	Interesselosigkeit
Impulsivität	Sozialer Rückzug
Ablenkbarkeit	Antriebsarmut
Clownspielen	Psychosomatische Beschwerden
Ärgern	Ängste

Abb. 1: Kinder in Krisensituationen können je nach Symptomen unterschiedliche Reaktionsweisen zeigen.

körperlichen Veränderungen stellt eine weitere große Herausforderung dar.

Neben den Leistungsanforderungen besteht auch die Notwendigkeit, soziale Kompetenz zu entwickeln, sich von den Eltern abzulösen und zunehmend Verantwortung für das eigene Denken und Handeln zu übernehmen.

Viele Störungen beginnen in der Adoleszenz. Die Prävalenz von psychisch kranken und behandlungsbedürftigen Kindern und Jugendlichen beträgt 8 %, von psychisch auffälligen und

leistungsbedürftiger psychischer Störung und sechs Kinder und Jugendliche mit psychischen Auffälligkeiten sitzen.

Das wichtigste ist die Aufmerksamkeit für psychische Veränderungen bei den Kindern und Jugendlichen, insbesondere in Schwellensituationen. Je nach Alter sollte das Gespräch zunächst mit dem Kind oder Jugendlichen und den Eltern gesucht werden. Je jünger das Kind, desto wichtiger das Gespräch mit den Eltern.

Mögliche Empfehlungen können eine Umschulung sein, die Berücksichtigung eines Nachteilsausgleiches in der Schule, die Etablierung eines Integrationsstatus, eine spezifische Lerntherapie in Bezug auf die Teilleistungsstörung über das Jugendamt oder zusätzlich eine Psychotherapie über die Krankenkasse aufgrund starker emotionaler Belastung.

Bei familiären Belastungen und unzureichenden familiären Ressourcen sind ebenfalls zusätzliche Experten einzuschalten. An erster Stelle steht die schulische Sozialarbeit, wenn dies nicht ausreichend sein sollte, ist die Kontaktaufnahme zum Jugendamt der nächste Schritt.

gefährdeten Kindern und Jugendlichen 18 %, in Ballungsgebieten noch höher (Barkmann, 2003). Das heißt, dass in jeder Klasse ungefähr drei Kinder und Jugendliche mit manifester behand-

	Belastungen
Bezugspersonen	Trennung der Eltern
	Konflikte der Eltern
	Psychisch kranke Eltern
	Körperliche kranke Eltern
	Tod der Eltern
	Kranke Geschwister
Erziehungsbedingungen	Mangelnde Förderung
	Bildungsferne Familie
	Armut
	Sozial isolierte Familie
	Gewalt (Körperlich, emotional, sexuell)

Abb. 2: Familiäre Belastungen können Kinder massiv beeinträchtigen.

	Störung	Häufigkeit
Externalisierende	ADHS	4 – 10 % (Wender, 2002)
	Störung des Sozialverhaltens	Jungen 6 – 16 % Mädchen 2 – 9 % (Saß et al. 2003)
Internalisierende	Major Depression	Kinder 2 % Jugendliche 4 – 8 % (Goodman et al., 2000)
	Dysthymie (Chronische Depression)	Kinder 4 – 5 % Jugendliche 5 – 10 % (Goodman et al., 2000)
	Angst	5,7 – 18,6 (Blanz & Schneider, 2008)
	Zwang	1 – 3,6 % (Rapoport et al., 2000)
	Somatoforme Störungen	Jungen 4,5 – 10 % Mädchen 10,7 – 15 % (Campo & Fritsch, 1994)

Abb. 3: Heranwachsende können insbesondere in der Pubertät psychische Erkrankungen ausbilden.

Das Jugendamt hat die Möglichkeit, eine Vielzahl von Jugendhilfemaßnahmen zu finanzieren, die das familiäre System kurzfristig oder längerfristig unterstützen können. Maßnahmen können sein Familienhilfe, Einzelfallhilfe mit Schwerpunkt auf der Unterstützung des Kindes oder des Jugendlichen, Familien- oder Einzeltherapie, Tagesgruppe oder auch vollstationäre heilpädagogische Unterbringung mit oder ohne integrierte Beschulung.

Unterstützungsmaßnahmen werden in Hilfekonferenzen mit den Sorgeberechtigten sowie mit den Kindern und Jugendlichen festgelegt. Das oberste Ziel ist, die Kinder und Jugendlichen im familiären Umfeld zu belassen oder wieder zurückzuführen. Nur wenn die Sorge-

berechtigten nicht in der Lage sind, ihre Erziehungsaufgaben wahrzunehmen, werden die Kinder und Jugendlichen vollstationär untergebracht.

Wenn Sorgeberechtigte der Kontaktaufnahme mit dem Jugendamt nicht zustimmen, kommen Ärzte und Sozialpädagogen aufgrund der Rechtslage in eine schwierige Situation (vgl. Kasten: »Die rechtliche Situation von Fachkräften bei Kindeswohlgefährdung«).

Wenn Kinder und Jugendliche aufgrund einer psychischen Erkrankung mit Entwicklungsaufgaben überfordert sind, ist auf jedem Fall die Einschaltung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie notwendig. Für viele Erkrankungen gibt es erfolgreiche Behandlungen.

Wichtig ist die frühe Einschaltung, da nach Chronifizierung eine erfolgreiche Behandlung deutlich erschwert ist und sich die Prognose verschlechtert. ■

Literatur

Barkmann, C. (2003). Psychische Auffälligkeit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – ein epidemiologisches Screening, Dissertation. Universität Hamburg.

Blanz, B. & Schneider, S. (2008). Angststörungen. In B. Herpertz-Dahlmann, F. Resch, M. Schulte-Markwort & A. Warnke (Hg.), *Entwicklungspsychiatrie* (2. Aufl., S. 700). Stuttgart: Schattauer.

Campo, J. V. & Fritsch, S. L. (1994). Somatization in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1223–1235.

Goodman, S. H., Schwab-Stone, M., Lahey, B. B., Shaffer, D. & Jensen, P. S. (2000). Major depression and dysthymia in children and adolescents: discriminant validity and differential consequences in a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 61–70.

Rapoport, J. L., Inoff-Germain, G., Weissman, M. M., Greenwald, S., Narrow, W. E., Jensen, P. S., Lahey, B. B. & Canino, G. (2000). Childhood obsessive-compulsive disorder in the NIMH MECA study: parent versus child identification of cases. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders. Journal of Anxiety Disorders*, 14 (6), 535–548.

Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe.

Wender, P. H. (2002). Aufmerksamkeits- und Aktivitätsstörungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Stuttgart: Kohlhammer.

Die rechtliche Situation von Fachkräften bei Kindeswohlgefährdung

Bestimmte Berufsgruppen wie Ärzte und Sozialarbeiter sind unter strafrechtlicher Androhung (Strafgesetzbuch § 203 Abs. 1) gezwungen, Berufsgeheimnisse zu bewahren. Bisher konnte nur in Bezugnahme auf den § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) davon abgewichen werden. Im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG, 2012, § 4 Abs. 1 – Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz) wird dies konkreter gefasst. Bei Kindeswohlgefährdung ist die Einschaltung des Jugendamtes auch ohne Einwilligung der Sorgeberechtigten mittels der Offenbarungsbefugnis erlaubt. Allerdings ist die Offenbarungsbefugnis an eine unabwendbare Gefährdung und an bestimmte Verfahrensweisen gebunden.

Zunächst sollten die Sorgeberechtigten über Unterstützungsmaßnahmen beraten werden. Im zweiten Schritt sollte bei den Sorgeberechtigten darauf hingewirkt werden, diese Unterstüt-

zungsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Wenn alle Mittel ausgeschöpft sind, sind die Sorgeberechtigten darauf hinzuweisen, dass das Jugendamt informiert wird. Es besteht der Anspruch auf eine anonyme Beratung durch eine erfahrene Fachkraft, inwieweit eine Kindeswohlgefährdung vorliegt (BKisSchG § 4 Abs. 2, SGB VIII § 8b).

Diese »insofern erfahrene Fachkraft«, wie es im Gesetz heißt, muss über eine Zusatzschulung verfügen und kann über die Jugendämter kontaktiert werden. Wenn die Kinder und Jugendliche durch familiäre Belastungen emotional stark belastet sind, kann auch der Weg über den Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie hilfreich sein. Während das Jugendamt sich auf das familiäre System konzentriert, kann dieser dem Kind oder Jugendlichen spezifische Hilfe anbieten oder vermitteln.

Sibylle Maria Winter