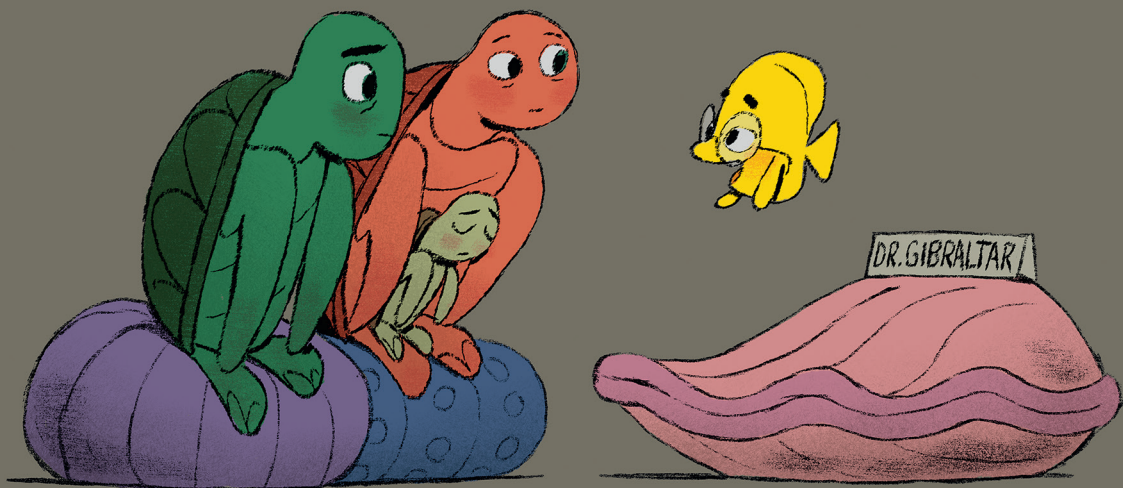


Bundesverband der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e. V.
(Hg.)

Die Wunschperle

Das Begleitbuch für die Familie



Vorwort	6
----------------	----------

Einleitung	8
-------------------	----------

Liebe Eltern,	8
---------------	---

Wie erleben Geschwister die Erkrankung?	8
---	---

Sie sind nicht allein!	9
------------------------	---

TEIL 1 Eine seelische Erkrankung verändert die Familie	10
---	-----------

Was wir Ihnen mitgeben möchten	10
--------------------------------	----

Nala und Oskar – Anton	11
------------------------	----

Krakel Tentakel	11
-----------------	----

Schulschluss	12
--------------	----

Algen-Lasagne	12
---------------	----

Ist Anton krank?	12
------------------	----

Ein kleiner Streit	13
--------------------	----

Besuch bei Dr. Schlicht	13
-------------------------	----

Nicht verrückt	14
----------------	----

Frühstück in der Klinik	15
-------------------------	----

Zack, Beisser, Tom und Splutter	16
---------------------------------	----

Anton und Beisser	16
-------------------	----

Mama hat keine Zeit	16
---------------------	----

Der Traum	17
-----------	----

Papa hat keine Zeit	17
---------------------	----

Selber Depp	19
-------------	----

Oskar ist raus	19
Hausaufgaben machen	20
Muschelbild mit Frau Klecks	21
Beisser hat Angst	21
Die gemeine Sofie	21
Familienbesuch	22
Was ist hier los?	23
Freunde in Gefahr	26
Flurri	28

TEIL 2 Seelische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen 30

Worum geht es in diesem Teil?	30
Wenn die Seele sich verdunkelt – Depressionen	31
Was ist eine Depression?	32
Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?	32
Wie entsteht eine Depression bei Kindern und Jugendlichen?	35
Was wir als Eltern tun können	36
Literatur	37
Wenn das Herz bis zum Hals schlägt – Angststörungen	38
Was sind Angststörungen?	38
Wie unterscheiden sich Trennungsangst, Phobien und generalisierte Angststörung?	39
Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?	42
Wie entstehen Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen?	43

Was wir als Eltern tun können	44
Literatur	45
Immer in Bewegung – Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung	46
Was ist eine ADHS?	47
Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?	48
Wie entsteht eine ADHS bei Kindern und Jugendlichen?	51
Was wir als Eltern tun können	51
Literatur	53
Pummelchen und Spargeltarzan – Essstörungen	53
Was ist eine Essstörung?	54
Wie unterscheiden sich Magersucht, Ess-Brech-Sucht, Essattacken und Fettleibigkeit?	55
Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?	59
Wie entstehen Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen?	60
Was wir als Eltern tun können	61
Literatur	63
Wenn die Worte stolpern – Sprach- und Sprechstörungen	64
Welche Sprachstörungen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?	64
Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?	66
Wie entstehen Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen?	67
Was wir als Eltern tun können	68
Literatur	69

Teil 3 Wo finde ich Hilfe? **70**

Erste Schritte **70**

Erzieherinnen, Schulsozialarbeiter, Schulseelsorger,
Schulpsychologinnen und Lehrer **71**

(Erziehungs-)Beratungsstellen **71**

Telefonseelsorge **71**

Kinder- oder Hausarzt **72**

Kinder- und jugendpsychiatrische Praxen **72**

Selbsthilfe **73**

Wichtige Anlaufstellen **74**

Selbsthilfeverbände **74**

Hilfen bei Depressionen **75**

Hilfen bei Angststörungen **76**

Hilfen bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen **76**

Hilfen bei Essstörungen **76**

Hilfen bei Sprach- und Sprechstörungen **76**

Weitere Ansprechpartner **76**

Zum Weiterlesen **77**

Zur Situation in den Familien **77**

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen **77**

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen **77**

Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS)
bei Kindern und Jugendlichen **78**

Esstörungen bei Kindern und Jugendlichen	78
Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern und Jugendlichen	79
Weiterführende Informationen und Beratungsangebote	79

... allen Kindern dieser Welt!

Vorwort

Es gibt buchstäblich Tausende Bücher und Millionen Artikel zum Thema psychische Erkrankung, in denen unterschiedliche Aspekte beleuchtet werden. Warum also noch ein Buch schreiben, und warum gerade dieses Buch?

Mit »Die Wunschperle« wurde ein bisher vernachlässigtes Thema in den Vordergrund gestellt. Ist ein Kind erkrankt, sind alle Familienmitglieder mitbetroffen, insbesondere die Eltern, die sich durch die Erkrankung vermehrt um das erkrankte Kind kümmern und sorgen müssen. Sie kümmern sich um Arztbesuche, entsprechende Behandlungen und gehen auf die Bedürfnisse des erkrankten Kindes ein. Nicht immer haben Eltern ausreichend Zeit, sind auf zahlreichen Baustellen gefordert, sind selbst Opfer großen Drucks von außen. Während Mitgeschwister die psychische Erkrankung ihres Bruders oder ihrer Schwester sehr intensiv miterleben und selbst bemerken, wie die psychische Erkrankung in ihr eigenes Leben eingreift, drängen Eltern unbewusst Mitgeschwister in eine Rolle des gesunden, problemfreien und starken Kindes. Es kommt zu Familiendynamiken und Zerwürfnissen.

Eltern, aber auch Geschwister müssen ziemlich viel über die psychische Erkrankung lernen. Mit »Die Wunschperle« erhält die ganze Familie Einblicke in die Sichtweisen von Betroffenen, Geschwistern und Eltern. Ferner geben wir Ihnen Informationen zum Hilfesystem an die Hand. Eltern können gemeinsam mit ihren Kindern den Comic lesen und eignen sich gemeinsam das Wissen über die Erkrankung, aber auch die unterschiedlichen Sorgen der Figuren im Comic an. Hier können Eltern auch ihre Kinder fragen, wie sie sich selbst fühlen. Der Comic bietet der Familie die Möglichkeit, miteinander ins Gespräch zu kommen und sich über die neue Situation auszutauschen.

Vielleicht haben Sie sich gefragt, wie das Buch entstanden ist? Der Plan für dieses Buch entstand aus der Idee heraus, ein Kinderbuch zu verfassen. Es sollte eine schnelle, konkrete Hilfe mit zuverlässigen Informationen über psychische Erkrankungen, die Sichtweise von Geschwistern und dem Aspekt »Wo finde ich Hilfe« sein. Bei der Umsetzung aller dieser zahlreichen Informationen war es uns wichtig, dass auch Kinder in unterschiedlichem Alter das Buch allein lesen können. Aufgrund von kurzen verständlichen, nicht überfrachteten Sätzen und den Emotionen auf der Bildebene in Form von Gesichtsausdrücken und Körpersprache, die von Kindern intuitiv aufgenommen werden, haben wir uns für einen Comic entschieden. Natürlich kann ein Comic auch vorgelesen werden. In manchen Fällen bestimmt auch vom älteren Geschwisterkind! Dieser Comic bietet sowohl Kindern als auch Eltern Lesespaß! Die begleitende Elternhilfe dient als weitere Erklärung. Zur

Vertiefung in einzelne Themengebiete können Sie auf unsere Buchempfehlungen am Ende der Elternhilfe zurückgreifen.

Wenn ein Buch erscheint, waren immer viele Menschen an der Entstehung beteiligt. All diesen lieben Menschen, die vor, während und nach dem Schreiben eine Hilfe gewesen waren, wollen wir ganz herzlich danken.

Zunächst richtet sich unser Dank an die BARMER, die bereit war, das Buchprojekt »Die Wunschperle« zu finanzieren und mit uns im permanenten Austausch stand. Wir danken insbesondere Jens Krug und Daniela Beerens für die gute Zusammenarbeit und die Unterstützung.

Natürlich musste die Geschichte des Comics kindgerecht verfasst werden. Gewonnen hat der BApK Patrick Wirbeleit. Was Patrick aus dem Skript und unseren Ideen kreiert hat, ist ein faszinierendes und beeindruckendes Ergebnis. Danke für deine kreativen Einfälle und dafür, unserer Worte für Kinder so verständlich zu umschreiben. Du bist ein magischer Zauberer der Worte.

Ein Comic besteht nicht nur aus Text, sondern auch aus Bildern. Was sich Vorstandsmitglieder und Geschäftsführung als Figuren im Geiste vorstellten, konnte Uwe Heidschötter perfekt auf dem Papier zeichnerisch umsetzen. Uwe hat Anton, seine Familie und Freunde lebendig gemacht! Innigen Dank für deinen feinfühlgigen und sensiblen Umgang mit dem Thema psychische Erkrankung und für die Originalität und den Einfallsreichtum der zu illustrierenden tierischen Charakteren.

Selbstverständlich möchten wir uns auch bei den Landesverbänden und den mitwirkenden Personen bedanken, die uns Informationen und Einblicke über die Sichtweise der Geschwisterkinder gegeben haben.

Zusätzlich möchten wir uns bei Prof. Dr. Groen bedanken, der den Erkrankungsteil unserer Elternhilfe fachlich gegengelesen hat und uns Anmerkungen geben konnte.

Im gleichen Atemzug wollen wir uns auch bei dem Psychiatrie Verlag für die Vorbesprechungen, das Lektorat und den Druck bedanken. Vielen Dank für die vielen Anregungen, die offenen Ohren und die vielen Vorschläge.

Vielen Dank an alle – wir als BApK wissen Ihre Unterstützung und Hilfe sehr zu schätzen.

Ihre Gudrun Schliebener, 1. Vorsitzende des BApK

Einleitung

Liebe Eltern,

wenn unser Kind Bauchschmerzen, Durchfall oder Fieber hat, mit einem Infekt kämpft oder sich einen Arm bricht, wissen wir von ganz allein, was zu tun ist – wir greifen auf bewährte Hausmittel zurück, gehen zum Arzt oder ins Krankenhaus. Ganz anders sieht es aus, wenn die Seele unseres Kindes erkrankt. Hier stehen wir den Veränderungen ratlos oder auch verzweifelt gegenüber. Die Situation überfordert uns. Psychische Erkrankungen sind nicht leicht zu verstehen; sie kommen schleichend und sind für Außenstehende ebenso wie für die Betroffenen selbst zunächst kaum wahrnehmbar. Woran erkennen wir emotionale Probleme? Wann verhält sich unser Kind auffällig? An wen können wir uns wenden? Wo sind wir als Eltern gefordert?

Psychische Störungen sind Erkrankungen – und können wie jede andere Krankheit behandelt werden. Im Gegensatz zu Brüchen oder Viren aber sind ihre Folgen weitreichender und stellen häufig das gesamte Familienleben auf den Kopf. Wir machen uns als Eltern große Sorgen und sind immer neuen Anforderungen ausgesetzt. Eine psychische Störung nimmt viel Zeit in Anspruch und kann sehr kräftezehrend sein. Vielfach fühlen wir uns schuldig, sehen uns für die Probleme verantwortlich oder schämen uns ungewollt für das auffällige Verhalten unseres Kindes. Deshalb neigen wir dazu, psychische Probleme zunächst zu verdrängen und zu übersehen.

Aufmerksamkeit, ohne in Panik zu verfallen, ist der erste Schritt, wenn Ihnen Ihr Kind irgendwie »anders« vorkommt. Seien Sie offen für Unterstützung – auch durch Fachleute! Überlegen Sie gemeinsam mit Ihrem erkrankten Kind und Ihrer Familie, was hilfreich sein könnte. Erwarten Sie aber von sich selbst nicht zu viel. Ihre Liebe und Ihre Wertschätzung sind schon von unvorstellbar großem Wert.

Wie erleben Geschwister die Erkrankung?

Auch Geschwisterkinder leiden und kämpfen mit der neuen Situation. Als Eltern neigen wir dazu, dem erkrankten Kind unsere ganze Aufmerksamkeit zu schenken. Geschwisterkinder wachsen so oft im »Schatten« unserer Zuwendung auf, wenn wir nicht aufpassen. Dabei brauchen sie genauso viel Zuwendung und haben besondere Bedürfnisse. Es ist wichtig, diese zu kennen, um ihnen gerecht werden zu können. Geschwisterkinder sollten sich geborgen und von uns aufgefangen fühlen – über das erkrankte Kind dürfen wir nicht unsere anderen Kinder vergessen. Gemeinsam sind wir als Familie stark.

Sie sind nicht allein!

Dieses Buch will Ihnen in erster Linie Trost spenden, aber auch Mut machen: Sie sind mit dieser Situation nicht allein! Wir geben Ihnen allererste Antworten und helfen Ihnen dabei, sich an richtiger Stelle Hilfe zu holen.

»Die Wunschperle« erzählt eine Geschichte, die Sie vielleicht gerade so oder so ähnlich erleben. Der Comic soll Sie und Ihre Familie unterstützen, die neue Situation zu verstehen und miteinander ins Gespräch zu kommen. In diesem Begleitbuch finden Sie erste Informationen für das Gespräch und einen kurzen Wegweiser zu verschiedenen Hilfsangeboten.

Das Begleitbuch ist in drei Teile gegliedert:

- | **DEN ERSTEN TEIL** widmen wir den Geschwisterkindern, denn sie leiden in besonderer Weise unter der Situation. Mobbing, Kontaktabbrüche, Ängste und schlechte Schulleistungen sind einige Warnzeichen, die unsere besondere Aufmerksamkeit als Eltern erfordern. Wir stellen die Bedürfnisse von Geschwisterkindern vor und bieten erste Lösungen an.
- | **IM INFORMATIONSTEIL** klären wir über die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen auf und nennen erste Schritte: Wie können wir unserem Kind helfen, wenn wir merken, dass mit ihm etwas nicht stimmt?
- | **IM SERVICETEIL** finden Sie Anlaufstellen, thematisch sortierte Buchtipps und hilfreiche Websites.

Als Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) arbeiten wir täglich mit betroffenen Familien und Hilfestellen zusammen. Wir hoffen sehr, Ihnen mit Informationen aus erster Hand durch die schwierige Zeit helfen zu können. Dabei wünschen wir Ihnen viel Kraft!

TEIL 1

Eine seelische Erkrankung verändert die Familie

Prof. Dr. Reinhard Peukert*

Was wir Ihnen mitgeben möchten

Seelische Erkrankungen verändern den Alltag, die Einstellungen und Haltungen, letztlich alle Lebensbereiche des erkrankten Menschen, aber auch alle der Personen, die sich mit ihm in Beziehung sehen: die Eltern ebenso wie die Mitgeschwister, die Freunde, die Großeltern, die Mitschüler und die Lehrerinnen und Lehrer, die eine Beziehung zu dieser Schülerin bzw. diesem Schüler hergestellt hatten.

Aufgrund der besonderen und sehr engen Beziehungen in Familien sind für die Familienmitglieder die mit der Erkrankung auftretenden Veränderungen besonders massiv. Auch Geschwisterkinder nehmen die veränderte Situation wahr, leiden mit ihrem Bruder oder ihrer Schwester und müssen sich umorientieren, so wie alle anderen Beteiligten. Angesichts der neuen Herausforderungen, die eine psychische Erkrankung mit sich bringt, fallen sie schnell »hintenüber« und werden von den anderen Familienmitgliedern rasch übersehen. Viele Geschwisterkinder kommen mit der Situation im Laufe ihres Lebens überraschend gut zurecht, mehr noch: Als Erwachsene geben sie an, aufgrund der besonderen Erfahrungen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung gestärkt worden zu sein. Aber es kann auch anders ausgehen: Es können durchaus lebenslange negative Auswirkungen zu beobachten sein. Diese sind jedoch alles andere als zwingend!

In »Die Wunschperle« wird in der für Kinder attraktiven Comicsprache die Situation eines psychisch erkrankten Kindes, seiner Geschwister und Eltern sowie der Freunde kindgerecht erzählt. Nicht nur Ereignisse zu Hause, auch in der Schule, in der Freizeit und in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik werden in Szenen vorgestellt. Untersuchungen haben gezeigt: Je jünger ein Kind zum Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns seines Geschwisters ist, umso wahrscheinlicher ist eine eher negative Entwicklung. Daher haben wir die Geschichte in der frühen Schulzeit angesiedelt.

Damit ist auch der Sinn und Zweck dieses Teils umrissen. Wir beschreiben Ihnen entlang der Geschichte um Anton, welche Auswirkungen eine psychische

*
Frau Dr. Renate Schepker
und Frau Kerstin
und Friederike Samstag
verdanke ich wichtige
Hinweise.

Störung eines Familienmitglieds auf die ganze Familie und darüber hinaus haben kann und welche Dynamik sie mitbringt. Dabei gehen wir manchmal etwas mehr in die Tiefe, um auch Situationen und Verhaltensweisen zu erfassen, die sich nicht direkt aus der Geschichte ergeben. Sie halten keinen klassischen Ratgeber in den Händen, eher eine Art Familienbegleiter. Wir möchten Ihnen helfen, Probleme in der Familie frühzeitig zu erkennen und zu bewältigen. Für diese und weitere Themen gibt es auch für Laien verständliche Fachbücher, auf die in einer Literaturliste am Ende dieses Begleitbuchs hingewiesen wird.

Wir wünschen den Kindern, ihren Eltern und anderen erwachsenen Bezugspersonen eine fruchtbare gemeinsame Lektüre des Comics und hoffen, dass diese Broschüre beim Ordnen der nicht immer offen zutage liegenden Zusammenhänge nützlich sein wird. Vielleicht kann sie das gemeinsame Reden über die Erkrankung in der Familie positiv beeinflussen.

Nala und Oskar – Anton

In den ersten beiden Kapiteln des Comics sehen wir, mit welcher Freude die beiden Geschwister von Anton – Nala und Oskar – ihr Leben genießen. Ihr kleiner Bruder Anton hat aber absolut keine Lust, mitzuspielen. Auf Anraten der Mutter gelingt es den Geschwistern, Anton zu einem Ausflug zu bewegen und ihm seine Angst vor einer Höhle zu nehmen, an deren Ende ein Abenteuer auf sie wartet. Auf dem Weg dorthin begegnet Anton einem Leuchtfisch – mit traurigem Blick äußert er den Wunsch, auch gern zu leuchten.

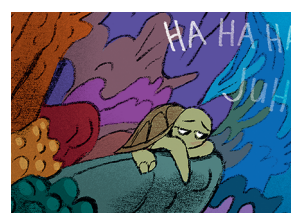
Hier treten erste Anzeichen auf, die auf eine seelische Erkrankung hinweisen können. Es ist wichtig, nicht vorschnell in Panik zu verfallen, sondern mit kühlem Kopf Warnzeichen aufmerksam zu beobachten.



Kraker Tentakel

Alle lieben es, von Kraker Tentakel wie im Karussell herumgeschleudert zu werden – nur Anton nicht. Er schaut lieber zu und wird immer trauriger.

Menschen, die in sich Traurigkeit, Leere, Ängste oder andere nicht zu beschreibende Gefühle oder irritierende Gedanken erleben, sind nur schwer zu etwas Schönem zu bewegen. Sie nehmen das Geschehen um sie herum durch einen grauen Schleier wahr und können schon gar nicht Lust oder Freude am Leben spüren. Das ist bei Kindern nicht anders als bei Erwachsenen.



Schulschluss

Antons Geschwister wollen helfen und überlegen sich nach Schulschluss, wie sie Anton dazu bewegen können, doch noch einmal mit zum Karussell zu kommen: Sie ermuntern ihn, Mexer, seinen besten Freund, einzuladen. Und das scheint zunächst auch zu funktionieren.



Geschwister achten aufeinander und sind bemüht, einander zu helfen. Auch diejenigen Geschwister, bei denen es auf den ersten Blick nicht immer den Anschein hat und die sich scheinbar den ganzen Tag lang streiten.

Algen-Lasagne

Beim Essen der Algen-Lasagne merkt Antons Mutter, dass mit ihrem Jüngsten etwas nicht stimmt. Nur was? Anton ist in sich gekehrt, will bei nichts mitmachen und zieht sich, so oft es geht, auf seinen Stein zurück – er hat zu nichts mehr Lust; die Aufmunterungsversuche seiner Geschwister und Freunde bleiben erfolglos. Die anderen ziehen fröhlich los, Anton bleibt allein und traurig zurück. Er empfindet sich als Last und als Spaßbremse für die Fröhlichen.

Wenn einer nicht mitmachen will, wird ihm irgendwann die gewünschte Ruhe zugebilligt – das macht ihn aber nicht glücklich, im Gegenteil: Er fühlt sich allein, verlassen, abgehängt und traurig. Selbst die Hoffnung auf einen Schatz, die Wunschperle, kann bei Anton den grauen Schatten nicht vertreiben. Die Angehörigen befürchten, Anton könne erkrankt sein – aber woran?

Ist Anton krank?

Anton fühlt sich so schlecht, dass er sich am liebsten – wie der Seedrache aus Opas Geschichte – auf den Meeresgrund absinken lassen würde. Als Schildkröte hat er seinen Panzer – in diesen verkriecht er sich.



Menschen – große und kleine –, die so tiefe Traurigkeit verspüren, wollen sich ganz weit weg verschanzen. Für andere ist das erst einmal schwierig nachzuvollziehen. Es macht sie traurig und tut ihnen weh, nicht helfen zu können. Sprechen Sie deshalb möglichst früh auch mit Ihren anderen Kindern über das veränderte Verhalten des erkrankten Geschwisters.

Ein kleiner Streit

Wenn sich eine psychische Erkrankung bei einem Kind abzeichnet, ist die Verunsicherung am Anfang groß. Ist es ein ernst zu nehmendes Problem oder sind es ganz »normale«, entwicklungsbedingte Verhaltensweisen? Wann muss ich aktiv werden? Wie kann ich meinem Kind helfen? An wen wende ich mich, wenn der Verdacht immer stärker wird?

Bei Antons Eltern kommt es wie in vielen Familien zum Streit darüber, was für ein Arzt Anton helfen könnte. Die Mutter sieht »etwas Psychisches« am Werke, der Vater möchte das nicht wahrhaben: Unser Kind ist doch nicht verrückt!

Antons Mutter und sein Vater wissen, wie sehr Kinder unter dem Streit ihrer Eltern leiden, und zeigen ihnen, dass sie sich wieder vertragen haben. Denn Kinder neigen dazu, den Grund für Streit in der Familie bei sich zu suchen. Keinesfalls sind Eltern immer so schnell wieder »gut miteinander« wie in unserer Geschichte. Meinungsverschiedenheiten müssen ausgetragen werden, und Kinder erleben sie oft als Streit zwischen den Eltern. Wichtig ist, das Gespräch mit den Kindern zu suchen und ihre Sorgen ernst zu nehmen.

Manchmal lässt es sich nicht verhindern, dass Meinungsverschiedenheiten zwischen den Eltern vor den Kindern ausgetragen werden. Dann ist es wichtig, ihnen immer wieder zu erklären: »Unser Streit hat nichts mit euch zu tun. Eltern müssen manchmal miteinander ringen, so wie ihr mit euren Geschwistern und Freunden. Selbst wenn wir als Eltern vorübergehend wütend aufeinander sind: Wir lieben uns trotzdem. Und euch auch.«



Besuch bei Dr. Schlicht

Der Verdacht der Eltern bestätigt sich: Dr. Schlicht schickt Anton mit seinen Eltern in die Wellenlinik. Dr. Gibraltar möchte Anton zum Bleiben bewegen – und er verspricht ihm, die Perle in seinem Inneren wieder zum Leuchten zu bringen. Davon werde der graue Schleier zerrissen und die Welt wieder bunt werden.

Im Gespräch der Eltern mit Anton sehen wir den Schmerz aller Beteiligten bei der Aussicht, dass Anton in der Klinik bleiben muss. In der Geschichte ist es anders verlaufen, als es oft im wirklichen Leben verläuft: Antons Eltern finden schnell verständnisvolle und kompetente Unterstützung. Im wirklichen Leben kann das bis zu mehreren Jahren



dauern. Der erste Schritt in die Klinik erfolgt nach vielfachen Verzögerungen durch Terminvergaben oder Platzmangel dann oft dramatisch aus einer Notfallsituation heraus.

Um solche traumatisierenden Erstbegegnungen mit der Psychiatrie zu vermeiden, raten wir, möglichst früh Hilfe zu suchen – auch im familiären Umfeld.

Nicht verrückt

Wie schwer es für Kinder – und gerade für die Geschwisterkinder – ist, zu verstehen, wie und warum Anton so ist, wie er ist, und was es bedeutet, in einer psychiatrischen Klinik zu sein, wird in dem Kapitel »Nicht verrückt« in seinen vielen Facetten erzählt.

Auch unter Kindern gilt: Wer in einer psychiatrischen Klinik ist, muss verrückt sein – und das ist abwertend gemeint. In der Fachwelt spricht man hier von einem *Stigma*: einem Erkennungsmerkmal, das auf etwas hinweist, was in den Augen anderer Menschen von nun an die jeweilige Person voll und ganz ausmacht – in Antons Fall, dass er »verrückt« sein muss. Die anderen Menschen denken: »Was Verrückte tun, kann man nicht verstehen; was Verrückte sagen, ist sowieso egal: Sie wissen nicht, was sie tun. Wer sich mit Verrückten einlässt, muss selbst – zumindest ein bisschen – verrückt sein.«

Ein solches Problem landet auch bei den Geschwisterkindern: Einige fühlen sich mitverantwortlich, wie Nala. Andere leiden selbst, wie Oskar. Dieser hat große Angst, die Erkrankung seines Bruders könnte auf ihn zurückfallen, sie könnte das Gesprächsthema unter den Freunden werden. Also versucht er, »sein Stigma zu verbergen«: »Und ich will auch nicht, dass alle davon wissen!« Seine Befürchtungen treiben ihn in einen Rückzug. Das ist das wahre Problem bei einem Stigma: die Erwartung, was die anderen denken und machen k ö n n e n .

Bei Kindern kann die Angst vor Stigmatisierung schwerwiegende Folgen nach sich ziehen: Ihnen fehlt in der Regel noch das Rüstzeug, die Zusammenhänge zu erkennen und hinter die Fassade zu blicken. Stattdessen umhüllt sie ein mit vielen unterschiedlichen Gefühlen angefüllter Panzer: diffuses Unbehagen; nicht erklärbare Ängste; der Wunsch, mit anderen darüber zu sprechen – und eine dunkle Ahnung, was das vielleicht nach sich ziehen könnte. Da wird Oskars Rückzug nachvollziehbar, der für Nala unerklärlich ist.

Im späteren Kapitel »Pausenhof« ist dieses Problem in Bildersprache übersetzt.

Die psychische Erkrankung eines Kindes trifft die gesamte Familie – jeden Einzelnen auf seine ganz besondere Weise. Bei den Geschwistern entstehen oft ganz unterschiedliche Gefühle: Mitleid, Schuldgefühle und Ängste, von Freunden abgelehnt zu werden, liegen oft dicht beieinander. Eltern sehen das in der Regel nicht. Viel zu sehr sind sie mit den Problemen um das erkrankte Kind beschäftigt.



Umso wichtiger ist es, in ruhigen Zeiten mit den anderen Kindern zu sprechen und ihnen zu erklären, was zum Beispiel ein Klinikaufenthalt bedeutet. Wie fühlen sich die gesunden Kinder aufgrund der Erkrankung ihrer Schwester oder ihres Bruders? Was bedrückt sie und was schmerzt?

Erkennen Sie eine sehr starke Betroffenheit eines Geschwisterkindes, vielleicht sogar gepaart mit einer Verweigerung, darüber zu sprechen, sollten Sie Hilfe suchen. Es kann entlastend sein, sich an eine Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche zu wenden oder auch an die Fachkräfte, die das erkrankte Kind behandeln. Das mag angesichts der Stelle, an der wir uns mit der Geschichte von Anton befinden, übertrieben wirken. Allerdings wissen wir aus vielen Gesprächen mit inzwischen erwachsenen Geschwisterkindern, wie sehr sie vom Erkrankungsbeginn beeindruckt und langfristig irritiert waren. Einige erkrankten selbst und sehen hier den Ursprung ihrer späteren Probleme.

Frühstück in der Klinik

Anton wird von einem Arzt, der auf seelische Erkrankungen spezialisiert ist, behandelt und durch die einzelnen Angebote der Klinik geführt. Sein Arzt begleitet ihn sogar zu der so wichtigen Bewegungsgruppe, die bei psychischen Erkrankungen aktivierend wirkt.

Neben den sogenannten »Fachtherapien«, wie der Bewegungstherapie, ist die Psychotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie das hauptsächlich eingesetzte Behandlungsverfahren. Mit psychologischen Methoden – wie Gesprächen, Entspannungsverfahren oder Gestalttechniken – werden Störungen des Denkens, Handelns und Erlebens an die Oberfläche gebracht und aufgearbeitet. Oskar gefallen die Gespräche mit Dr. Gibraltar sehr. Ihm kann er erzählen, was ihn beschäftigt.

Die Umgebung und der Alltag in einer Klinik sind für Kinder neu und erst einmal ungewohnt. Es ist für sie wichtig, Vertrauen zu fassen und eine Ansprechperson zu haben, die ihnen alles zeigt.



Zack, Beisser, Tom und Splutter

An der Bewegungstherapie in der Klinik nehmen fünf ganz unterschiedliche Kinder teil. Spielerisch lernen sie sich kennen und wachsen zu einer Gruppe zusammen, die Rückhalt und Unterstützung bietet.



In einer Klinik, hier in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Einrichtung, begegnen sich Menschen mit sehr unterschiedlichen Problemen. Anton erfährt, dass die anderen auch Schwierigkeiten haben – und dass sie sich für ihn interessieren! Herkules, der Bewegungstherapeut, unterstützt die Kinder beim wechselseitigen Verstehen.

Anton und Beisser

In dem Gespräch zwischen Anton und Beisser sehen wir, wie sich zwei grundverschiedene Persönlichkeiten näherkommen. Obwohl die beiden so unterschiedlich sind, geben sie sich große Mühe, den anderen zu verstehen. Kindliche Leserinnen und Leser können daraus lernen, was eine Angst- und Panikstörung ist.



Durch den gegenseitigen Kontakt wächst das Verständnis für die Probleme des anderen. Die meisten Symptome kennt jeder von sich, weil es sich um ganz normale Empfindungen handelt, die aber besonders intensiv sind. Wie zum Beispiel die Angst, plötzlich ohne Eltern zu sein, die Beisser täglich begleitet.

Mama hat keine Zeit

Mit der Szene »Mama hat keine Zeit« wird ein im Laufe der Anton-Geschichte immer drängender werdendes Problem deutlich: Die Eltern sind mit dem erkrankten Kind beschäftigt, die anderen Kinder müssen hintenanstehen. Auch ein lieber Opa scheint kein gleichwertiger Ersatz zu sein. Die Geschwisterkinder nehmen die Abwesenheit der Mutter traurig in Kauf, mehr noch: Sie verzichten auf den Fortgang der Ereignisse in dem spannenden Buch – um ihrer Mutter willen. Sie soll doch nichts verpassen müssen.

In der weiteren Geschichte werden die Dimensionen dieses Problems vertieft – und dies soll und kann Anlass zu Gesprächen in der Familie geben.

Auch wenn die psychische Erkrankung eines Kindes fast unsere ganze Kraft raubt, ist es wichtig, an unsere anderen Kinder zu denken. Haben Sie in Ihrem Wochenplan ganz bewusst Zeiten vorgesehen, in denen Sie sich Ihren gesunden Kindern widmen? Vielleicht verbindet Sie ein gemeinsames Hobby – wie in unserer Geschichte das Tauchballspiel, das Oskar und seinen Vater vereint. Dann könnte dies eine gute Möglichkeit sein, um den Kontakt zu den Geschwistern nicht zu verlieren. Es wird allen in der Familie guttun!



Der Traum

Dieses Kapitel nimmt die Freundschaft von Anton und Beisser wieder auf. Anton sieht die Wunschperle im Traum – und was diese bewirken kann: Die schon so lange in einen grauen Schatten eingehüllte Welt wird für einen Augenblick bunt, so wie früher und so, wie alle anderen sie erleben dürfen.

Mit seinem Freund Beisser macht sich Anton auf den Weg in die Höhle, wo die Wunschperle verborgen liegt. Aber die Angst des großen Beissers ist einfach zu riesig, und Antons Freundschaft zu ihm auch: Statt die Wunschperle zu erobern, begleitet er Beisser zurück in die Klinik, dem dies guttut. Beisser treibt das unwiderstehliche Bedürfnis um, überall und in jeder Lebenslage die Kontrolle behalten zu müssen.

Antons und Beissers Ausflug steht unter dem Credo eines jeden »guten Helfers«:
Du musst deinen eigenen, persönlichen Weg finden, diesen musst du allein gehen oder schwimmen – wir stehen dir dabei unterstützend zur Seite.



Papa hat keine Zeit

Die Situation in Antons Familie spitzt sich weiter zu. Auch Papa hat für Oskar keine Zeit – Anton spielt, obwohl er in der Klinik ist, in der Familie die herausragende Rolle. Um ihn herum wird das Familienleben organisiert, denn er ist krank und »braucht unsere Hilfe«. Oskars Antwort sagt alles: »Immer nur Anton, Anton, Anton!« Es ist ein drängendes, sehr zentrales Problem für Geschwisterkinder, die eigenen Wünsche, Bedürfnisse und Anliegen immer wieder zurückstellen zu müssen.

Oskars Gesicht drückt seine Wut, seinen Ärger, aber auch seine tiefe Traurigkeit aus: »Ich bin gar nicht wichtig.«



»Immer nur Anton, Anton, Anton!« In Gruppengesprächen und Interviews mit erwachsenen Geschwistern wird immer wieder deren Wut auf die damaligen Erlebnisse in der Familie zu einem bedeutsamen Thema. Erschreckend ist die Tatsache, wie schnell diese Wut wieder akut wird, noch viele Jahre nach dieser schweren Zeit!

Psychologisch gesehen ist die Wut ein Weg, tief empfundene Trauer nicht spüren zu müssen.

Wie versuchen Antons Eltern, der geschilderten Entwicklung entgegenzuwirken? »Wenn Anton wieder gesund ist, sind Papa und ich wieder ganz für euch da.« – Wie so eine Vertröstung in die Zukunft wirkt, weiß jedes Kind: Man wird stinksauer, als hätte man »'ne Zitrone gefrühstückt«.

Ist man erst einmal sauer und enttäuscht, ist es kaum möglich, mit einem Freund darüber zu reden. Da ist es viel schöner, sich an die Vorbereitungen für ein gemeinsames Tauchballspiel zu erinnern.



Schon hier sei darauf verwiesen: In einer solchen Situation muss für die Geschwisterkinder das Ende dieser bedrückenden Situation in greifbare Nähe gerückt werden. Das ist eine große Herausforderung für die Eltern angesichts der erlebten Notwendigkeit, sich um das erkrankte Kind zu kümmern.

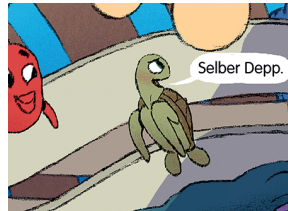
In Gesprächen können wir herausfinden, was die Geschwister »umtreibt«, und uns überlegen, wie wir ihnen als Eltern beistehen können. Zum Beispiel können wir feste Zeiten vereinbaren, in denen es ausschließlich um die Belange der Geschwisterkinder geht. In diesen Zeiten können auch Unternehmungen stattfinden, die ihnen ganz besonders gefallen: wie ein Eis essen gehen oder einen Nachmittag im Schwimmbad verleben – ohne dass das erkrankte Kind Gesprächsthema wird. Manchmal bieten sich auch regelmäßige Aktivitäten und Hobbys an: jeden Freitagabend angeln mit dem Vater für das eine Geschwisterkind, gemeinsames Kuchenbacken mit der Mutter für das andere.

Die Geschwister werden sicher viele gute Ideen beitragen können, wenn sie merken: Ja, ich bin für meine Mama und meinen Papa wichtig, denn sie nehmen sich Zeit, nur für mich!

Selber Depp

In der kurzen Episode »Selber Depp« wird der Leser Zeuge einer kleinen Auseinandersetzung zwischen den Kindern auf der Krankenhausstation – mit zwei indirekten Botschaften: Mit »krank« kann man sehr unterschiedliche Dinge meinen, und die Zurückweisung einer Zumutung – »Selber Depp!« – macht nicht allein Freude, sondern stärkt das Selbstwertgefühl. Dies ist deutlich an Antons Gesicht zu erkennen: Es geht ihm besser.

Es tut gut, eine Zumutung zurückzuschmettern und sich wie Splutter und Anton zur Wehr zu setzen. Sie stehen für sich ein.



Oskar ist raus

Antons großer Bruder Oskar muss in diesem Kapitel am eigenen Körper erfahren, was wir als Stigma bezeichnet haben: Er wird von seinen Schulfreunden nur noch als der gesehen, dessen Bruder »in der Klinik für Blöde« ist. Oskar kommt in eine für ihn unerträgliche Situation. Er wird durch einen schlechteren Tauchballspieler ersetzt. Sein hilfloser Kommentar »Seid ihr jetzt alle verrückt?« wird gegen ihn gewendet – ein Verrückter in der Familie kommt selten allein. Oskar versucht, nicht gleich aufzugeben – sein Bruder Anton sei nicht verrückt –, aber die Fakten scheinen gegen ihn zu sprechen: Schließlich ist sein Bruder in einer Klinik, die genau für solche Menschen sein soll.

Zu allem Überfluss lässt ihn sein guter Freund Flurri vor den anderen im Stich. Fürchterlich allein und traurig bleibt Oskar zurück.

Niemand kann in zwischenmenschlichen Beziehungen der Gefahr entgehen, wegen etwas »abgestempelt« zu werden. Eine psychische Erkrankung vor seinen Freunden aus Angst vor Stigmatisierung zu verschweigen, beinhaltet aber ein großes Risiko! Wenn man nicht von seinem »Geheimnis« erzählt – das jederzeit herauskommen kann –, wird es als Mangel an Vertrauen wahrgenommen, sobald es durch Dritte sichtbar wird. Bei Freunden löst dies Enttäuschung aus – sie zweifeln an der Freundschaftsbeziehung, ziehen sich zurück oder kündigen gar die Freundschaft. Die Geheimhaltung kann bereits als Bruch der Freundschaft erlebt werden.



Was in der Geschichte als Problem von Oskar geschildert wird, bestätigt sich nur allzu oft im wirklichen Leben und trifft ohne Abstriche auch auf andere Verwandte zu. Viele Eltern berichten, wie irritiert ihre besten Bekannten waren, als sie erst durch Dritte von der Erkrankung in der Familie erfuhren.

Hausaufgaben machen

In der nächsten Szene werden die tiefe Trauer und die Verletzung deutlich, die bei Oskar durch den Bruch mit seinen Freunden eingetreten sind. Die Hausaufgaben will er nicht machen – auch wenn das bedeutet, nicht zum Training gehen zu dürfen.

Was seine ohnehin schwer zu ertragende Situation verschlimmert: Er kann nicht glauben, dass sein Leid das Interesse seiner Mutter finden wird: »Die interessiert sich doch nur für Anton.«

Hier sind vermeintliche Lösungswege skizziert, die den Kindern auf lange Sicht schaden: Einige Geschwister wollen die Lieben, Unproblematischen und Angepassten sein. Andere laden sich die enttäuschten Erwartungen der Eltern auf den Buckel – oder machen wie Oskar aus dem Schmerz heraus keine Hausaufgaben mehr. Solche Prozesse können bereits bei jungen Kindern beginnen. Dann sind sinnvolle Gegenstrategien gefragt.



Von erwachsenen Geschwisterkindern wissen wir: Wenn sich Eltern so ausschließlich um das erkrankte Kind kümmern, glauben sie, mit ihren Wünschen, Bedürfnissen, Nöten und Fähigkeiten vollständig übersehen zu werden. Gerade wenn für sie ein tröstendes und helfendes Gespräch wichtig wäre, stehen ihnen die Schutz und Sicherheit gebenden Erwachsenen meist nicht zur Verfügung!

Viele Eltern können nicht anders: Sie haben in der schweren Zeit der Ersterkrankung oder bei Rückfällen keine Kraft und keinen Raum für die gesunden Kinder. Doch sollte es bei allen Belastungen gelingen, mit den Geschwisterkindern in Kontakt zu bleiben und ihre Bedürfnisse, ihr Leid oder ihre Interessen wahrzunehmen.

Sprechen Sie auch mit noch sehr jungen Geschwisterkindern ganz offen über die Erkrankung, aber ebenso über die Belastungen und Gefühle, die damit einhergehen. Kinder merken ohnehin, was mit ihren Eltern »los« ist, auch wenn sie es noch nicht in Worte fassen können. Da hilft es, wenn die Eltern die passenden Worte zu dem diffus Erlebten finden.

Kinder wollen nicht nur, dass man sich um sie kümmert. Sie wollen auch schrittweise familiäre Verantwortung übernehmen. Bieten Sie den Geschwisterkindern an, Ihnen in der schweren Zeit zur Hand zu gehen – und zum Beispiel den Hund auszuführen oder den Müll zu entsorgen. Sobald den Geschwisterkindern auffällt, dass sich ihre erkrankte

Schwester oder ihr erkrankter Bruder komisch verhält oder bedrückt wirkt, können sie ihren Eltern Bescheid geben. Die Herausforderungen können als gemeinsame Aufgabe begriffen werden!

Muschelbild mit Frau Klecks

In Krankheitsphasen drehen sich die eigenen Gedanken immer wieder im Kreis und halten die Person in einem schlechten Zustand gefangen. Frau Klecks erklärt den Kindern bildhaft das Gedankenkarussell – die angebotene Kunsttherapie soll das Gedankenkreisen durchbrechen.

Die Szene endet mit dem ausgeheckten Plan der Kinder, in einer nächtlichen Aktion auf die Suche nach der Wunschperle zu gehen – und zwar gemeinsam, denn: »Gemeinsam sind wir stark!« Natürlich ohne Wissen der Ärzte.

Den kindlichen Leserinnen und Lesern wird einmal mehr vor Augen geführt: Sich in sich zurückzuziehen, bringt nichts. Zusammen etwas zu unternehmen, ist spannend und tut gut. Damit es gemeinsam klappen kann, muss man sich verabreden und dabei beachten, was den anderen wichtig ist. So wird das Treffen um eine Nacht nach hinten verschoben, weil Anton Besuch von seinen Eltern erwartet.



Beisser hat Angst

In der Nacht wacht Beisser auf. Er hat einen schlimmen Albtraum gehabt. Schnell schwimmt er zu Anton und fragt ihn, ob er bei ihm schlafen kann, da er sich bei ihm sicher fühlt. Doch Anton braucht selbst seinen Schlaf. Dr. Gibraltar schickt Beisser wieder auf sein Zimmer und hilft ihm beim Einschlafen.

Ein jeder kann für einen anderen Sicherheit und Schutz bedeuten – unabhängig von seiner Größe und Kraft. Ausschlaggebend ist das ineinander gesetzte Vertrauen.



Die gemeine Sofie

Nun kommt die Schwester von Anton, Nala, ins Spiel. Sie muss eine sehr unangenehme Erfahrung mit der »gemeinen Sofie« machen, der es gelingt, die anderen Schulfreunde gegen Nala und Emma aufzubringen. Beiläufig wird erwähnt: Eigenartiges Verhalten ist nicht unbedingt in einer Erkrankung begründet – es ist meistens, wie bei Oskar, die Reaktion auf das Verhalten anderer Personen. Oskar schaut so grimmig, weil seine ehemaligen Freunde »so gemein zu ihm« sind.

Den kindlichen Leserinnen und Lesern wird eine weitere Tatsache im Gespräch zwischen Nala und Emma mitgeteilt: Die Annahme, psychische Erkrankungen seien ansteckend, ist Unsinn.

In diesem Kapitel erfahren wir auch, warum Emma so fest zu Nala steht: Sie hat ebenfalls einen Bruder in der Klinik, allerdings mit einer anderen Diagnose. Ihr Bruder Zack leidet unter der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS genannt. Diese bei Schulkindern häufig diagnostizierte Erkrankung kann Emma sehr anschaulich schildern.

Ob es wohl noch mehr Schwestern und Brüder mit einem erkrankten Geschwister gibt? Die beiden Freundinnen wissen es nicht, denn in der Regel sprechen Geschwisterkinder nicht darüber – aus Angst, ihnen könnte es so ergehen wie Oskar.



Ist eine psychische Erkrankung ansteckend? Bin ich längst erkrankt? Diese Fragen begleiten viele Geschwisterkinder. Auch Eltern hegen diese Sorge, denn eine psychische Störung kann zu einem kleinen Teil auf biologische Schädigungen zurückgehen.

Der Forschungsstand ist hier eindeutig. Es gibt genetische Risikofaktoren – es sind aber die psychosozialen Lebensumstände, die eine Erkrankung zum Ausbruch bringen. Wie in einer Spirale können in der weiteren kindlichen Entwicklung innere und äußere Bedingungen Schritt für Schritt eine verwundbare Persönlichkeit bilden. Traumatische Erlebnisse, aber auch aktuelle Ereignisse oder Alltagsstress können dann eine psychische Erkrankung auslösen.

Es sind also viele Faktoren, die an der Entstehung psychischer Erkrankungen beteiligt sind. Neben Genen haben Umweltfaktoren und Prägungen in der Kindheit eine große Bedeutung.

Familienbesuch

Beim Familienbesuch in der Wellenklinik ist die Freude aller Beteiligten groß. Anton zeigt Nala alles und stellt ihr seine neuen Freunde aus der Bewegungstherapie vor. Um sie herum tobt das ganz normale Leben.



Auf einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station findet ganz normales Leben statt, das in sich auch therapeutisch wirkt: Es führt die Kinder an ihr eigenes Leben wieder heran.

Ergänzt wird der Klinikalltag durch Therapieeinheiten. Einen kleinen Blick durften die Leserinnen und Leser auf die Kunsttherapie mit Frau Klecks werfen.

Dem aufmerksamen Leser ist es nicht verborgen geblieben: Oskar war nicht mit in der Klinik! Wir erfahren: Der Besuch erfolgte zu der Zeit, als das Tauchballspiel stattfand, von dem Oskar ausgeschlossen wurde.

Was ist hier los?

Nach dem Klinikbesuch trifft die Besuchergruppe auf einen zerknirschten und traurigen Oskar. Wir wissen bereits, was ihn bedrückt: Seine Freunde haben ihn nicht mitspielen lassen!

Oskar weiß genau, wer schuld ist: seine Schwester Nala, die über Antons Erkrankung offen gesprochen hat. Vorübergehend werden alle Freundinnen und Freunde für verrückt oder bescheuert erklärt, sogar Emma, die sich wiederholt hinter Anton gestellt hat. Oskar ist so sauer, dass er fragt, warum diese verrückte Emma nicht auch in der Klinik für Blöde sei.

Damit hat der Geschwisterstreit seine Spitze erreicht. Eine drastische Wende findet statt, als Nala ihrem Bruder Oskar dessen wütende und nicht ernst gemeinte Frage bestätigt: Ja, Emma ist in der Blöden-Klinik. Oskars Gesicht ist anzumerken: Es ist ihm peinlich, was er da in seiner Wut gerufen hat, er schämt sich – ist aber auch erstaunt: Emma in der Klinik bei den Blöden, kann das sein? Ja, es kann sein: Sie ist dort immer mal wieder zu Besuch bei ihrem Bruder – »Was du ja nie gemacht hast!«.

Geschwister halten zusammen und spenden einander Kraft und Trost. Auch in einer solch schwierigen Situation sollte alles dafür getan werden, dass das Band unter den Geschwistern nicht reißt!

Nun kommen die Eltern ins Spiel, und das ist gut so. Es ist nämlich unter den Geschwistern eine Situation entstanden, die beide nach dem Streit betrübt und betreten zurücklässt. Mutter und Vater erkundigen sich interessiert, was los sei. In wenigen Sätzen wird ihnen das Drama in seinen wesentlichen Zügen geschildert.

Wer auf Schulhöfen mal genau hinhört, hört Sätze wie »Du bist verrückt«, »Du bist doch krank im Kopf«, »Du bist behindert« oder »Du Opfer, du«. Gemeint ist immer das Gleiche: Die angesprochene Person soll mit gesellschaftlich eingeführten Begriffen für schwache Personen abgewertet und verletzt werden.



Viele Menschen setzen eine seelische Erkrankung mit »Verrücktheit« gleich – schlimmer noch glauben sie: Alle Familienmitglieder der psychisch erkrankten Person wären verrückt. Sie versuchen, den Mitgliedern dieser Familie aus dem Weg zu gehen und andere davon zu überzeugen, es ihnen gleichzutun.

Tauchen solche Gedanken auch nur am Rande in einer gesellschaftlichen Gruppe auf, fühlen sich die Familien nahezu zwangsläufig als »Aussätzige«. Sie werden ausgeschlossen – so wie Oskar von dem Tauchballspiel ausgeschlossen wird. Die Familienmitglieder stellen ihr Verhalten auf diese herabwürdigenden Gedanken ein und sind von nun an in allen sozialen Kontakten sehr vorsichtig. Sie werden hellhörig: Teilt unser bisher bester Freund, meine Kollegin, mein Vereinsfreund, meine Partnerin beim Tennis oder die bisher freundliche Nachbarin, mit der ich immer wieder freundschaftlich beim Einkauf plausche, diese Gedanken?

Wo immer so etwas auftaucht, muss dem Paroli geboten werden, egal ob es um eine psychische Erkrankung, die Hautfarbe oder die Religion eines Menschen geht.

Oskar musste mitansehen, wie der Vater sein Versprechen bricht. Er musste hinnehmen, von dem Spiel ausgeschlossen zu werden, und er musste sich von seinen ehemaligen Freunden anhören, er sei wahrscheinlich selbst verrückt! Warum das alles? Weil er einen erkrankten Bruder hat, um den sich seine Eltern verantwortungsvoll kümmern. Nur darum haben sie sich keine Zeit für seine Bedürfnisse, Wünsche und Sorgen genommen.

Es wäre wunderbar, wenn sich der Schmerz einfach wegtrösten ließe, so wie es Antons Vater versucht: Er nimmt den traurigen und verzweiferten Oskar in die Arme, dem das offensichtlich sehr guttut.



Dem Leiden von Geschwisterkindern mit Aufmerksamkeit und Zuneigung zu begegnen, kann Gefühle der Verzweiflung, Traurigkeit, Scham oder Enttäuschung verringern. Es löscht sie aber nicht so einfach aus.

Ob es den Eltern unmöglich war, sich um das Geschwisterkind zu kümmern – das ist für ein Kind nebensächlich! Darum werden – anders als im Comic – die Probleme von Geschwisterkindern nicht durch Trösten und aufrichtige Entschuldigungen gelöst. Eltern, die auch diesen Kindern gerecht werden wollen, werden deutlich mehr gefordert. Den Anforderungen kann sehr wohl begegnet werden, wie die Hinweise in unserem Text zeigen. Erst einmal ist es wichtig, zu erklären: »Anton geht es schlecht und er braucht uns jetzt ganz besonders, das würden wir für dich genauso tun. Wenn es dir jetzt auch

mies geht, lass uns das mal genau anschauen – für dich gibt es bestimmt ebenfalls einen Weg, und auch dir helfen wir doch.«

Um die vielfältigen Probleme zu lösen, suchen Antons Eltern Hilfe: In einem Gespräch mit der Lehrerin soll das Schikanieren seitens der Klassenkameraden angesprochen und in einem Gespräch mit dem behandelnden Arzt die Frage geklärt werden: »Verrückt oder nicht verrückt?« Auch seine Schwester Nala kümmert sich um Oskar: Sie will ihn mitnehmen, wenn sich die Geschwister der psychisch erkrankten Kinder in der Wellenklinik treffen. Dr. Gibraltar will den Freundinnen Nala und Emma bei der Gründung einer Selbsthilfegruppe zur Seite stehen.

In einer Selbsthilfegruppe finden sich Menschen mit gleichen Lebens- und / oder Gesundheitsproblemen zusammen, um über ihre guten und schlechten Erfahrungen zu sprechen.

Der Rat einer Fachperson wird oft als eine Zumutung empfunden, da sie selbst nicht diese Erfahrungen machen musste. Der Rat eines anderen Geschwisterkinds, das in der gleichen Situation steckt, wird dagegen eher angenommen.

Kinder erleben,

- | dass sie von den Problemen nicht allein betroffen sind,
- | dass auch andere Kinder unter diesen Problemen so sehr leiden wie sie – und dies offen ansprechen,
- | wie andere Kinder für ihre Probleme bereits Lösungen gefunden haben – sie können sich mit ihnen darüber unterhalten, ob diese oder ähnliche Lösungen auch für sie erfolgreich sein könnten,
- | wie Lösungsversuche scheitern können – doch dass es niemals ein endgültiges Scheitern ist, sondern ein Schritt auf einem möglicherweise langen Weg.

Wie sehr Oskar verletzt ist, weil sein Vater seine Interessen nicht beachtet, scheint auch der Vater zu spüren: Er verspricht, beim nächsten Tauchballspiel dabei zu sein, »egal, was kommt!«. – »Versprochen!« Ob Oskar das genügt, wie sein Gesicht im Comic zu erkennen gibt?

Aus Gesprächen mit erwachsenen Geschwisterkindern wissen wir, wie tief sich der Schmerz der Nichtbeachtung eingraben kann. Er kann zu massiven Wutausbrüchen und anderem auffälligen Verhalten innerhalb und außerhalb der Familie führen. Dann genügt ein Versprechen keinesfalls: Mit den Kindern muss deren Erleben aufgearbeitet



werden – die Eltern müssen die Zwickmühle, in der sie stecken, verdeutlichen: sich um das erkrankte Kind intensiv kümmern zu müssen und zugleich den Ansprüchen der Geschwisterkinder gerecht zu werden.

Manchmal ist dies ohne fachlichen Beistand nicht zu bewältigen. Das Gespräch mit Dr. Gibraltar ist nicht nur eine Hilfe für Anton, sondern auch für Antons Eltern. Eltern, die in derart schwierigen Situationen Unterstützung annehmen, erweisen sich als starke Eltern; es ist nämlich ein Zeichen von Stärke, das Problem wahrzunehmen und sich helfen zu lassen!

Kinder- und jugendpsychiatrische Kliniken versuchen heute, Geschwisterkinder in die Familientherapie mit einzubeziehen und sie zu Wort kommen zu lassen. Dadurch kann die ganze Familie zur Gesundung des betroffenen Kindes beitragen – und Geschwister werden nicht zu »Randfiguren«. In der Familientherapie wird besprochen, was die Störung bei dem erkrankten Kind ausmacht, wie sie zu verstehen ist und was helfen kann. Dass Geschwister in die Familientherapie mitkommen, ist für alle Seiten hilfreich! Auf der einen Seite tragen sie dazu bei, den Ärztinnen oder Psychologen Dinge mitzuteilen, die Eltern vielleicht nicht bemerkt haben oder nicht wissen können. Auf der anderen Seite ist es wichtig, dass Geschwister bei den Erklärungen der Ärzte dabei sind und die Familie dann darüber besser sprechen kann.

Freunde in Gefahr

Die nächste Szene bedarf gar keiner langen Erläuterungen. Sie spricht eine klare und eindeutige Sprache: Kinder gehen gern einmal Risiken ein, die Erwachsenen den Schweiß auf die Stirn treiben können. In unserer Geschichte gehen die fünf Freunde Anton, Tom, Splutter, Beisser und Zack nachts auf die Suche nach der Wunschperle. Freunde können sich wechselseitig Mut machen – und man darf vor ihnen auch seine Ängste aussprechen. Wenn es ganz brenzlig wird, hat ein Freund meist eine ausgefallene Idee: so wie Zack, dem der Biss in die Schwanzflosse einfällt, damit der sonst so friedliche und vor Angst erstarrte Beisser sein Maul aufreißt und seine Zähne zeigt. Kindern wird diese Szene besonders gut gefallen!

Die Erwachsenen können nicht gutheißen, was die fünf Freunde da angestellt haben! Sie haben sich in große Gefahr begeben und sich nicht an das Gebot gehalten, die Klinik nur in Begleitung oder nach Abmeldung zu verlassen. Die kindlichen Leser erfahren nebenbei, was für einen Aufruhr dies auslösen kann: Die Eltern werden aus dem Schlaf gerissen – im wirklichen Leben können polizeiliche Suchaktionen in Gang gesetzt werden, vielleicht wird sogar ein Hubschrauber angefordert.

Und noch etwas passiert: Es gibt nur eine Perle. Nur einer der Freunde kann den Wunsch erfüllt bekommen, den sie alle zusammen hegen: »Wieder gesund zu sein!« Dr. Gibraltar erklärt den Kindern, dass sie hierfür gar keine Wunschperle brauchen. Sie alle haben große Fortschritte gemacht! Die Geschichte sagt: Verrückt sind sie nicht, aber erkrankt – ob an einer Depression, an einer Angst-, Ess- oder Sprachstörung oder an ADHS.

Eine »Erkrankung« oder »Krankheit« bedeutet in der Medizin: Es gibt eine Ursache, typische Verläufe und – vielleicht noch nicht heute, aber in der Zukunft – mehr oder weniger passgenaue Therapien. Von einer Erkrankung können wir uns wieder erholen und genesen. Genesung bedeutet nicht zwangsläufig Heilung – wir können aber lernen, mit den Symptomen umzugehen und ein zufriedenes und erfülltes Leben zu führen.

Dieses Wissen entlastet und beruhigt. Tiefe Trauer, Angst, ungewöhnliches Essverhalten, Stottern oder permanente Zappeligkeit bedeuten also nicht: »Einmal krank, immer krank!«

Dr. Gibraltar hilft Beisser mit wenigen Worten zu erkennen, dass seine Angst im Tunnel eine ganz natürliche Reaktion war. Wenn man seelisch erkrankt, sind diese allgemeinemenschlichen Gefühle und Verhaltensweisen übersteigert. Sie werden dann für die Person zu einem Problem und beeinträchtigen das Leben in erheblich negativer Weise.

Kinder- und jugendpsychiatrische Einrichtungen verfolgen oft den Ansatz, das verstörende Erleben in Alltagssprache zu übersetzen und anhand von Beispielen zu erklären. Sie stehen damit in der Tradition von Heinrich Hoffmann, dem Kinder- und Jugendpsychiater sowie Autor des uns allen bekannten – wenn auch zum Teil umstrittenen – »Struwwelpeters«: Es werden Kinder mit einem Verhalten vorgestellt, für das es psychiatrische Störungsdiagnosen gibt.

Warum haben die anderen Kinder diese Angst nicht so tief gespürt, warum waren sie nicht vor Angst erstarrt, warum konnte Zack mit seinem Biss in Beissers Flosse die tatsächlich beängstigende Situation retten?

Weil die anderen Kinder im Gegensatz zu Beisser sehr wohl Angst kennen und im Tunnel angesichts der Leuchtfische auch gespürt haben – aber keine Angststörung haben. Sie können mit ihrer Angst umgehen. Gerade Beisser als Orca fällt in seiner natürlichen Umgebung durch seine Angst extrem auf. Er droht, aus seinen üblichen



Lebensbezügen herauszufallen, denn er fürchtet sich vor Blut und kann nicht mit den anderen Orcas auf die Jagd gehen.



In unserem Comic vertreten die Ärzte in der Wellenklinik einen ganzheitlichen Ansatz: Die erkrankte Person wird nicht ausschließlich als Symptomträger gesehen, sondern als Mensch in all seinen Facetten und mit all seinen Lebensumständen.

Flurri

Die kindlichen Leser können beruhigt feststellen: Wie schlimm es auch immer kommen mag, am Ende wird alles gut. Die Freunde Oskar und Flurri finden wieder zueinander. Flurri gibt zu, dass er es doof fand, dass Oskar ihm nicht von Antons Erkrankung berichtet hat. Die Freunde vertragen sich und schwimmen gemeinsam weg.

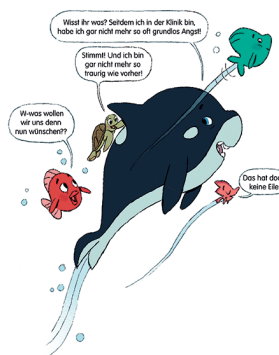
Sofie hingegen hat in dem Tauchballspiel die anderen nicht von ihrer Leistung überzeugen können.



Fehler in der Gruppe können wiedergutmacht werden – wie bei Flurri.

Die kindlichen Leser müssen aber auch erkennen: Aus der ungerechten und fast schon böartigen Abwertung von Oskar hat Sofie einen riesigen Vorteil gezogen. Sie durfte Oskars Position einnehmen und mitspielen! Die gemeine Sofie konnte nicht nur durch ihre sportliche Leistung nicht überzeugen, sondern auch nicht durch ihr »unsportliches Verhalten«. Selbst wenn es enorm verführerisch ist, jemandem eins auszuwischen – früher oder später kann es auf dich zurückfallen!

Oskar, Nala, Emma und Flurri freuen sich: Ihren Brüdern geht es besser – sie kommen bald wieder nach Hause! Damit kommt die Geschichte um Anton, seine Geschwister, Eltern und Freunde zu einem erwartbar guten und für die kindlichen Leser beruhigenden Ende.



Leider können wir nicht voraussagen, ob eine psychische Erkrankung erneut auftritt und in welcher Stärke sie sich dann zeigt. Gerade bei Kindern und Jugendlichen gibt es noch keine verlässlichen Zahlen: Dafür sind die regionalen Unterschiede beim Stellen von Diagnosen und in der Versorgung zu groß.

Was wir sagen können, ist: Die Hälfte aller psychischen Störungen des Erwachsenenalters hat ihren Ursprung in der Kindheit.

Zum Glück trifft ein erneuter Krankheitsausbruch bei Erwachsenen nur etwa ein Drittel derer, die schon einmal in einer psychiatrischen Klinik behandelt werden mussten, so massiv, dass ihr Leben vollkommen aus den Fugen gerät. Etwa ein weiteres Drittel wird noch einige Male unter neu auftretenden krisenhaften Zuspitzungen leiden. Und für ein Drittel war der Klinikaufenthalt ein einmaliges Ereignis. Meist schließt sich an einen Klinikaufenthalt eine ambulante Weiterbehandlung an.

TEIL 2

Seelische Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Dr. Caroline Trautmann

Worum geht es in diesem Teil?

Menschen mit psychischen Erkrankungen – ob groß oder klein – erleben die Welt anders als Menschen, die nicht unter einer seelischen Störung leiden. Sie fühlen häufig anders und nehmen Situationen ganz anders wahr. Vieles, was für Menschen ohne Erkrankung normal und alltäglich ist, ist für sie eine Herausforderung. Psychisch erkrankte Kinder und Jugendliche brauchen von uns Eltern meist ganz besondere Zuwendung und Unterstützung. Oft haben wir aber bereits einen langen und anstrengenden Weg hinter uns, bis es endlich zu einer Diagnose kommt. Wir haben das Gefühl, als Eltern alles falsch gemacht zu haben, fühlen uns erschöpft und ausgelaugt. Am wichtigsten ist es, wieder zu neuen Kräften zu kommen, um unser Kind gut unterstützen zu können.

Dieser Teil möchte dazu beitragen und Ihnen erste Informationen an die Hand geben. Hierzu stellen wir Ihnen die häufigsten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter vor, die in der Geschichte des Comics in Gestalt von Anton, Beisser, Zack und Tom auftauchen: Depressionen, Angststörungen, ADHS und Essstörungen. Außerdem werden wir kurz auf Sprachstörungen eingehen, die psychisch sehr belastend sein können und vor allem bei Kindern häufig zu beobachten sind.

In der Regel gibt es nicht nur einen einzigen Grund, warum ein Kind oder ein Jugendlicher eine psychische Störung entwickelt. Heute nimmt man ein Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren an, die sich gegenseitig beeinflussen. Gene, Stress, einschneidende Erlebnisse, Unfälle oder Veränderungen im Körperstoffwechsel sind Beispiele dafür. So haben zwar Kinder, deren Eltern unter einer psychischen Erkrankung leiden, ein höheres Risiko, ebenfalls zu erkranken, inzwischen geht man aber davon aus, dass es vor allem die Lebensumstände sind, die zur Entwicklung einer psychischen Störung beitragen.

Wer kann eine psychische Störung feststellen?

Eine Diagnose kann nur von einer Fachärztin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen oder -psychotherapeuten gestellt werden. Die Fachärzte können auch körperliche Ursachen, wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, bei den psychischen Symptomen sicher ausschließen und an geeignete Hilfen verweisen.

Wir hoffen, dass Ihnen der zweite Teil beim Sortieren und Einordnen der neuen Eindrücke hilft.

Wenn die Seele sich verdunkelt – Depressionen

Anton, die junge Schildkröte, ist traurig. Die Wasserwelt um ihn herum scheint farblos und leer. Er fühlt sich, als würde er durch dicken, dunklen Schlamm schwimmen. Auch das Reden und Zuhören strengen ihn an. Statt mit seinen Freunden und Geschwistern mit dem Tentakel-Karussell zu fahren, sitzt er lieber allein auf seinem Stein. Am liebsten würde er im tiefen Meer versinken – er möchte keine Last für die anderen sein. Selbst sein Lieblingsessen, Algen-Lasagne, schmeckt ihm nicht mehr.



So oder so ähnlich kann es aussehen, wenn Kinder und Jugendliche an einer Depression erkranken. Sie wirken über einen längeren Zeitraum und ohne erkennbaren Anlass zutiefst traurig, zeigen für nichts Interesse, sind mutlos, leiden unter Schlaflosigkeit, verlieren ihren Appetit, sind ständig müde und können sich nicht mehr konzentrieren. Und das kommt viel häufiger vor, als man vermuten würde. Im Vorschulalter erkrankt etwa ein Prozent der Kinder, im Grundschulalter etwa zwei Prozent und im Jugendalter etwa drei bis zehn Prozent an einer Depression. Mädchen leiden etwa doppelt so häufig daran wie Jungen (Stiftung Deutsche Depressionshilfe o. J.).

Nun ist nicht jede schlechte Stimmung gleich eine Depression. Es gibt immer wieder Phasen im Leben, die schwierig sind und in denen es uns nicht so gut geht. Das ist bei Kindern und Jugendlichen nicht anders als bei Erwachsenen. Wenn aber Ihr Kind über einen längeren Zeitraum Anzeichen tiefer Traurigkeit oder Antriebslosigkeit zeigt, es sich zurückzieht und plötzlich »nicht mehr dasselbe ist«, sollten Sie aufmerksam werden und sich Hilfe suchen. Je früher eine Depression erkannt und behandelt wird, desto besser.

Was ist eine Depression?

Wir alle kennen Tage, an denen wir unglücklich und lustlos, niedergeschlagen oder verzweifelt sind. Nichts will uns dann ein Lächeln auf das Gesicht zaubern. Solche Phasen gehören zum Leben dazu. Und auch wenn man sich in diesen Zeiten kaum vorstellen kann, dass es besser wird, gehen die traurigen Gefühle und negativen Gedanken normalerweise auch wieder von allein weg.

Bei Menschen mit einer Depression ist das anders. Die Traurigkeit und die Verzweiflung überschatten alles um sie herum. Sie kontrollieren das Denken und Handeln. Manchmal braucht es nicht einmal ein auslösendes Ereignis. Eine Depression kann ohne erkennbaren Anlass entstehen. Betroffene berichten oft von einem tiefen Loch, in das sie fallen und das ihnen die Freude und den Antrieb raubt. Häufig leiden sie unter starken Selbstzweifeln und empfinden sich selbst als wertlos. Sie schlafen schlecht, vernachlässigen ihre Hobbys und Freunde, die Arbeit oder das Lernen. Alltagsaktivitäten, wie Putzen oder Sich-Waschen, werden zu scheinbar unlöslichen Aufgaben.

Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?

Bei Kindern und Jugendlichen zeigt sich eine Depression auf ganz unterschiedliche Weise. Die Symptome können sehr vielfältig sein. Gerade bei jüngeren Kindern wird eine Depression schnell übersehen. Dies liegt zum einen daran, dass Traurigkeit und Ängstlichkeit in diesem Alter weniger auffällig sind, zum anderen unterscheiden sich die Symptome bei Kindern zum Teil stark von denen bei Erwachsenen. Auch körperliche Schmerzen, wie Bauch- oder Kopfschmerzen, die keine organische Ursache haben, können typische Merkmale einer Depression im Kindesalter sein. In der Pubertät können Traurigkeit und Verzweiflung zur normalen Entwicklung gehören, sodass eine mögliche Depression deshalb leicht übersehen wird.

Kleinkinder (ein bis drei Jahre) drücken ihre Gefühle vor allem durch ihr Verhalten aus. Eine Depression kann sich in diesem Alter in Form von Wutausbrüchen, starkem Weinen und Klammern an die Eltern niederschlagen. Die betroffenen Kinder wirken traurig und ausdruckslos. Sie sind reizbarer, essen und schlafen schlecht, haben Bauchschmerzen oder keine Lust, zu spielen. Manche verfallen in eine Teilnahmslosigkeit, andere schaukeln wild hin und her oder schlagen den Kopf gegen die Wand. Weitere Lutschen viel am Daumen oder spielen mit ihren Geschlechtsteilen. Depressive Kinder entwickeln sich meist verzögert, lernen spät laufen oder sprechen. In diesem frühen Lebensalter

ist eine Depression allerdings noch sehr selten und wird, wenn überhaupt, nur in Ausnahmefällen diagnostiziert.

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre) wirken ebenso traurig, bedrückt oder apathisch, wenn sie an einer Depression erkrankt sind. Die seelischen Symptome schieben sich in diesem Alter in den Vordergrund. Die Kinder zeigen kaum Ausdruck im Gesicht, sprechen leise und monoton, laufen gebeugt, ziehen sich zurück, geraten oft in Streit, fühlen sich schnell angegriffen und ungerecht behandelt, leiden unter Albträumen und haben keine Freude an Aktivitäten, wie zum Beispiel am Fahrradfahren. Eine starke Gewichtszunahme oder -abnahme und wenig Bewegung können weitere Anzeichen sein.

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre) können in einer Depression ihre Traurigkeit manchmal schon in Worte fassen. Sie vernachlässigen ihre Hobbys und Alltagsaktivitäten und zeigen häufig einen extremen Leistungsabfall in der Schule. Die Essgewohnheiten ändern sich ohne erklärbaren Grund, sie fühlen sich vernachlässigt, sind ängstlich oder hoffnungslos, grübeln viel, können sich nicht konzentrieren und schlechter entscheiden. Sie isolieren sich von der Familie und von Gleichaltrigen, reagieren oft aggressiv oder leiden unter unergründbaren Schuldgefühlen und unter Selbstkritik. Andere sind unruhig, zappeln ständig herum oder versuchen, ihre Traurigkeit zu überspielen. Gedanken, sich das Leben nehmen zu wollen, gewinnen manchmal an Form und werden geäußert. Diese Gedanken können zu einer Depression dazugehören – die meisten Menschen, die darüber reden oder versuchen, sich umzubringen, wollen jedoch nicht sterben, sondern nicht so weiterleben wie bisher. Hilfe ist erwünscht und auch möglich.

Jugendliche (zwölf bis 18 Jahre) leiden unter Selbstzweifeln und haben ein geringes Selbstbewusstsein, wenn sie an einer Depression erkrankt sind. Sie sind traurig, mutlos, ängstlich, müde und leer und haben zu nichts mehr Lust. Manche reagieren schnell gereizt, wirken besonders gelangweilt. Es fällt ihnen schwer, Schönes im Leben zu sehen. Sie machen sich Gedanken und Sorgen, grübeln viel und können oft nicht abschalten. Da sie sich nicht konzentrieren können, werden sie in der Schule schlechter. Depressive Jugendliche haben oft das Gefühl, den Anforderungen des Alltags nicht gewachsen zu sein. Sie kämpfen mit Gewichtsverlust, Kopf- und Bauchschmerzen und Schlafstörungen. Viele betroffene Jugendliche ziehen sich zurück. Gedanken an den Tod im Allgemeinen und Suizidgedanken können vermehrt auftreten.

TABELLE 1

Merkmale einer Depression im Kindes- und Jugendalter

(nach Stiftung Deutsche Depressionshilfe o. J.)

Kleinkinder (ein bis drei Jahre)

- | vermehrtes Weinen
- | wirken traurig
- | ausdrucksarmes Gesicht
- | erhöhte Reizbarkeit, Empfindlichkeit
- | essen schlecht
- | Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen oder übergroßes Schlafbedürfnis)
- | überanhänglich, können schlecht allein sein
- | selbststimulierendes Verhalten: Schaukeln des Körpers, übermäßiges Daumenlutschen
- | Teilnahmslosigkeit, Spielunlust

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre)

- | trauriger Gesichtsausdruck
- | verminderte Gestik und Mimik, »Versteinerung«
- | leicht irritierbar, stimmungslabil, auffällig ängstlich
- | mangelnde Fähigkeit, sich zu freuen
- | Teilnahmslosigkeit und Antriebslosigkeit, introvertiertes Verhalten
- | vermindertes Interesse an motorischen Aktivitäten
- | innere Unruhe und Gereiztheit zeigen sich in unzulänglichem / kontaktarmem, aber auch aggressivem Verhalten
- | Ess- und Schlafstörungen
- | Gefahr der Isolation, des sozialen Rückzugs

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre)

- | Sprechen über Traurigkeit
- | Denkhemmungen, Konzentrationsschwierigkeiten und Gedächtnisstörungen
- | Leistungsabfall
- | Zukunftsangst, Ängstlichkeit
- | unangemessene Schuldgefühle und unangebrachte Selbstkritik
- | »Versteinerung«
- | Appetitlosigkeit

- | (Ein-)Schlafstörungen
- | Selbsttötungsgedanken
- | Gefahr der Isolation, des sozialen Rückzugs

Jugendliche (zwölf bis 18 Jahre)

- | körperliche Beschwerden, wie Kopf- und Bauchschmerzen
- | Appetitlosigkeit
- | Ein- und Durchschlafstörungen (häufig auch übermäßiges Schlafbedürfnis)
- | vermindertes Selbstvertrauen (Selbstzweifel)
- | Ängste, Lustlosigkeit, Konzentrationsmangel
- | Leistungsabfall
- | Schwankungen des Befindens und der Stimmung
- | Selbsttötungsgedanken
- | Gefahr der Isolation, des sozialen Rückzugs

Wie entsteht eine Depression bei Kindern und Jugendlichen?

Die Gründe und Ursachen einer Depression können ganz unterschiedlich sein. In der Regel gibt es nicht nur einen einzigen Grund, warum ein Kind oder ein Jugendlicher an einer Depression erkrankt. Inzwischen geht man davon aus, dass es vor allem belastende Erfahrungen und die Lebensumstände sind, die zur Ausprägung einer Depression beitragen. Häufig können depressive Phasen auch ohne erkennbaren äußeren Anlass auftreten. Ob ein Kind oder ein Jugendlicher an einer Depression erkrankt, hängt immer auch damit zusammen, wie gut es gelernt hat, Krisen zu verarbeiten und Probleme zu lösen. Jede Lebensphase geht mit besonderen Entwicklungsaufgaben einher, zu denen Krisen dazugehören. Jugendliche müssen zum Beispiel mit den starken Veränderungen ihres Körpers und der Zunahme von Eigenverantwortung zurechtkommen.

Mögliche Risikofaktoren

- | besondere emotionale Belastungen wie sehr viel Streit, keine Freundschaften, Trennung, Erkrankung oder Tod der Eltern, Umzüge, Liebeskummer
- | schulische Über- oder Unterforderung, Leistungsdruck
- | Hänseleien, Ausgrenzung und Mobbing

Schützende Faktoren

- | eine gute Beziehung zu den Eltern und den Geschwistern
- | ein stabiler Freundeskreis
- | Rückhalt und Liebe
- | Stimmungstagebuch
- | Beachtung der Grundbedürfnisse: nicht zu viel Stress, genügend Schlaf, ausgewogenes Essen, genug Bewegung

Was wir als Eltern tun können

Wenn bei unserem Kind eine Depression festgestellt wird, sind wir als Eltern meist verunsichert, fühlen uns schuldig und hilflos. Das ist ganz normal. Sprechen Sie darüber mit Ihrem Partner, einer guten Freundin oder einem guten Freund. Es kommt nicht selten vor, dass Depressionen bei Kindern und Jugendlichen zunächst übersehen oder als »normale« Probleme abgetan werden. Überlegen Sie jetzt, wie Sie Ihr Kind unterstützen können. Es gibt viele gute Hilfen gegen Depressionen.

Depressionen im Kindes- und Jugendalter werden in erster Linie mit Psychotherapie behandelt. In Gesprächen, durch Entspannungsverfahren oder Gestalttechniken werden Probleme des Denkens, Handelns und Erlebens (wie Selbstabwertungen, negative Erwartungshaltungen und Rückzug) aufgedeckt und aufgearbeitet. Bei jüngeren Kindern können Spieltherapien hilfreich sein. Besonderen Belastungen im familiären und schulischen Umfeld oder im Freundeskreis sollte besondere Beachtung geschenkt werden. Mit Unterstützung durch Ihren Kinderarzt oder Beratungsstellen können Sie erfahrene und geeignete Therapeutinnen und Therapeuten finden. Bei schweren Formen können Medikamente, sogenannte Antidepressiva, eingesetzt werden, die in verschiedene Bereiche des Gehirns eingreifen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen ist auch ein Notfallplan unbedingt ratsam, vor allem, wenn diese Gedanken äußern, sich das Leben nehmen zu wollen. Es kann hilfreich sein, Telefonnummern griffbereit zu haben, wie zum Beispiel die Nummer des Kinderarztes oder des örtlichen Krankenhauses.

Als Eltern können Sie ein warmes und einfühlsames Klima in der Familie schaffen. Seien Sie für Ihr Kind da und nutzen Sie die gemeinsame Zeit für Gespräche, Unternehmungen mit der Familie und schöne Momente. Erfolgserlebnisse stärken das Selbstwertgefühl Ihres Kindes. Eltern oder Lehrer können auf Erfolge hinweisen und so helfen, die negative Sichtweise zu verändern: »Du kannst es doch!« Drängen Sie Ihr Kind jedoch zu nichts, was es nicht möchte. Es ist wichtig, dass es sich verstanden und akzep-

tiert fühlt. Lassen Sie es spüren, dass es geliebt und verstanden wird – auch wenn es sich schlecht fühlt. Seien Sie nicht gekränkt, wenn es nur wenig Interesse zeigt, und nehmen Sie es nicht persönlich, wenn es Unternehmungen ablehnt. Seine Welt ist gerade von einem grauen Schleier umhüllt, der erst zerrissen werden muss, damit sie wieder bunt wird. Hören Sie Ihrem Kind daher zu und versuchen Sie, es zu verstehen. Ermuntern Sie es, Gedanken zu zeichnen oder sich auf andere Weise auszudrücken, und versuchen Sie, es zu motivieren, sich ausreichend zu bewegen. Akzeptieren Sie aber immer die Gefühle Ihres Kindes und nehmen Sie Drohungen, sich das Leben zu nehmen, ernst. Eine klare und transparente Tagesstruktur kann Kindern helfen, die vor ihnen liegenden Aufgaben anzugehen.

Achten Sie aber auch auf sich selbst! Erwarten Sie von sich nicht zu viel und sorgen Sie dafür, dass es Ihnen auch gut geht. Eine Depression kann in der Familie und im Freundeskreis zu Sorgen und Ängsten führen. Nehmen Sie sich daher ebenso ausreichend Zeit für die Geschwisterkinder und Ihren Partner. Schenken Sie diesen Zeit und Aufmerksamkeit. Und gönnen Sie sich Auszeiten zum Auftanken. Jede Krise ist eine Chance zur Veränderung.

Was Eltern tun können (nach GROEN, VERBEEK 2018, S. 121 ff.)

- | **sich für professionelle Hilfe öffnen**
- | **keine schnellen Lösungen erwarten**
- | **von sich selbst nicht zu viel erwarten**
- | **Liebe und Wertschätzung**
- | **die Gefühle ihres Kindes akzeptieren**
- | **Stärken wahrnehmen, den Blick auf das Positive wenden**
- | **Stress abbauen**
- | **Aktivitäten, Unternehmungen und soziale Kontakte fördern**
- | **so viel Unterstützung wie nötig, so viel Selbstständigkeit wie möglich**
- | **respektvoll miteinander sprechen und umgehen**
- | **Probleme gemeinsam lösen, Kinder mit einbeziehen**

Literatur

GROEN, G.; VERBEEK, D. (2018): Wieder besser drauf. Ein Ratgeber für junge Menschen zum Umgang mit Stimmungstiefs und Depressionen. Köln: BALANCE buch + medien verlag.
Stiftung Deutsche Depressionshilfe (Hg.) (o.J.): Depression im Kindes- und Jugendalter.
www.deutsche-depressionshilfe.de/depression-infos-und-hilfe/depression-in-verschiedenen-facetten/depression-im-kindes-und-jugendalter (13.08.2018).

Wenn das Herz bis zum Hals schlägt – Angststörungen



Beisser, der kleine Orca, hat Angst. Er ist nicht nur schreckhaft, sondern richtig ängstlich. Angst hat er vor Blut. Aber am meisten Angst hat er davor, dass seine Eltern ihn verlassen. Deshalb schwimmt er immer hinter ihnen her. Wegen seiner Angstzustände ist Beisser in der Wellenklinik in therapeutischer Behandlung.

Die Angst beeinträchtigt Beisser in vielen Lebensbereichen und schränkt ihn erheblich ein. Da er so große Angst vor Blut hat, jagt er nicht wie die anderen Orcas Fische und droht hier, aus seinen Lebensbezügen herauszufallen. Dies ist charakteristisch, wenn Kinder und Jugendliche eine Angststörung entwickeln. Harmlose und gefährliche Situationen können in Erkrankungszeiten nur schlecht unterschieden werden.

Nun ist Angst zunächst einmal eine ganz normale Reaktion auf eine bedrohliche Situation, die sich im Verhalten oder als Gefühl äußert. Sie schützt uns vor Gefahr und sorgt dafür, dass wir vorsichtig sind, Bedrohungen erkennen, einschätzen und vermeiden können, um zu überleben. Insbesondere im Kindesalter sind Ängste, zum Beispiel vor Gespenstern oder Gewittern, weit verbreitet und gehören zum Entwicklungsprozess des Kindes dazu. Die Angstinhalte ändern sich dabei mit dem Alter und im Laufe der Entwicklung. Normalerweise treten Ängste für eine kurze Zeit auf und verlaufen eher schwach. Wenn sich die Angst bei Kindern und Jugendlichen extrem steigert, sie über mehrere Wochen anhält und sich auf den Alltag und die Entwicklung des Kindes auswirkt, liegt sehr wahrscheinlich eine Angststörung vor, die behandelt werden sollte.

Angststörungen treten viel häufiger auf, als wir annehmen. Etwa zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen in Deutschland leiden unter akuten Angststörungen. Mädchen sind dabei häufiger von Angststörungen betroffen als Jungen (BELLA-Studie 2007). Leidet Ihr Kind an einer Phobie oder einer Angststörung, braucht es in besonderer Weise Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

Was sind Angststörungen?

Jeder Mensch hat vor etwas Angst, sei es vor Spinnen oder giftigen Tieren, schwindelerregender Höhe, vor einem Flugzeugabsturz oder dem Verlust eines geliebten Menschen. Manche von uns haben Angst, in einer dunklen Tiefgarage zum Auto zu gehen. Vielleicht ängstigt uns auch eine Szene im Horrorfilm. Solche kurzen Momente der Angst kennen wir alle und sie gehören zu unserem Wesen dazu. Diese Art von Ängsten

schützt unseren Körper und unsere Psyche vor Gefahren, die in der Welt auf uns lauern. Ohne Angst gäbe es uns Menschen heute nicht mehr.

Die »normalen« Angstgefühle machen keine Angststörung aus. Bei einer Angststörung ist die Angst unangemessen stark und steht in keinem Verhältnis zur auslösenden Situation. Sie dauert mindestens vier Wochen an. Die Betroffenen können ihre Angst kaum oder gar nicht kontrollieren und es zeigt sich objektiv kein Grund für ihre Angst. Aus Angst vor der Angst vermeiden sie Situationen oder Angstinhalte, gehen zum Beispiel nicht mehr in den Keller, wenn sie unter einer Spinnenphobie leiden. Die Betroffenen verspüren einen enormen Leidensdruck. Oft werden Angststörungen von anderen Erkrankungen begleitet, wie von einer Depression oder einer Zwangsstörung.

Angst ist nicht gleich Angst. Es gibt sehr unterschiedliche Formen von Angst. Die wichtigsten bei Kindern und Jugendlichen sind die sogenannte Trennungsangst, Phobien und die generalisierte Angststörung.

Wie unterscheiden sich Trennungsangst, Phobien und generalisierte Angststörung?

Trennungsangst: »Mama, bleib bei mir!« – Kinder, die unter dieser Form von Angst leiden, entwickeln eine unangemessen starke Angst, sich von ihren Bezugspersonen zu trennen, obwohl es dafür keinen Grund gibt. Sie sind verunsichert oder befürchten sogar, dass ihrer Mama oder ihrem Papa etwas zustößt, wenn sie nicht zusammen sind. Häufig ist die Trennungsangst zum ersten Mal im Kindergarten zu beobachten, wenn Eltern ihre Kinder zur Gruppe bringen, und dauert einige Wochen an. Abends weigern sich die erkrankten Kinder, schlafen zu gehen, ohne dass eine Bezugsperson in der Nähe ist, sie stehen nachts auf, um zu kontrollieren, ob die Eltern noch da sind oder um bei ihnen zu schlafen. Bei sehr starker Ausprägung können die Eltern nicht einmal allein in den Keller gehen, ohne dass die betroffenen Kinder schreien, Wutanfälle bekommen oder weinen. Sie klammern sich an ihre Eltern, werden apathisch, klagen über Bauch- oder Kopfschmerzen und Übelkeit, erbrechen sich oder ziehen sich zurück (SCHNEIDER 1999).

Manchmal bleibt die Trennungsangst für eine längere Zeit bestehen und ist auch noch in der Schulzeit zu erkennen. Die betroffenen Kinder weigern sich, morgens zur Schule zu gehen, klagen über Bauch- und Kopfschmerzen oder starke Übelkeit. Hinter dieser Angst können überbehütende Tendenzen von Eltern stecken, aber auch ein Zuwenig an Kümern, auch Leistungsprobleme oder Mobbing, vor allem aber ist es oft die Angst des Kindes, von den Eltern getrennt zu sein. Wenn die Angst die normale Entwicklung des Kindes behindert, ist es sehr wichtig, Hilfe zu holen und zum Beispiel einen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufzusuchen.

TABELLE 2

Merkmale der Trennungsangst im Kindes- und Jugendalter (nach SCHNEIDER 2012)

Psychische Symptome

- | Aggressivität
- | Gereiztheit
- | apathische Stimmung

Körperliche Symptome

- | Bauchschmerzen
- | Übelkeit
- | Kopfschmerzen
- | Erbrechen
- | Schrei- und Wutanfälle
- | Klammern an Eltern
- | sozialer Rückzug
- | Zittern
- | starkes Herzklopfen

Phobien: Bei einer Phobie haben Betroffene eine unangemessen starke Angst vor bestimmten Objekten, Situationen, fremden Menschen, lauten Geräuschen oder Tieren, die in der Regel ungefährlich sind. Wenn phobische Kinder beispielsweise von Weitem einen großen Hund sehen, schreien sie, weinen oder klammern sich an ihre Mutter. Die Phobie kann regelrechte Panikzustände hervorrufen, die mit Herzrasen und Schwindel einhergehen. Daher versuchen phobische Kinder, die Angstsituation zu vermeiden oder zu umgehen.

Bei der sozialen Phobie haben Kinder und Jugendliche zum Beispiel Angst, vor einer Gruppe zu sprechen. Sie melden sich während des Unterrichts nicht, aus Sorge, sich vor den anderen Schülern lächerlich zu machen und gedemütigt zu werden. Versagensängste spielen hier oft eine wichtige Rolle und können dazu beitragen, dass die Kinder und Jugendlichen Gründe erfinden, um nicht in die Schule zu müssen. Aber auch die Angst, auf eine Feier zu gehen oder am Telefon mit anderen zu reden, gehört dazu.

TABELLE 3**Merkmale einer Phobie im Kindes- und Jugendalter** (nach SCHNEIDER, IN-ALBON 2010)**Psychische Symptome**

- | Reizbarkeit
- | Nervosität
- | Anspannung
- | Unfähigkeit, entspannen zu können
- | Aufgewühltsein

Körperliche Symptome

- | Schlafstörungen
- | schneller Puls
- | Beschwerden mit dem Magen
- | Kopfschmerzen
- | Konzentrationsschwierigkeiten
- | Taubheit
- | Schwitzen
- | unregelmäßiges Herzklopfen
- | Zittern
- | Erröten
- | Trockenheit im Mund

Zusätzlich bei Jugendlichen:

- | Entfremdungserlebnisse ohne Realitätsverlust
- | Schwindel
- | Atemnot
- | Beklemmungsgefühle
- | Erstickungsgefühle
- | Hitzegefühl
- | Kälteschauer
- | »Kribbeln«
- | »weiche Knie«
- | Angst, zu sterben
- | Kontrollverlust
- | Herzklopfen
- | Durchfall
- | Harndrang

Generalisierte Angststörung: Menschen, die an einer generalisierten Angststörung erkranken, leben in einem dauerhaften Zustand von Angst, Sorge und Furcht, der nicht nur auf bestimmte Situationen oder Objekte begrenzt ist. Diese Angst ist sozusagen »frei flottierend« und dauert über sechs Monate an. Es sind ganz unangenehme Sorgen über unterschiedliche Lebensumstände und Alltagssituationen. Die Betroffenen sind innerlich stark angespannt, zittern und sind nervös und ruhelos. Oft geht diese Form der Angst mit Beklemmungsgefühlen, Schwitzen, Mundtrockenheit und Schwindel einher. Die Betroffenen sind überaus wachsam, schreckhaft oder reizbar und leiden unter Schlafstörungen. Was ihnen solche Angst macht, können sie häufig gar nicht in Worte fassen.

Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?

Angststörungen im Kindes- und Jugendalter zu erkennen, ist schwierig, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen meist sehr ruhig und folgsam sind. Sie versuchen, ihre Ängste zu übergehen und den Bezugspersonen zu gefallen, wodurch ihr Problem nicht erkannt wird. Gerade Teenager wollen ihre Ängste verbergen. Uns Eltern fällt es zudem schwer, einzuschätzen, ob die Ängste dem Alter entsprechen oder krankhaft sind. Angst machende Gedanken lassen sich von außen auch nicht erkennen. Daher ist es wichtig, über die verschiedenen Anzeichen im Kindes- und Jugendalter Bescheid zu wissen, um sie im Blick behalten zu können. Es können sowohl psychische als auch körperliche Symptome sein.

Kleinkinder (ein bis drei Jahre) drücken ihre Gefühle vor allem durch ihr Verhalten aus, da sie noch nicht präzise artikulieren können. In diesem Alter haben Kinder häufig Angst vor lauten Geräuschen, Fremden, Trennungen, eingebildeten Figuren, Dunkelheit, Einbrechern oder auch Tieren. Sie weinen, klammern sich an ihre Mutter oder ihren Vater und leiden unter Bauchschmerzen.

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre) sind ängstlich bei Dunkelheit, haben Angst davor, allein zu sein, oder ängstigen sich vor bestimmten Tieren. Die Fantasie ist in diesem Alter stark ausgeprägt. So kann es gut passieren, dass sie Ängste vor Gespenstern oder Monstern entwickeln. Als Eltern sollen wir dann oft unter dem Bett nachschauen, ob das Monster wirklich verschwunden ist oder sich nur versteckt hat. Auch in diesem Alter reagieren Kinder mit Weinen und Festklammern. Sie wollen nachts nicht allein einschlafen, haben starkes Herzklopfen und sind zittrig.

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre) haben andere Ängste als Vorschulkinder. Grund dafür ist auch der Wechsel vom Kindergarten in die Schule. Nun treten vor allem Ängste vor negativen Bewertungen hervor, seien es Hänseleien, Auslachen vor der ganzen Klasse oder schlechte Noten. Die Angst, zu versagen oder sich verletzen zu können, kann dazu führen, dass sich die betroffenen Kinder zurückziehen und sich von ihren Mitschülern distanzieren.

Jugendliche (zwölf bis 18 Jahre) entwickeln eher reale und existenzielle Ängste, wie die Angst vor Krankheit und Tod oder die Angst, zu versagen. Pubertätskrisen können ebenfalls Angststörungen auslösen, die die Jugendlichen ausbremsen. Betroffene Jugendliche reagieren immer wieder aggressiv, erstarren oder ziehen sich auf ihr Zimmer zurück.

TABELLE 4**Angstinhalte im Kindes- und Jugendalter** (nach NISSEN 2004)**Kleinkinder (ein bis drei Jahre)**

- | Trennungsangst
- | Tierphobie
- | Angst vor Unbekanntem
- | Angst vor Gewittern
- | Angst vor Einbrechern
- | Angst vor Dunkelheit
- | Angst vor lauten Geräuschen

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre)

- | Tierphobie
- | Blutphobie
- | Trennungsangst
- | Angst vor Ungewissem
(Monstern, Gespenstern)
- | Angst vor Unwetter
- | Angst um die eigene Sicherheit
- | Angst vor Dunkelheit
- | Höhenangst
- | Flugangst

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre)

- | Prüfungsangst
- | Schulphobie
- | soziale Phobie
- | Tierphobie
- | Blutphobie
- | Trennungsangst
- | Angst vor Unwetter
- | Angst um die eigene Sicherheit
- | Angst vor Dunkelheit
- | Höhenangst
- | Flugangst

Jugendliche (zwölf bis 18 Jahre)

- | soziale Phobie
- | Naturkatastrophen
- | spezifische Situationen, wie z. B. Angst
in engen Räumen oder in der Höhe

Wie entstehen Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen?

Auch bei diesem Erkrankungsbild geht man heute von einem Zusammenspiel von biologischen und psychologischen Faktoren aus, die die Entwicklung einer Angststörung begünstigen. Zu diesen zählen das Temperament, lange Stressbelastung, einschneidende Angsterlebnisse, Suchtmittel, Schlafmangel, Krankheiten, Stoffwechselstörungen und insbesondere auch erlernte Verhaltensmuster. So kann beispielsweise das Kind einer angsterkrankten Mutter deren Verhalten kopieren und so ebenfalls eine Angststörung entwickeln. Die Ängste der Eltern können sich sozusagen auf die Kinder übertragen. Auch das Erziehungsverhalten und ein überbehütender oder kontrollierender Erziehungsstil können bei der Entstehung eine Rolle spielen oder die Angst aufrechterhalten.

Mögliche Risikofaktoren

- | genetische und psychische Einflüsse
-

Schützende Faktoren

- | eine gute und enge Bindung zu Bezugspersonen, wie Eltern oder Geschwistern
- | Familienzusammenhalt, Rückhalt und Liebe
- | Ermutigung zur Selbstständigkeit
- | eine klare Linie in der Erziehung
- | positive Lebensumstände
- | geringer Stress
- | Belohnungsplan: mit Smileys, Aufklebern oder Stempeln für »mutiges« Erfüllen der Aufgaben

Was wir als Eltern tun können

Zuallererst ist es wichtig, dass wir mit unserem Kind sprechen, wenn wir das Gefühl haben, dass es von Angst geplagt wird. Bieten Sie ihm Ihre Unterstützung an, zeigen Sie ihm Ihre Zuneigung und reagieren Sie mit Verständnis, auch wenn die Angstinhalte auf Sie übertrieben oder unsinnig wirken. Keinesfalls sollten Sie sich über die Ängste Ihres Kindes lustig machen oder mit Dingen drohen, vor denen es starke Angst hat. Dies würde zu einem Rückzug führen, es würde sich nicht ernst genommen fühlen. Lesen Sie Ihrem Kind lieber Geschichten oder Märchen vor, die Mut machen. Sie können auch gemeinsam ein Lied singen, wenn eine Angst machende Situation eintritt. Überfordern Sie es aber nicht. Nehmen Sie vor allem auch Ihre eigenen Ängste wahr, damit Sie diese nicht auf das Kind übertragen.

Als Mutter oder Vater können Sie Ihr Kind ermuntern, sich der Angstsituation und den Herausforderungen zu stellen: »Ich traue dir zu, dass du heute allein in deinem Bett schläfst und die ganze Nacht darin bleibst.« Durch Ihr Lob gewinnt es an Selbstvertrauen. Vielleicht können Sie als Belohnung anschließend etwas Schönes unternehmen, wie ein Eis essen gehen. Ein zu starkes Drängen kann die Störung ebenso verstärken wie zu viel Rückzug und Schonung. Fragen Sie daher bei Unsicherheiten Ihre Kinderärztin oder einen Facharzt, wie Sie Ihr Kind gut unterstützen können. Machen Sie sich klar, dass es keine Angst vor einer tatsächlichen Bedrohung ist, sondern sich um ein gelerntes Fehlverhalten handelt. Eine klare Linie, die Sie als Eltern in der Erziehung verfolgen, kann für innere Ordnung sorgen. Gewinnen Sie das Vertrauen Ihres Kindes und stehen Sie ihm zur Seite.

Die meisten Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen lassen sich durch ambulante Psychotherapie, vor allem Verhaltenstherapie erfolgreich und vollständig behandeln. Während dieser Therapien lernen die Betroffenen, Angstauslöser als weniger bedrohlich zu empfinden und anders zu bewerten. Auch unterstützen die Therapien dabei, Vermeidungsverhalten aufzudecken und abzubauen. Kinder und Jugendliche entwickeln Strategien, die ihnen helfen, sich der Angst machenden Situation oder dem Objekt erfolgreich zu stellen. Je früher eine Angststörung behandelt wird, desto erfolgreicher sind die Verfahren.

Reizkonfrontationsverfahren zeigen den betroffenen Kindern und Jugendlichen, dass Angst auslösende Situationen ertragen werden können, ohne dass die befürchteten Folgen eintreten. In Begleitung der Therapeutin oder des Therapeuten werden sie mit Angst auslösenden Situationen konfrontiert. Kinder müssen sich dabei in der Regel zunächst leicht Angst auslösenden Situationen stellen, bei Jugendlichen hat sich bewährt, sie von Anfang an mit stark Angst auslösenden Situationen zu konfrontieren.

Wenn eine Erkrankung besonders stark ausgeprägt ist, können manchmal zusätzlich Medikamente, sogenannte Benzodiazepine, Buspiron und Antidepressiva, notwendig sein.

Was Eltern tun können

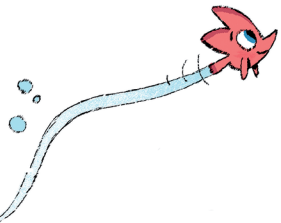
- | sich für professionelle Hilfe öffnen
- | keine schnellen Lösungen erwarten
- | zuhören und die Angst ernst nehmen
- | die Gefühle des Kindes akzeptieren
- | unterstützen, statt drohen und drängen
- | dem Kind Sicherheit, Geborgenheit, Selbstbewusstsein und Eigenständigkeit vermitteln
- | Entspannungstechniken anwenden
- | für Erfolgserlebnisse sorgen
- | eine feste Tagesstruktur einführen

Literatur

- NISSEN, G. (2004): Kindliche Angststörungen haben viele Gesichter. In: Pädiatrie hautnah, (5), S.263–265.
- RAVENS-SIEBERER, U.; WILLE, N.; BETTGE, S.; ERHART, M. (2007): Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, 50 (5–6), S.871–878.

- SCHNEIDER, S. (1999): Kognitive Verhaltenstherapie bei Angststörungen im Kindesalter. In: Kindheit und Entwicklung, 8 (4), S.226–233.
- SCHNEIDER, S. (2012): Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- SCHNEIDER, S.; IN-ALBON, T. (2010): Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung. In: Psychotherapeut, 55 (6), S.525–540.

Immer in Bewegung – Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung



Zack ist sehr unruhig, kann nicht zuhören, redet die ganze Zeit oder macht Geräusche. Sein Zappeln und stetiges Quasseln sind für seine Familie anstrengend und nerven seine Schwester Emma ziemlich. Weil er so ist, wie er ist, kann er schlecht lernen, dabei ist er ziemlich schlau.

In dieser oder einer ähnlichen Weise kann sich die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung, kurz ADHS genannt, zeigen. Im Volksmund spricht man daher auch vom »Zappelphilipp-Syndrom«. Eine ADHS wird in der Regel spätestens im Grundschulalter erstmals auffällig und kann bis ins Erwachsenenalter andauern. Betroffene Kinder wirken sehr impulsiv und platzen beispielsweise mit ihren Antworten vor Beendigung der Frage heraus oder beginnen mit Aufgaben, ohne die Aufgabenstellung komplett verstanden zu haben. Es fällt ihnen sehr schwer, sich zu konzentrieren, Kleinigkeiten lenken sie ab. Ein begonnenes Spiel wird häufig einfach unterbrochen und unbeendet auf dem Tisch liegen gelassen. Stillsitzen, selbst für eine kurze Zeit, fällt ihnen extrem schwer oder ist nicht möglich. Sie reagieren emotional erregt: aggressiv, explosiv, wütend oder verunsichert. Dahinter steckt kein böser Wille, sie können ihre Impulse in den Situationen nur nicht kontrollieren.

Die ADHS ist eine weit verbreitete psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen und kommt überall auf der Welt ähnlich häufig vor: Etwa drei bis sieben Prozent der Kinder und Jugendlichen zwischen sechs und 18 Jahren sind an einer ADHS erkrankt. Jungs erkranken annähernd viermal so häufig an dieser Störung als Mädchen (ADHS Deutschland e.V. o. J.).

Was ist eine ADHS?

Bei der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung handelt es sich um eine Funktionsstörung im Gehirn, die durch drei Symptome gekennzeichnet ist (DSM-5):

Unaufmerksamkeit: Betroffene lassen sich schnell von Reizen aus der Umgebung ablenken, es fällt ihnen schwer, sich auf eine Sache zu konzentrieren. Schulaufgaben oder Aufgaben zu Hause erledigen sie mit vielen Flüchtigkeitsfehlern und sind oft unachtsam, wenn es um Einzelheiten geht. In Gesprächen oder im Unterricht hören sie häufig nicht zu, auch wenn sie direkt angesprochen werden. Sie führen ihre Aufgaben nicht zu Ende aus und tun sich schwer, ihren Alltag zu organisieren. Aufgaben, die eine längere geistige Anstrengung erfordern, meiden sie ganz. Sie verlieren oftmals Gegenstände, die für diese Aufgaben nötig sind, wie Schulbücher, und sind vergesslich.

Hyperaktivität: Betroffene haben einen starken Bewegungsdrang, reden übermäßig viel und sind sehr unruhig. Sie hampeln mit Händen und Füßen herum oder rutschen auf dem Stuhl hin und her. In Situationen, in denen Aufstehen unpassend ist, verlassen sie den Sitzplatz, laufen im Unterricht wild herum oder klettern auf Gegenstände. Jugendliche fühlen sich oft rastlos und tun sich schwer damit, leise zu sein. Sie sind immer in Bewegung und wirken »wie angetrieben«.

Impulsivität: Betroffene handeln schnell, unüberlegt, unpassend, nicht vorausschauend und sind ungeduldig. An einer ADHS erkrankte Kinder unterbrechen oder stören andere und platzen beispielsweise in Spiele hinein. Es fällt ihnen schwer, zu warten, bis sie an der Reihe sind.

Nicht jede Unaufmerksamkeit, Hyperaktivität und Impulsivität deutet auf eine psychische Erkrankung hin. Der Übergang von gesund zu krank verläuft fließend. Auch gesunde Kinder sind verträumt, wirken manchmal abwesend oder können sehr lebhaft sein. Dieses Verhalten ist jedoch im Vergleich seltener und deutlich schwächer ausgeprägt. Die Symptome zeigen sich in allen Lebenslagen, wie im Familienleben, im Kindergarten, in der Schule oder im Kontakt mit Gleichaltrigen. Kinder und Jugendliche mit einer ADHS merken oft selbst, dass mit ihnen etwas nicht stimmt und sie bei anderen anecken. Freundschaften können so nur sehr mühsam aufgebaut werden. Zu allem Übel leiden viele an weiteren Störungen, wie an einer Lese-, Rechen- oder Schreibstörung. Manchmal werden auch Bewegungs- und Koordinationsstörungen, unwillkürliche Muskelzuckungen (Tics), ein extremes Trotzverhalten, Angststörungen oder Autismus sichtbar.

Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?

Die Symptome können, wie bereits beschrieben, sehr vielfältig sein. Auch bei diesem Störungsbild lassen sich Unterschiede im Alter erkennen. Wenn bei Kindern irrtümlich eine ADHS diagnostiziert wird, können sie an sich selbst zweifeln und sich minderwertig fühlen. Daher ist es wichtig, sorgfältig auf Anzeichen zu achten und sie im Blick zu behalten, um der Fachärztin oder dem Psychotherapeuten mit Informationen zur Seite stehen zu können. Denn das »unreife« und impulsive Verhalten kann auch altersgerecht und normal sein.

Kleinkinder (ein bis drei Jahre), die später eine ADHS zeigen, haben oft unerklärlich lange Schreiphasen (»Schreibabys«), sind sehr unruhig, unausgeglichen, reizbar und schreckhaft. Neben dieser motorischen Unruhe können Schlafprobleme oder Probleme beim Füttern dazukommen. Auf Körperkontakt reagieren sie häufig ablehnend.

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre) weisen ebenso ein trotziges Verhalten auf und verstoßen gegen oder missachten Grenzen und Regeln, wenn sie an einer ADHS erkrankt sind. Durch ihr unberechenbares Verhalten tun sie sich schwer, Freundschaften zu schließen und sich zu integrieren. Im Kindergarten stellen Erzieherinnen und Erzieher oft erste Leistungsschwächen fest, die betroffenen Kinder haben wenig Geduld beim Spielen, nehmen visuelle und auditive Reize schlechter wahr und können sich kaum konzentrieren. Auch ihre Fein- und Grobmotorik, zum Beispiel beim Basteln und Schneiden, ist schlecht ausgeprägt. Sie sind häufiger in Unfälle verwickelt und verhalten sich vielfach aggressiver gegenüber Gleichaltrigen.

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre) mit einer ADHS sind oft abgelenkt und merken selbst, dass sie sich nicht gut konzentrieren können. In diesem Alter können sie ihre Andersartigkeit manchmal schon in Worte fassen. Bei den Hausaufgaben zeigen sie wenig Ausdauer, sind schnell frustriert, reagieren aggressiv, wütend und enttäuscht. Vielfach stören sie den Unterricht. Wie auch Vorschulkinder haben sie Schwierigkeiten, Regeln und Grenzen einzuhalten, und geraten mit ihren Mitschülern oft in Streit. Lehrerinnen und Lehrer betonen meist die schlechte Schrift oder auch das chaotische Ordnungsverhalten, das sich im Klassenzimmer zum Beispiel im Hinterlassen des Platzes widerspiegelt. Ungeschicklichkeit, Tollpatschigkeit und Unfälle können weitere Merkmale sein. Auch die Mimik, Gestik und Körpersprache sind oft unpassend.

Jugendliche (zwölf bis 18 Jahre), die an einer ADHS leiden, sind körperlich oft weniger unruhig, sondern eher impulsiv und innerlich unruhig. Sie können

sich häufig nicht so gut gesellschaftlichen Gegebenheiten anpassen und verletzen Regeln. Sie ecken mit ihrem Verhalten in ihrem Lebensumfeld an und schließen sich mit Jugendlichen zusammen, die ähnliche Probleme haben. Alkohol- und Drogenmissbrauch können in diesem Alter eine Rolle spielen. Da sie sich nicht gut konzentrieren können, vergesslich und chaotisch sind, brechen viele betroffene Jugendliche die Schule ab oder beenden sie unterhalb ihrer Möglichkeiten. All dies führt dazu, dass sie mit ihrer Lebenssituation sehr unzufrieden sind.

TABELLE 5

Merkmale einer ADHS im Kindes- und Jugendalter (nach DÖPFNER u.a. 2013)

Kleinkinder (ein bis drei Jahre)

- | unerklärlich lang dauernde Schreiphasen
- | motorische Unruhe
- | Ess- und Schlafprobleme
- | Ablehnung von Körperkontakt
- | Missgelauntheit

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre)

- | trotziges Verhalten
- | Missachtung von Regeln
- | schlechte Integration in Gruppe
- | häufiger und unvorhersehbarer Handlungswechsel
- | unberechenbares Sozialverhalten
- | Leistungsschwächen
- | häufige Unfälle
- | auffallend früher Spracherwerb oder auch verzögerte Sprachentwicklung
- | keine beständigen Freundschaften
- | schlechte sensomotorische Koordination

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre)

- | Nichtakzeptieren von Regeln
- | Stören im Unterricht
- | Probleme bei den Hausaufgaben
- | Beeinträchtigung der räumlich-visuellen Wahrnehmung
- | wenig Ausdauer

- | starke Ablenkbarkeit
- | emotionale Instabilität
- | geringe Frustrationstoleranz
- | Wutanfälle, aggressives Verhalten
- | schlechte Schrift
- | chaotisches Ordnungsverhalten
- | andauerndes Reden
- | überhastetes Sprechen (Poltern)
- | unpassende Mimik, Gestik und Körpersprache
- | Ungeschicklichkeit
- | häufige Unfälle
- | Lese-, Rechtschreibschwäche
- | Rechenschwäche
- | Lern- und Leistungsprobleme mit Klassenwiederholungen
- | Umschulungen
- | keine dauerhaften sozialen Bindungen
- | Außenseitertum
- | niedriges Selbstbewusstsein
- | mangelnde Ausdauer und Motivation
- | schlechte sensomotorische Koordination

Jugendliche (zwölf bis 18 Jahre)

- | Unaufmerksamkeit
- | Null-Bock-Mentalität
- | Leistungsverweigerung
- | aggressives Verhalten
- | stark vermindertes Selbstwertgefühl
- | mangelnde Zeitvorstellung
- | Beeinträchtigung der räumlich-visuellen Wahrnehmung
- | Zugehörigkeit zu Randgruppen
- | erhöhte Risikobereitschaft
- | häufige Unfälle
- | Neigung zu Straftaten, Drogen und Alkohol
- | schlechtes Essverhalten (häufig Adipositas)
- | vermehrt Schwangerschaften
- | mangelnde Ausdauer und Motivation

Wie entsteht eine ADHS bei Kindern und Jugendlichen?

Eine ADHS tritt typischerweise nicht isoliert auf, sondern ist oft mit weiteren Störungen kombiniert. Ursachen können Gene, aber auch Geburtskomplikationen, Drogen- und Nikotinkonsum der Mutter während der Schwangerschaft sein. Stress und viel Streit in der Familie, ein erhöhter Medienkonsum und das hektische Leben in einer Großstadt können verstärkend sein. Kinder mit einer ADHS benötigen in der Regel eine Therapie, manche brauchen zusätzlich Medikamente. Auch hier ist der Leidensdruck ausschlaggebend und wie stark die Symptome sie in ihrem Sozialleben beeinträchtigen. Gemeinsam mit Ihrem Kind und dem Kinder- oder Facharzt oder der Psychotherapeutin können Sie überlegen, was Ihrem Kind guttut. Eine ADHS wird nicht durch Erziehungsfehler hervorgerufen!

Mögliche Risikofaktoren

- | Gene
- | Geburtskomplikationen und Rauchen oder Trinken von Alkohol während der Schwangerschaft
- | emotionale Belastungen wie viel Stress, Lärm oder Trennungen der Eltern
- | übermäßiges Fernsehen oder Computerspielen

Schützende Faktoren

- | Ruhe und Struktur
- | Liebe und Zuwendung
- | Anerkennung und Erfolgserlebnisse
- | Entspannung

Was wir als Eltern tun können

Als Eltern eines Kindes mit einer ADHS stehen wir vor einer riesigen Herausforderung und fühlen uns oft alleingelassen. Es ist gar nicht so leicht, Geduld für die Verhaltensweisen unseres erkrankten Kindes aufzubringen, das uns sicherlich das ein oder andere Mal zur Verzweiflung oder Weißglut bringt. Es kommt häufig zu Streitigkeiten innerhalb der Familie.

Wichtig für Kinder mit einer ADHS sind wenige, aber klare Regeln – an die wir uns auch als Eltern halten sollten – und eine feste Tagesstruktur. Erstellen Sie am besten einen einfachen Wochenplan und hängen Sie diesen für alle sichtbar an den Kühlschrank. Sie können auch eine »Ruhezone« bei sich einrichten, in der das erkrankte Kind die Hausaufgaben zu einer fest vereinbarten Zeit machen kann. Planen Sie dabei genügend

Pausen ein, in denen Sie sich zum Beispiel gemeinsam bewegen und einen »Hampelmann« machen. Achten Sie darauf, dass die Geschwister und Haustiere nicht dabei sind, wenn sich das Kind um die Aufgaben kümmert. Geräusche wie Telefonklingeln oder das Laufen des Fernseherers lenken ab und sollten abgeschirmt werden. Der Tisch, auf dem die Aufgaben erledigt werden, sollte aufgeräumt und frei von Spielsachen oder anderen ablenkenden Reizen sein. Wenn es genügend Fächer und Schubladen gibt, ist es für das Kind einfacher, Ordnung zu halten. Manchmal hilft auch eine Eieruhr, um die Lern- und Entspannungs- oder Bewegungszeiten klar voneinander abzugrenzen. Wenn alle Aufgaben geschafft sind, sollten Sie Ihr Kind loben. Gemeinsam können Sie schließlich noch den Schulranzen für den nächsten Tag packen.

Hilfreich ist es ebenfalls, das Gespräch mit den Erzieherinnen und Lehrern zu suchen, damit die Probleme im Kindergarten oder in der Schule gar nicht erst eskalieren und diese Personen Verständnis für das bisweilen unpassende Verhalten Ihres Kindes entwickeln können. Manchmal können Signalkarten, Augenkontakt oder eine kurze Berührung während des Unterrichts sinnvoll sein, um die Aufmerksamkeit des Kindes wieder einzufangen.

Suchen Sie mit dem Kind auch gemeinsam nach sportlichen Aktivitäten, in denen es seinen starken Bewegungsdrang ausleben und sich richtig austoben kann. Viele Kinder und Jugendliche mit einer ADHS haben einen ausgeprägten Gerechtigkeitssinn, sind sehr kreativ, schlagfertig, haben tolle Ideen, sind hilfsbereit, tierlieb und spontan. Wenn Sie diese Eigenschaften unterstützen und Ihr Kind dafür loben, können Sie sein Selbstvertrauen fördern und es eher für Aufgaben motivieren. Betroffene Kinder benötigen viel Zuneigung und Liebe. Zeigen Sie Ihrem Kind, dass Sie für es da sind und Sie sich freuen, dass es da ist.

Entlastend und eine unschätzbare Hilfe sind auch sogenannte *Elterntrainings*, in denen Tipps für den Alltag gegeben werden. Eine weitere wichtige Hilfsmöglichkeit ist die *Verhaltenstherapie*. Diese erzielt bei Kindern und Jugendlichen mit einer ADHS in der Regel gute Erfolge und hilft ihnen, ihr hyperaktives, impulsives und unaufmerksames Verhalten abzubauen und neue Verhaltensweisen zu erlernen. Auch dabei ist die intensive Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Eltern von großer Bedeutung. Kinder ab sechs Jahren, deren ADHS stark ausgeprägt ist, können zusätzlich Medikamente mit den Wirkstoffen *Methylphenidat*, *Atomoxetin*, *Dexamphetamin* und *Lisdexamphetamin* bekommen, die die Hyperaktivität abschwächen und die Aufmerksamkeit verbessern. Der frühe Einsatz von Ritalin® mit dem Wirkstoff Methylphenidat bei hyperaktiven Kindern ist allerdings umstritten.

Was Eltern tun können

- | klare Regeln und Erwartungen
- | vertrauensvoll miteinander in der Familie reden
- | zeitnahe und regelmäßige Rückmeldungen an das Kind
- | einen festen Tages- und Wochenplan einführen
- | Austausch mit Erzieherinnen und Lehrern
- | sich über die ADHS informieren und beraten lassen
- | bei dem Erledigen von Hausaufgaben unterstützen, »Ruhezonen« einführen und für wenig Ablenkung sorgen
- | Entspannungstechniken anwenden
- | Medien begrenzen
- | gemeinsam Bewegungsübungen machen, wie zwischendurch den Hampelmann
- | Belohnungssystem einführen, um das Selbstvertrauen zu stärken
- | für sich selbst sorgen

Literatur

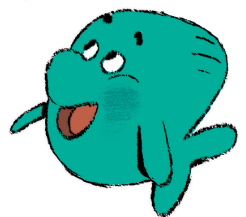
ADHS Deutschland e.V. (Hg.) (o.J.): ADHS / ADS. Prävalenz. www.adhs-deutschland.de/Home/ADHS/ADHS-ADS/Haeufigkeit.aspx (14.08.2018)

FALKAI, P.; WITTCHEN, H.-U. (Hg.) (2018): Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5. Göttingen: Hogrefe.

DÖPFNER, M.; FRÖHLICH, J.; LEHMHUL, G. (2013): Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Göttingen: Hogrefe.

Pummelchen und Spargeltarzan – Essstörungen

Tom kann nicht aufhören zu essen. Er hat immer wieder Essattacken und keine Kontrolle über sein Essverhalten. Tom verschlingt enorme Nahrungsmengen. Wegen der vielen und unkontrollierten Nahrungsaufnahme ist Tom übergewichtig und muss in der Wellenlinik behandelt werden.



Tom leidet an einer schweren Störung des Essverhaltens, dem sogenannten Binge Eating. Essstörungen sind sehr vielfältig und können gerade bei Kindern

und Jugendlichen ernsthafte und langfristige gesundheitliche Schäden nach sich ziehen. Neben dem Extrem des Binge Eating stehen die Anorexia nervosa (Magersucht) und die Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht). Kritisiert wird in diesem Zusammenhang oft das »schlanke Schönheitsideal«, das in unserer westlichen Gesellschaft vorgelebt wird. So sieht man in Fernsehsendungen oder auf Titelbildern von (Mode-)Zeitschriften vermehrt dünne und attraktive Menschen. Das ständige Vergleichen mit diesen Models, Moderatorinnen oder Schauspielerinnen kann unzufrieden machen.

Nur weil sich Ihr Kind gesund ernähren möchte oder auf einmal Sport treibt, muss das nicht sofort auf eine Essstörung hinweisen. Wenn sich aber sein ganzer Tagesablauf um das Thema Essen und Klamotten dreht, es penibel genau auf Kalorien achtet, verstärkt Diätprodukte oder nur Gesundes isst, es sich stetig wiegt und exzessiv Sport treibt, keine Mahlzeiten mit Ihnen zusammen einnehmen will, Mahlzeiten weglässt, sehr langsam isst oder sich nach jedem Essen auf die Toilette zurückzieht, sollten Sie wachsam sein und sich fragen, ob vielleicht eine Störung des Essverhaltens vorliegen könnte. Denn diese kann dem Körper massiv schaden. Eine Essstörung beginnt meist zwischen dem 14. und 25. Lebensjahr, teilweise sind heute aber auch deutlich früher Anzeichen zu beobachten (BT online 2010). Vor allem Mädchen und junge Frauen sind oft von Essstörungen betroffen.

Was ist eine Essstörung?

Ohne Nahrung können wir nicht leben. Aber Essen ist viel mehr als nur die Aufnahme einer bestimmten Menge Kalorien. Es ist ein Genuss, signalisiert Lebensfreude und ist ein wichtiger Teil unseres Zusammenlebens. Die meisten von uns schätzen als Erwachsene durchaus gesundes Essen. Aber immer wieder gibt es Phasen, in denen wir »schlemmen« und Schokolade oder Grillfleisch unseren Speisezettel bestimmen. Das ist auch gar kein Problem. Vor allem, wenn wir zum Ausgleich für ausreichende Bewegung sorgen.

Bei Menschen mit einer Essstörung ist das anders. Für sie ist das Thema Nahrung mit großen Ängsten besetzt. Die Krankheitsbilder sind vielfältig: Hungern (Anorexia nervosa), Heißhunger und unkontrollierte Essattacken (Binge Eating) und Essattacken mit Erbrechen (Bulimia nervosa) sind die bekanntesten. Die Gedanken von Menschen, die an einer Essstörung leiden, drehen sich permanent um die Frage, wann sie wie viel Nahrung zu sich nehmen sollen und was dies für Folgen haben könnte. Kalorienzählen, die Einnahme von Abführmitteln oder auch eine extrem wahllose Nahrungsmittelzufuhr in enormer Menge und in kürzester Zeit bestimmen ihr Leben. Zumeist stehen im Hintergrund starke Zweifel an der eigenen Person und ein mangelnder Selbstwert. Starkes Übergewicht oder Fettleibigkeit (Adipositas) ist ebenso ein ernst zu nehmendes und oft folgenreiches Gesundheitsproblem. Auch hier spielen psychische Faktoren oft eine Rolle.

Wie unterscheiden sich Magersucht, Ess-Brech-Sucht, Essattacken und Fettleibigkeit?

Magersucht (Anorexia nervosa): Magersucht und Ess-Brech-Sucht sind häufige Essstörungen bei jugendlichen Mädchen. Die Magersucht kennzeichnet ein massives Untergewicht und geht einher mit panischen Ängsten, an Gewicht zuzunehmen. Die jungen Frauen nehmen sich selbst ganz anders und verzerrt wahr, da ihr Körperempfinden gestört ist. Auch wenn sie bereits extrem untergewichtig sind, empfinden sie sich als dick. Daher verstecken viele ihren Körper unter weiter Kleidung. Ihr krankhaftes Bedürfnis, an Gewicht zu verlieren, treibt sie häufig täglich zum Sport, obwohl sie sehr müde sind. Aufgrund ihres starken Untergewichts frieren sie ständig. Trotzdem sind sie meist sehr leistungsfähig und ehrgeizig. Viele Magersüchtige sammeln Rezepte und kochen gerne für andere, essen selbst aber nichts. Dauert die Magersucht länger an, können schwerwiegende gesundheitliche Probleme auftreten, die lebensbedrohlich sind, zum Beispiel wenn die Fettreserven des Körpers weitgehend aufgebraucht sind und bereits größere Mengen Muskelmasse abgebaut wurden (Kachexie). Haarausfall, Nierenschäden, Herz-Kreislauf-Störungen, Zahnschäden, trockene Haut, niedriger Blutdruck, verlangsamter Herzschlag oder auch Konzentrationsstörungen sind weitere körperliche Symptome.

TABELLE 6

Merkmale einer Magersucht und Ansatzpunkte für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung (nach ANAD o. J.)

Psychische Symptome

- | zunehmendes Interesse für Nahrungszusammensetzungen und Kaloriengehalt
- | extreme Unzufriedenheit mit dem eigenen Aussehen und der Figur
- | Vermeidung oder Verweigerung von Mahlzeiten, insbesondere in der Öffentlichkeit
- | Beschränkung auf sogenannte gesunde Nahrungsmittel
- | zunehmende familiäre Konflikte
- | sozialer Rückzug, Verlust von Freunden
- | Krankheitsverleugnung
- | häufiges Wiegen
- | ausgeprägte körperliche Aktivität trotz Untergewicht
- | zunehmende Leistungsorientierung (z. B. auf gute Noten)
- | Tragen von Winterkleidung im Sommer
- | zwanghaftes Verhalten

Körperliche Symptome

- | krankhafte Abmagerung
- | kein Fettgewebe
- | Sicht auf Knochen und Sehnen
- | Haarausfall
- | Nierenschäden
- | Herz-Kreislauf-Störungen
- | Störungen im Magen-Darm-Bereich
- | Zahnschäden
- | zunehmendes Untergewicht
- | Ausbleiben der Regelblutung

Indikatoren für eine stationäre Behandlung

- | kritisches Untergewicht
- | rapider Gewichtsverlust
- | körperliche Komplikationen
- | Suizidgefahr
- | festgefahrene Interaktion in der Familie
- | soziale Isolation
- | Scheitern ambulanter Behandlungsversuche

Ess-Brech-Sucht (Bulimia nervosa): Bei dieser Essstörung sind die Betroffenen meist normalgewichtig. Sie haben ein unkontrolliertes Verlangen nach Essen (Heißhunger), erbrechen das Essen anschließend aber wieder, um ihr Gewicht zu reduzieren. Für beides schämen sie sich und verheimlichen oder verleugnen das Erbrechen. Manche nehmen hierzu auch Abführmittel oder Entwässerungstabletten ein, halten sich an eine strikte Diät oder machen exzessiv Sport. Auch diese Störung wird überwiegend bei jugendlichen Mädchen und jungen Frauen beobachtet und wird von der krankhaften Angst begleitet, dick zu werden. Anders als Magersüchtige verspüren sie von Anfang an einen großen Leidensdruck. Weitere häufige Merkmale sind Gewichtsschwankungen, innere Leere, niedriges Selbstwertgefühl, Angst, Wut, innere Spannungen, Müdigkeit, Muskelkrämpfe, Herzrhythmusstörungen infolge des Flüssigkeitsverlustes oder auch Zahnschäden und Verätzung des Rachens und der Speiseröhre infolge von erzwungenem Erbrechen.

TABELLE 7

Merkmale einer Ess-Brech-Sucht und Ansatzpunkte für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung (nach ANAD o. J.)

Psychische Symptome

- | andauernde Beschäftigung mit Essen
- | Heißhungerattacken, heimliche Essattacken
- | gewichtsregulierende Gegenmaßnahmen, wie selbst herbeigeführtes Erbrechen
- | krankhafte Angst, dick zu werden
- | häufig zuvor an Magersucht erkrankt

- | Konzentrationsprobleme
- | Schamgefühle

Körperliche Symptome

- | meist normales Gewicht
- | Entzündung der Bauchspeicheldrüse
- | Verätzung des Rachens und der Speiseröhre
- | Zahnschäden
- | Nierenschädigungen
- | Muskelkrämpfe
- | Herzrhythmusstörungen
- | Kreislaufstörungen
- | Verstopfung

Indikatoren für eine stationäre

Behandlung

- | körperliche Komplikationen
- | sehr häufige Heißhungerattacken
- | weitere Störungen der Impulskontrolle
- | selbstverletzendes Verhalten

Essattacken mit Kontrollverlust (Binge Eating): Betroffene dieser Essstörung werden ständig vom Heißhunger heimgesucht. Im Gegensatz zur Magersucht und Ess-Brech-Sucht werden hier jedoch keine Maßnahmen unternommen, das Gewicht zu reduzieren. Essanfälle kompensieren oftmals negative Gefühle wie Trauer oder Schmerz und trösten die Betroffenen für einen kleinen Moment. Innerhalb kurzer Zeit nehmen sie zwanghaft und unkontrolliert große Mengen an Lebensmitteln zu sich. Manche nehmen gar nicht wahr, wie viel sie da essen. Viele neigen zu Übergewicht, träumen aber davon, schlank zu sein, und lehnen ihren Körper ab. Aus Scham essen sie meist heimlich und ekeln sich nach Essanfällen vor sich selbst. Typisch sind außerdem Bewegungsunlust, Müdigkeit, innere Unruhe, Störungen der Atemfunktionen und Kreislaufstörungen. Diese Form der Essstörung tritt am häufigsten im Alter von zwanzig bis dreißig Jahren auf (ANAD o. J.).

TABELLE 8

Merkmale von Essattacken mit Kontrollverlust und Ansatzpunkte für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung (nach ANAD o. J.)

Psychische Symptome

- | hastiges Essen (»Schlingen«)
- | Essen bis zu starkem Völlegefühl
- | Essen großer Nahrungsmengen ohne körperlichen Hunger
- | allein essen aus Scham
- | Ekel über sich selbst
- | Schuldgefühle, Niedergeschlagenheit

Körperliche Symptome

- | ausgeprägtes Übergewicht
- | eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit
- | Kurzatmigkeit, Atemnot
- | Müdigkeit
- | Kreislaufstörungen

Indikatoren für eine stationäre Behandlung

- | Scheitern ambulanter Behandlungsversuche
- | Konflikte innerhalb der Familie
- | Suizidalität

Fettleibigkeit (Adipositas): Hiermit ist eine starke Ansammlung von Fettgewebe im Körper gemeint. Streng genommen wird Fettleibigkeit daher nicht zu den Störungen des Essverhaltens gezählt. Oft schämen sich Betroffene für ihr Übergewicht und ziehen sich zurück. Typ-2-Diabetes, Bluthochdruck, Stoffwechselstörungen und eine Fettleber sind häufige Folgeerkrankungen. Aus diesem Grund ist es wichtig, frühzeitig gegen das Übergewicht aktiv zu werden. Die Gründe für Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind vielfältig. Neben genetischen und hormonellen Faktoren können Bewegungsmangel oder falsche Ernährung eine Rolle spielen. Etwa sechs Prozent der deutschen Kinder sind adipös und leiden darunter, ausgegrenzt zu werden (Universitätsmedizin Leipzig 2018).

TABELLE 9

Merkmale von Fettleibigkeit und Ansatzpunkte für die Notwendigkeit einer stationären Behandlung (nach ANAD o. J.)

Psychische Symptome

- | Essen als Ersatz für fehlende emotionale Zuwendung und als Stressbewältigung
- | Schamgefühle
- | sozialer Rückzug
- | Heißhungerattacken
- | emotionale Probleme

Körperliche Symptome

- | eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit
- | Kurzatmigkeit, Atemnot
- | vermehrtes Schwitzen
- | Gelenkverschleiß
- | Atemaussetzer während des Schlafs (Schlafapnoe)
- | Krampfadern
- | Gallensteine
- | Bluthochdruck
- | Diabetes

Indikatoren für eine stationäre Behandlung

- | Scheitern ambulanter Behandlungsversuche
- | Konflikte innerhalb der Familie
- | Suizidalität

Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?

Esstörungen können sich schon im Kindesalter auf vielfältige Weise zeigen: Manche Kinder verweigern ihr Essen ganz, weitere fixieren sich auf wenige Nahrungsmittel, andere dehnen eine Mahlzeit endlos aus oder wollen nur breiiges oder flüssiges Essen zu sich nehmen. Der Übergang von einem schwierigen Esser zu einem Kind mit Essstörungen ist fließend und nicht leicht zu erkennen. Wenn Sie sich Sorgen machen, fragen Sie Ihren Arzt um Rat.

Kleinkinder (ein bis drei Jahre) sind eher selten von den beschriebenen Essstörungen betroffen. Es können aber sogenannte nicht definierte Essstörungen auftreten. Dazu gehören Schwierigkeiten beim Stillen oder eine Fütterungsstörung (Verdickung des Magenpförtnermuskels), die sich durch sehr wählerisches Essen oder sehr langsames Trinken zeigt. Auch ein dauerhaftes und schwallartiges Erbrechen nach den Mahlzeiten kann auf eine solche Störung hinweisen und führt zu einer Dehydrierung des Körpers. Betroffene Kinder weinen stark und sind gereizt. Bei permanentem Erbrechen können sie ausdruckslos und teilnahmslos wirken.

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre) mit gestörtem Verhältnis zum Essen verweigern häufig die Nahrung: »Ich will nichts essen!« Aufhören sollten Sie auch, wenn Sie als Eltern Druck ausüben müssen, dass Ihr Kind Nahrung zu sich nimmt. Der Kinderarzt kann in solchen Fällen organische Ursachen, wie Kuheiwweißunverträglichkeit, ausschließen. Andere betroffene Kinder essen Unmengen an ungesunden Lebensmitteln, wie Bonbons, Chips oder Pommes. Übergewicht spielt bei Kindern dieser Altersgruppe eine große Rolle. Es kann zu einem Rückzug der Kinder kommen und zu einer starken Gewichtszunahme oder -abnahme.

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre) mit Essstörungen zeigen ähnliche Probleme wie Vorschulkinder. Meist zeigen sich die Symptome hier schon sehr deutlich. Manche Kinder in diesem Alter können bereits ihr Essverhalten kritisch beurteilen und darüber sprechen. Im Alter von elf Jahren sind Mädchen und Jungen ungefähr gleich häufig betroffen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007).

Jugendliche (zwölf bis 18 Jahre) erkranken am häufigsten an einer Essstörung, gerade in der Pubertät ist Magersucht oft zu beobachten. Mädchen sind dabei deutlich häufiger betroffen als Jungen (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2007). Anzeichen können zum Beispiel exzessives Kalorienzählen, eine krankhafte Fixierung auf eine gesunde Ernährungsweise und zwanghafte sportliche Aktivitäten sein.

Wie entstehen Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen?

Die Gründe, warum ein Kind oder ein Jugendlicher eine Essstörung entwickelt, können ganz unterschiedlich sein und es sind in der Regel mehrere. Geben Sie sich als Eltern nicht die Schuld dafür, dies hilft nicht beim Heilungsprozess. Gerade die Pubertät geht mit Findungsphasen einher, zum Beispiel damit, einen eigenen Lebensstil zu entwickeln. Diese Phasen sind für viele junge Menschen nicht einfach und mit Selbstzweifeln verbunden. Aktuelle Schönheitsideale können junge Menschen daher sehr stark beeinflussen und werden oft mit Glück und Unglück verbunden: Menschen, die die Kriterien des Schönheitsideals erfüllen, seien beliebter, erfolgreicher und insgesamt zufriedener. Leistungsdruck, Konkurrenzdenken und Mobbing können ebenso Ursachen einer Essstörung sein wie die Trennung der Eltern oder ein Wohnortwechsel.

Mögliche Risikofaktoren

Biologische Ursachen

- | Einfluss bestimmter Hormone
 - | genetische Disposition
-

Individuelle Ursachen

- | geringes Selbstwertgefühl
 - | Perfektionismus
 - | hoher Leistungsdruck
 - | traumatisierende Erlebnisse
 - | hohes Kontrollbedürfnis
-

Familiäre Ursachen

- | Fehlen von Vorbildern
- | Essstörung oder andere psychische Erkrankung eines Elternteils
- | Ablösungsprozesse zwischen Kind und Eltern
- | Übernahme von zu viel Verantwortung
- | nicht ausdiskutierte Konflikte innerhalb der Familie
- | hohe Leistungsanforderungen der Eltern an die Kinder
- | die Maßregelung der Eltern zur Disziplin
- | fehlende Liebe und Zärtlichkeit, die Kindern zustehen sollten

Soziokulturelle Ursachen

- | extreme Thematisierung von Essen, Figur, Gewicht, Aussehen durch Freundeskreis und Medien
- | Schönheitsideal, das in den Medien verbreitet wird
- | Vergleich zwischen Gleichaltrigen
- | Mobbing

Schützende Faktoren

- | eine gute Beziehung zu den Eltern und den Geschwistern
- | Familienzusammenhalt
- | Rückhalt und Liebe
- | Stärkung des Selbstbewusstseins der Kinder
- | Erklärung, wie Werbung die »Illusion« eines Traumkörpers schafft

Was wir als Eltern tun können

Wenn wir vermuten, dass unser Kind an einer Essstörung erkrankt ist, bestimmen Angst und Verunsicherung unser Verhalten. Wir fühlen uns hilflos, sind traurig, vielleicht enttäuscht oder wütend und wissen nicht, wie wir uns nun verhalten sollen. Versuchen Sie trotzdem, ruhig zu bleiben und nicht zu schimpfen, doch verschließen Sie auch nicht die Augen. Nicht jede Diät endet in einer Magersucht. Wenn aber eine Essstörung vorliegt, geht sie gewöhnlich nicht einfach so vorüber. Als Eltern sind wir meist die Ersten, denen die Veränderungen auffallen. Sprechen Sie das Kind behutsam auf Ihre Beobachtungen an und nehmen Sie sich viel Zeit dafür. Passen Sie dafür einen ruhigen Moment ab. Sagen Sie ihm, wie Sie sich fühlen und was Sie denken. Wahrscheinlich wird Ihr Kind erst einmal leugnen, an einer Essstörung erkrankt zu sein. Lassen Sie sich aber nicht abwimmeln und suchen Sie frühzeitig gemeinsam nach Hilfe.

Hinter Essproblemen verbergen sich meist psychische Gründe, Nöte, Wünsche, Befürchtungen oder »dick machende Gewohnheiten«, die es herauszufinden gilt. Nur so können wir das Problem an der Wurzel packen. Essstörungen können zu schweren gesundheitlichen und lebensbedrohlichen Schädigungen führen. Warten Sie daher nicht zu lange ab. Beziehen Sie auch Ihren Partner oder enge Vertraute ein und überlegen Sie gemeinsam, welche »Esskultur« Sie in der Familie pflegen:

- | Wie sieht unser eigenes Essverhalten aus? Welchen Wert legen wir auf ein gemeinsames Essen in der Familie? Ist es ein gemütliches Beisammensein?

- | Hat mein Kind einen stabilen Freundeskreis oder fühlt es sich einsam? Geht es Hobbys nach?
- | Wirkt mein Kind überfordert? Könnte vielleicht Leistungsdruck oder Stress in der Familie dahinterstecken? Übe ich als Elternteil zu großen Druck auf mein Kind aus? Wie könnte ich ihm den Druck nehmen?
- | Schenke ich meinem Kind genügend Aufmerksamkeit? Fühlt es sich »gesehen«?
- | Wie sieht es mit Schönheitsidealen aus? Spielen sie für mein Kind eine große Rolle und nehmen viel Platz ein? Wie ist meine eigene Einstellung zu Schönheit und Gewicht?
- | Ist das Gewicht meines Kindes kritisch? Wie steht es um seine Gesundheit? Sollten wir ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen?

Meist ist das Problem nicht allein in der Familie zu lösen. Sie können Ihr Kind aber motivieren, sich beraten zu lassen und Hilfe anzunehmen. Erkundigen Sie sich bei Ihrem Kinderarzt, ab wann Untergewicht kritisch wird. Eine leichte Essstörung lässt sich gut mit Ernährungstrainings und einer ambulanten Psychotherapie behandeln. Wohngruppen mit anderen essgestörten Mädchen oder Jungen können eine weitere gute Möglichkeit sein, gerade wenn die Essstörung schon ausgeprägter ist. Einmal die Woche wiegen sich die Bewohner gewöhnlich zusammen, Mahlzeiten werden zubereitet und gemeinsam gegessen und es gibt meist auch gemütliche WG-Abende. Eine Beratungsstelle mit Gruppen für essgestörte Mädchen oder Jungen und eine Reha-Klinik können ebenfalls Besserung erzielen. Dort lernen erkrankte Kinder und Jugendliche, die Gedanken um das Essen zu kontrollieren. Sie können sich mit anderen Erkrankten austauschen und einander Kraft geben. Wenn sehr starkes Untergewicht vorliegt und es lebensbedrohlich wird, ist oft eine stationäre Therapie notwendig.

Wenn Sie Ihr Kind kontrollieren, Druck ausüben oder es drängen, mehr zu essen, werden Sie auf Abwehr stoßen. Vielleicht wird sich sogar Ihr Verhältnis zueinander verschlechtern. Sehr wahrscheinlich wird es sich von Ihnen zurückziehen. Auch wenn es schwer ist, nur zuzusehen: Manchmal ist weniger mehr. Machen Sie Ihrem Kind deutlich, dass Sie es lieben – und dass diese Liebe nicht von Schönheit oder der Figur abhängt. Überlassen Sie den Psychotherapeutinnen und Fachärzten die Lösung des Problems. Als Familie können Sie Regelungen für das gemeinsame Essen treffen und so unterstützen: etwa getrennt zu essen, wenn ein entspanntes gemeinsames Essen nicht mehr möglich ist. Wenn Ihr Kind ständig für andere kochen möchte oder sich fast nur noch in der Küche aufhält, sollten Sie dies ablehnen, um die Krankheit nicht zu unterstützen. Erklären Sie Ihrem Kind aber, warum Sie sich so verhalten. Auch eine gemeinsame Familientherapie kann für Entlastung sorgen.

Essstörungen können schnell das ganze Familienleben beherrschen – gerade für Geschwisterkinder kann dies sehr anstrengend sein. Beziehen Sie daher auch Ihre anderen Kinder mit in das Problem ein und nehmen Sie deren Bedürfnisse und Gefühle wahr. Schenken Sie ihnen ebenfalls Ihre Zuneigung und Liebe. Unternehmen Sie auch einmal als Eltern etwas allein, um neue Kraft zu tanken.

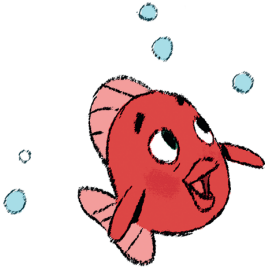
Was Eltern tun können

- | Akzeptieren Sie die Erkrankung.
- | Informieren Sie sich über die Erkrankung.
- | Beziehen Sie Ihren Partner und Ihre anderen Kinder mit ein.
- | Unterstützen Sie die Essstörung nicht und überlegen Sie sich Regelungen in der Familie.
- | Lassen Sie die Erkrankung nicht zum beherrschenden Thema in der Familie werden.
- | Nehmen Sie die Geschwister wahr.
- | Verschließen Sie nicht die Augen.
- | Suchen Sie das Gespräch und beraten Sie Ihr erkranktes Kind, statt zu drängen und zu schimpfen.
- | Gehen Sie behutsam vor und versuchen Sie, ruhig zu bleiben.
- | Sprechen Sie Ihre Wahrnehmungen und die Probleme offen an.
- | Unterstützen Sie die Therapie.
- | Denken Sie auch an sich.

Literatur

- ANAD e.V. Versorgungszentrum Essstörungen (Hg.) (o. J.): Infos zu Krankheitsbildern bei Essstörung. www.anad.de/essstoerungen/krankheitsbilder (14.08.2018).
- BT online (2010): Anorexie. Einführung – Vorkommen – Symptome – Formen – Verlauf – Ursachen – Therapie. www.btonline.de/anorexie/ (14.08.2018).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2007): Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). www.bzga-essstoerungen.de/fileadmin/user_upload/medien/PDFs/Hoelling_Essstoerungen.pdf (25.04.2018).
- Universitätsmedizin Leipzig (Hg.) (2018): Adipositas. Kinder und Jugendliche. www.ifb-adipositas.de/adipositas/kinder-jugendliche (14.08.2018).

Wenn die Worte stolpern – Sprach- und Sprechstörungen



Splutter ist ein aufgeweckter, fröhlicher kleiner Fisch. Er flitzt nur so durch das Wasser, hat Spaß an Abenteuern und ist ein zuverlässiger Freund. Nur wenn er etwas erzählen möchte, schauen ihn alle plötzlich verwundert an. Denn es gelingt ihm nicht, auch nur einen kurzen Satz in einem Rutsch herauszubringen. So sehr er sich auch bemüht: Die Worte stolpern immer nur mühsam aus seinem Mund heraus. Das macht ihn unsicher und traurig.

Sprache macht uns Menschen besonders. Sie ermöglicht uns, mit anderen in Kontakt zu treten, uns auszutauschen und Beziehungen aufzubauen. Doch vom ersten Schrei eines Babys bis zu einem Gespräch unter Freunden ist es ein weiter – und häufig auch schwieriger – Weg. Manche Kinder sind kleine Plappertaschen und ihr Mund steht niemals still. Doch es kann auch sein, dass Jungen und Mädchen sich mit dem Sprechen schwertun. Es gelingt ihnen nicht, Worte richtig auszusprechen, sie vertauschen Silben oder ihr Redefluss ist stockend. Einige benutzen nur sehr wenige Wörter, verstehen nicht, was man zu ihnen sagt, und können selbst keine richtigen Sätze bilden. Manche Kinder wollen mit dem Sprechen erst gar nicht anfangen. Falls Sie Ihr Kind in dieser Beschreibung wiedererkennen, sollten Sie zunächst wissen, dass entwicklungsbedingte Sprachstörungen bei Kindern relativ häufig auftreten. Eine Sprach- und Sprechstörung ist sehr belastend für uns Eltern. Das eigene Kind, gerade mit zunehmendem Alter, in Kommunikationssituationen hilflos zu erleben, ist wie ein Stich ins Herz.

Es kann sehr gut sein, dass Sie sich umsonst Sorgen machen und es sich nur um eine vorübergehende Auffälligkeit handelt. Trotzdem ist es unbedingt notwendig, dass Sie schnellstmöglich mit Ihrem Kinderarzt darüber sprechen. Er wird mit Ihnen und Ihrem Kind das weitere Vorgehen abstimmen.

Welche Sprachstörungen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?

Sprachstörungen können sich auf sehr unterschiedliche Weise zeigen. Eine der am weitesten verbreiteten und auch offensichtlichsten ist das Stottern. Aber es gibt auch eine ganze Reihe anderer Störungen, die die Sprachentwicklung betreffen. Für alle jedoch gilt: Wenn Sie sich Sorgen machen, zögern Sie nicht, einen Arzt auszusuchen.

Sie als Eltern kennen Ihr Kind am besten. Folgen Sie Ihrem Gefühl. Egal ob Sie sich an Ihren Kinderarzt oder an eine Beratungsstelle wenden. Je früher Sie sich Hilfe holen, desto besser für Ihr Kind. Eine zeitnahe Abklärung erhöht die Chance auf eine erfolgreiche Behandlung ganz erheblich. Denn auch wenn Sprach- und Sprechstörungen so gut wie nie Ausdruck einer psychischen Erkrankung sind, so können sie doch für Ihr Kind und damit für die ganze Familie zu einer großen Belastung werden.

Sprachentwicklungsstörungen: Sprachentwicklungsstörungen sind relativ häufig. Etwa sieben bis acht Prozent aller Kinder im Vorschulalter sind davon in der einen oder anderen Art betroffen (Barmer 2016a). Sprachstörungen können die Entwicklung Ihres Kindes beeinträchtigen oder verzögern. Je später die Hilfe kommt, desto weniger gut sind die Aussichten, dass Ihr Kind einwandfrei sprechen lernt. Die Fähigkeit, sich sicher auszudrücken, wird im Leben Ihres Kindes eine wichtige Rolle spielen und bei seiner seelischen Entwicklung unterstützend wirken.

Sie sollten aber auch wissen, dass im zweiten Lebensjahr noch etwa 35 Prozent aller Kinder »späte Sprecher« sind. Die Hälfte von ihnen holt den Rückstand bis zum dritten Lebensjahr auf (Barmer 2016a). Trotzdem ist es notwendig, dass Sie Ihr Kind so früh wie möglich unterstützen. Hilfe finden Sie auch bei verschiedenen Beratungsstellen, wie zum Beispiel den Sozialpädiatrischen Zentren, Frühförderstellen und Sprach(heil)ambulanzen oder bei logopädischen Diensten in Gesundheitsämtern. Auch auf der Website »www.sprich-mit-mir.org« erhalten Sie erste Informationen.

Stottern: Viele Kinder machen öfter Pausen beim Sprechen, wiederholen Wörter oder umschreiben sie. Experten bezeichnen das stockende Sprechen als »Entwicklungsunflüssigkeit«. Von Stottern spricht man, wenn die Kinder älter als sechs Jahre sind und der Redefluss auffällig oft durch Blockaden oder Wiederholungen unterbrochen wird. Etwa fünf Prozent aller Kinder sind davon betroffen, Jungen etwa doppelt so häufig wie Mädchen (Barmer 2016 b).

Diese Sprechstörung beginnt meist im Alter zwischen zwei und fünf Jahren, selten auch noch später. Oft entsteht sie »aus heiterem Himmel« und ohne erkennbaren Anlass. In den meisten Fällen hat das Kind zuvor bereits eine Zeit flüssig gesprochen und die Erwachsenen sind ratlos, weil sie keinen Auslöser für die Sprechstörung erkennen können.

Die gute Nachricht ist: Drei Viertel aller Kinder, die stottern, können bis zur Pubertät wieder flüssig sprechen. Nur bei 25 Prozent entwickelt sich ein dauerhaftes Stottern. Da sich aber bislang nicht vorhersagen lässt, bei welchem Kind dies der Fall

sein wird und bei welchem nicht, empfiehlt sich stets eine frühzeitige diagnostische Abklärung (Bundesvereinigung Stottern und Selbsthilfe e.V.).

Welche Anzeichen können bei Kindern und Jugendlichen auftreten?

Babys (sechs bis 18 Monate) haben in der Regel Freude an der Entdeckung neuer Laute. Mit sechs bis zwölf Monaten sprechen sie Silbenfolgen wie »dada-da« vor sich hin. Etwas später wächst ihr Interesse an Kinderversen und »Hand-Finger-Spielen«. Außerdem zeigen sie mit den Fingern auf Gegenstände, um ihr Gegenüber zu einer Unterhaltung aufzufordern. Wenn Ihr Baby keines dieser Verhalten zeigt, könnte dies ein Hinweis auf eine beginnende Sprachentwicklungsstörung sein.

Kleinkinder (18 bis 24 Monate) erweitern täglich ihre sprachlichen Fähigkeiten. Sie kennen viele Dinge aus ihrer Umgebung beim Namen und können die Wörter richtig aussprechen. Wenn Ihr Kind nur sehr wenige Wörter benutzt und große Mühe bei der Aussprache hat, sollten Sie darüber mit einem Arzt sprechen.

Kleinkinder (24 bis 36 Monate) entwickeln sich zu kleinen Sprachexperten. Sie lassen sich gerne vorlesen, singen Lieder und finden Reime spannend. Wenn Ihr Kind gar kein Interesse an Vorgelesenem hat, nur selten oder nie eine CD hört, es keine fehlerfreien Sätze sprechen kann und auch mit der Aussprache Schwierigkeiten hat, sollten Sie unbedingt unterstützend tätig werden. Manchmal kann das frühe Eingreifen aber auch Druck erzeugen. Seien Sie daher behutsam und achten Sie auf die Gefühle Ihres Kindes. Auch wenn Ihr Kind mit zwei Jahren weniger als zwanzig bis dreißig Wörter spricht, sollten Sie sich an Ihren Kinderarzt oder eine Beratungsstelle wenden. Es sollte unbedingt abgeklärt werden, ob sich Ihr Kind einfach nur mehr Zeit lässt oder ob eine Störung oder Verzögerung vorliegt, die behandelt werden muss.

Vorschulkinder (drei bis sechs Jahre) zeigen besonders häufig Sprachentwicklungsstörungen. Bei folgenden Auffälligkeiten sollten Sie unbedingt mit Ihrem Kinderarzt sprechen: Wenn Ihr vierjähriges Kind wegen seiner Aussprachefehler von anderen nicht verstanden wird. Wenn es deutlich schlechter versteht als gleichaltrige Kinder. Wenn es über mindestens drei Monate anhaltend stottert oder sich so stark wiederholt, dass der Sprachfluss unterbrochen ist.

Schulkinder (sechs bis zwölf Jahre) sind ebenfalls häufig von Sprachentwicklungsstörungen betroffen. Sie sollten unbedingt reagieren, wenn Ihr Kind trotz größter Bemühungen häufig nicht verstanden wird, weil es undeutlich spricht oder

seine Sätze immer irgendwie falsch sind. Auch wenn es nach wie vor einen sehr kleinen Wortschatz hat, jetzt noch stottert oder nach seinem fünften Geburtstag damit angefangen hat, sollten Sie mit Ihrem Kinderarzt darüber sprechen.

Jugendlichen (zwölf bis 18 Jahre) ist im Gegensatz zu Kindern ihre Sprachstörung schon bewusst. Deshalb unterscheidet sich ihr Stottern ganz wesentlich von den »Unflüssigkeiten« bei Kindern. Die Erwartung, zu stottern, ist meist mit starken emotionalen und körperlichen Reaktionen verknüpft, die den Sprechablauf beeinflussen. Die Jugendlichen werden unsicher und stottern stärker. Nicht selten werden sie in der Schule wegen ihres Sprachproblems gehänselt und leiden besonders stark unter der Sprachstörung. Daher ist es unbedingt ratsam, mit ihnen einen Logopäden aufzusuchen, bevor sie sich zurückziehen und sich ihre Leistungen verschlechtern.

Wie entstehen Sprachstörungen bei Kindern und Jugendlichen?

Bei den meisten Sprachstörungen handelt es sich um Sprachentwicklungsstörungen. Ein anderes weit verbreitetes Problem ist die ungewollte Unterbrechung des Redeflusses: Das Kind stottert. Die Ursachen für Sprachentwicklungsstörungen sind vielfältig. Da sind zunächst einmal körperliche Faktoren, die von einem Kinderarzt untersucht werden sollten. Vielleicht kann Ihr Kind nicht gut hören und das erschwert ihm den Zugang zur Sprache. Auch wiederkehrende Mittelohrentzündungen im zweiten und dritten Lebensjahr können das Hörvermögen und damit die Sprachentwicklung erheblich beeinträchtigen. Daher ist es sehr wichtig, dass Sie es frühzeitig untersuchen lassen.

Eine andere mögliche Ursache für Verzögerungen im Spracherwerb könnte darin liegen, dass Ihr Kind zu wenig Anregungen von außen erhält oder sich in einer emotional schwierigen Situation befindet. Aber auch ein – etwa durch einen Unfall verursachtes – Schädel-Hirn-Trauma oder ein Tumor können der Auslöser für Sprachentwicklungsstörungen sein.

Wenn Ihr Kind stottert, werden Sie als Eltern vielleicht nach einem konkreten Grund dafür suchen. Doch den werden Sie vermutlich nicht finden. Denn obwohl viel über die Ursachen des Stotterns geforscht und diskutiert wird, gibt es bislang nur wenige gesicherte Erkenntnisse. Wissenschaftler gehen allerdings davon aus, dass im Durchschnitt siebzig bis achtzig Prozent der Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind stottert, genetisch bedingt sind. Einflüsse aus der Umgebung scheinen eher eine untergeordnete Rolle zu spielen (Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. o. J.). Dafür spricht auch die Beobachtung, dass es stotternde Kinder überall in der Welt gibt: in Europa und Afrika, im Christentum

und im Islam, in einer Blechhütte und einer Villa. Wahrscheinlich ist, dass Stottern aus dem Zusammenspiel dreier Einflussbereiche entsteht: einer Veranlagung zum Stottern, einem Auslöser, der das Stottern auftreten lassen kann, und aufrechterhaltenden Bedingungen, die dafür sorgen, dass das Stottern bestehen bleibt und sich weiterentwickelt.

Mögliche Risikofaktoren

- | genetische Disposition
- | Unfallfolgen oder Krankheit
- | mangelndes Hörvermögen
- | psychische Erkrankungen, wie z. B. eine Depression
- | fehlende aktive Gesprächsangebote
- | fehlende Anregungen, wie z. B. Vorlesen
- | Isolation oder Vereinsamung
- | geringe Eltern-Kind-Zeit

Schützende Faktoren

- | gemeinsame Unternehmungen mit Familie und Freunden
- | Zeit für Gespräche
- | achtsames Beobachten der Sprachentwicklung
- | regelmäßige Teilnahme an den U-Untersuchungen des Kinderarztes

Was wir als Eltern tun können

Je früher Sprachstörungen erkannt werden, desto erfolgreicher wird ihre Behandlung sein. Es ist wichtig, dass zunächst alle körperlichen Ursachen untersucht und ausgeschlossen werden. Wenden Sie sich an Ihren Kinderarzt und suchen Sie dann nach einem Therapeuten, der in Stottertherapie erfahren ist. Er sollte Sie über die verschiedenen Therapieansätze informieren und gemeinsam mit Ihnen entscheiden, nach welchem Ansatz gearbeitet wird. Generell gilt: Je früher ein Kind mit einer Therapie beginnt, umso erfolgreicher erlernt es die Techniken.

Stottern ist kein Symptom einer psychischen Belastung. Einschneidende Erlebnisse – wie zum Beispiel ein Umzug – können allenfalls ein Auslöser für das Stottern sein. Für stotternde Kinder entsteht jedoch eine schwierige Situation, die durchaus psychisch belastend wirken kann. Sie fühlen sich missverstanden, ausgegrenzt, irgendwie anders. Viele von ihnen ziehen sich verunsichert zurück.

Reden Sie mit Ihrem Kind darüber. Erklären Sie ihm, was das Stottern bedeutet, und fragen Sie es nach seinen Gefühlen. Zeigen Sie ihm, dass Sie sich um es kümmern und für Hilfe sorgen werden. Und vor allem: Versuchen Sie nicht so zu tun, als gäbe es das Stottern nicht. Kinder merken sehr früh, wenn etwas nicht stimmt. Wenn sie kein Gegenüber haben, das sie ernst nimmt, erleben sie das als große Verunsicherung ihrer eigenen Wahrnehmung. Das Stottern wird zu einem Tabu. Dies kann dazu führen, dass es stärker wird. Denn häufig hängen die Sprachhemmung und der Gefühlszustand eng zusammen. Sie sollten besser offen, entspannt und ohne Vorwurf ansprechen, wenn Ihrem Kind mal wieder die Worte aus dem Mund stolpern. Konzentrieren Sie sich darauf, was Ihnen Ihr Kind sagen möchte – nicht darauf, wie es dies tut.

Und vor allem: Machen Sie keinen Unterschied zwischen einem stotternden und einem nicht stotternden Kind. Versuchen Sie auf keinen Fall, es vor Kommunikationssituationen zu bewahren. Im Gegenteil! Ermutigen Sie Ihr Kind, an Gesprächen teilzunehmen, und sensibilisieren Sie auch das Umfeld Ihres Kindes (Erzieherinnen im Kindergarten oder Lehrer in der Schule). Verzweifeln Sie nicht, wenn sich innerhalb der Familie keine Besserung zeigt. Manchmal kommt es vor, dass das Kind mit Dritten schon sehr viel besser sprechen kann. Versuchen Sie, keinen Druck aufzubauen. Gerade ältere Kinder finden oft eigene Techniken, mit der Sprachstörung umzugehen, die von außen kaum wahrnehmbar sind. Offen dem Stottern zu begegnen, kann für die Betroffenen sehr entlastend sein.

Was Eltern tun können

- | **Anregungen schaffen, z. B. durch Gute-Nacht-Geschichten**
- | **mit dem Kind viel lesen, Gelesenes besprechen**
- | **Freude am Sprechen und am Lesen spielerisch vermitteln**
- | **dem Kind viel Zeit lassen, wenn es nach Worten sucht, und nicht das Gespräch dominieren**
- | **vor ihrem Kind »laut denken«**
- | **das Kind ermutigen, zu sprechen, und ein sicheres und vertrauensvolles Klima schaffen**

Literatur

- Barmer (Hg.) (2016 a): Immer mehr Sprachstörungen bei Schulkindern. Pressemitteilung. www.barmer.de/presse/presseinformationen/pressemitteilungen/pressearchiv-2016/sprachstoerungen-78642 (14.08.2018).
- Barmer (Hg.) (2016 b): Stottertherapie. www.barmer.de/leistungen-beratung/leistungen/leistungen-a-z/stottertherapie-10140. (14.08.2018).
- Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V. (Hg.) (o. J.): Stottern. www.bvss.de/index.php?option=com_content&view=article&id=3&Itemid=20 (14.08.2018).

TEIL 3

Wo finde ich Hilfe?

Dr. Caroline Trautmann

Was Ihr erkranktes Kind in erster Linie braucht, ist Ihre Liebe und Unterstützung. Hilfreich ist aber auch, wenn Sie ihm möglichst viel Sicherheit geben können. In diesem letzten Teil, dem Serviceteil, informieren wir Sie daher über erste Schritte und Möglichkeiten, wo Sie sich weiter informieren können.

Erste Schritte

Wenn Sie an Ihrem Kind etwas Ungewöhnliches bemerken oder Sie sich unsicher sind, ob es sich auffällig oder »ganz normal« verhält, können Erzieherinnen im Kindergarten, Schulsozialarbeiter oder Lehrer erste Ansprechpersonen sein. Eltern von Schul- und Kindergartenfreunden oder die Freunde Ihres Kindes selbst können wichtige Hinweise dazu liefern, ob sich Ihr Sohn oder Ihre Tochter ungewöhnlich verhält. Der Kinder- oder Hausarzt kann Sie an weitere Anlaufstellen vermitteln. In fast allen großen Städten gibt es zudem Beratungsstellen, an die Sie sich vertrauensvoll wenden können. Fachärzte in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Praxis können herausfinden, ob und welche psychischen Probleme vorliegen und was man dagegen tun kann.

Wo finden Eltern Hilfe?

- | Bei Erzieherinnen, Schulsozialarbeitern, Schulseelsorgern, Schulpsychologinnen und Lehrern
- | In (Erziehungs-)Beratungsstellen
- | Bei der Telefonseelsorge
- | Beim Kinder- oder Hausarzt
- | In kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen
- | In der Selbsthilfe

Erzieherinnen, Schulsozialarbeiter, Schulseelsorger, Schulpsychologinnen und Lehrer

Pädagogische Fachkräfte, wie Vertrauens- oder Klassenlehrer, Schulseelsorger oder Erzieherinnen, verbringen viel Zeit mit den Kindern und Jugendlichen. So können sie starke Veränderungen an einer Schülerin oder einem Kindergartenkind früh bemerken. Natürlich deutet nicht jedes auffällige Verhalten auf eine psychische Erkrankung hin. Eine psychische Störung liegt dann vor, wenn die Kinder und Jugendlichen durch ihr Verhalten in ihrer Entwicklung beeinträchtigt sind und einen hohen Leidensdruck empfinden. Lehrerinnen und Lehrer können sich bei Verdacht an einen schulpsychologischen Dienst oder den Schulseelsorger wenden. Auch für Kinder können Gespräche mit Schulseelsorgern entlastend sein.

Seien Sie offen für solche Gespräche und sehen Sie sie als Hilfe an. Es geht keinesfalls um Schuldzuweisungen oder Vorwürfe, sondern darum, Ihr Kind bestmöglich zu unterstützen. Auch schulische Fördermaßnahmen können sinnvoll sein.

(Erziehungs-)Beratungsstellen

Eine psychische Störung ist in vielen Familien mit Konflikten verbunden. Erziehungsberatungsstellen unterstützen und begleiten Eltern in schwierigen Situationen, um das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen sicherzustellen und ein gutes Aufwachsen in der Familie zu fördern.

In den Beratungsstellen arbeiten Psychologinnen, Sozialarbeiter, manchmal auch Heilpädagogen oder Logopäden, an die Sie sich bei Problemen oder Unsicherheiten wenden können. Die Beratung ist kostenlos, persönlich und vertraulich. Beratungsstellen sind bei freien Trägern wie der Caritas oder bei den Kommunen angesiedelt.

Telefonseelsorge

In einer Krise hilft es, über seine Sorgen und Probleme zu sprechen. Doch bei manchen Themen fällt es uns schwer, mit Menschen zu reden, die uns nahe stehen. Es gibt eine Vielzahl an Hilfsangeboten, bei denen Sie auch anonym mit anderen Menschen in Kontakt kommen können.

Ein wertvolles Angebot ist die Telefonseelsorge. Hier finden Menschen, die in (seelischer) Not sind oder sich in schwierigen Situationen befinden, ein offenes Ohr. Die Telefonseelsorge ist anonym, rund um die Uhr erreichbar und bietet ebenso wie das SeeleFon des Bundesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Hilfe im Chat und per E-Mail an. Unterstützung finden Sie zudem bei der Nummer gegen Kummer e.V., der Dachorganisation des größten, kostenfreien, telefonischen Beratungsangebotes für Kinder, Jugendliche und Eltern in Deutschland.

Kinder- oder Hausarzt

Wenn Ihnen das Verhalten Ihres Kindes ungewöhnlich erscheint, es bedrückt oder niedergeschlagen wirkt oder vermehrt über Bauch- und Kopfschmerzen klagt, ist Ihr Kinder- oder Hausarzt der richtige Ansprechpartner für ein erstes Gespräch. In diesem können Sie beschreiben, was Ihnen Sorge bereitet. Der Kinder- oder Hausarzt kann körperliche Ursachen für die psychischen Probleme Ihres Kindes ausschließen und gegebenenfalls an weitere Hilfestellen, wie an eine Kinder- oder Jugendlichenpsychotherapeutin, verweisen.

Kinder- und jugendpsychiatrische Praxen

Kinder- und Jugendpsychiater sind auf psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter spezialisiert. Sie arbeiten sowohl niedergelassen in Praxen als auch in kinder- und jugendpsychiatrischen Kliniken oder in kinder- und jugendpsychiatrischen Diensten. Dabei stehen sie in engem Kontakt mit unterschiedlichen Berufsgruppen, wie Heilpädagogen, Ergotherapeutinnen oder Sozialpädagogen. Das Spektrum der therapeutischen Angebote variiert je nach Ausrichtung der Praxisinhaber. In der Regel wird die Familie bei Kindern und Jugendlichen eng in die Therapie mit einbezogen.

Leider dauert es manchmal sehr lange, bis man einen Termin bei einer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin oder einem Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie bekommt. Wenn eine Betreuung zu Hause nicht mehr möglich ist, kann eine Tagesklinik oder ein stationärer Klinikaufenthalt, wie bei Anton, eine wertvolle Hilfe sein. In der Tagesklinik wird Ihr Kind tagsüber betreut und schläft im Gegensatz zu einem stationären Aufenthalt zu Hause.

Von Ihrer Krankenkasse können Sie sich eine Liste mit Einrichtungen in Ihrer Region geben lassen. Einen Überblick finden Sie auch unter www.bkjpp.de. Die meisten Krankenkassen haben darüber hinaus gute Informationsbroschüren mit Hinweisen zu unterschiedlichen Erkrankungen und Therapien, unter anderem für die großen Themenfelder »Psychiatrie« und »Psychische Erkrankungen«. Auch über Kostenübernahme von zum Beispiel Verhaltens- oder Psychotherapie können Krankenkassen fachkundig informieren.

Selbsthilfe

In den letzten dreißig Jahren ist die Selbsthilfe als »vierte Säule« des Gesundheitssystems immer wichtiger geworden. Selbsthilfegruppen ergänzen die ärztliche und psychotherapeutische Behandlung. Inzwischen ist ebenso ein nennenswertes Engagement junger Menschen in der Selbsthilfe zu beobachten: www.nakos.de/themen/junge-selbsthilfe.

Selbsthilfegruppen sind nicht nur für die Betroffenen selbst eine Hilfe, auch für Angehörige können sie sehr entlastend sein. Hier können Sie sich mit Menschen austauschen, die sich in einer ähnlichen Situation befinden und vielleicht schon den ein oder anderen Tipp parat haben, wie Sie mit der neuen Situation umgehen können. Es ist ein Treffen auf Augenhöhe und ein wunderbares Miteinander. Die Mitglieder lernen mehr über die Erkrankung, können die Qualität von Gesundheitsinformationen besser beurteilen, finden entsprechende Entlastung sowie Hilfestellungen und können oft zuversichtlicher in die Zukunft blicken. Sie werden mit ihren Sorgen nicht alleingelassen.

Auch für Geschwisterkinder können Selbsthilfegruppen stabilisierend wirken und Trost spenden. Hier kommen sie zu Wort und fühlen sich verstanden und aufgehoben. Es gibt jedoch bislang nur sehr wenige Selbsthilfegruppen speziell für Geschwisterkinder. Ein Ausbau des Angebots ist nur möglich, wenn deren Situation und Bedarfe auch von Therapeutinnen und Ärzten erkannt werden. Die Familie muss stärker als Ganzes in den Fokus gerückt werden.

Folgende Landesverbände bieten bislang Selbsthilfegruppen für Geschwisterkinder an: die Landesverbände Berlin, Hamburg und München. Eine bemerkenswerte Initiative ist das *G e s c h w i s t e r N e t z w e r k*, www.bapk.de/geschwister-netzwerk/ www.GeschwisterNetzwerk.de, das Möglichkeit zum Austausch bietet. Weitere Informationen erhalten Sie über den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. oder über die Landesverbände.

Wichtige Anlaufstellen

Selbsthilfeverbände

TABELLE 10

Kontaktaten zum Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V. und seinen Landesverbänden

Verein / Verband	Telefonnummer	Homepage
Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	0228-71 00 24 00 0228-71 00 24 24	www.bapk.de
Landesverband Baden-Württemberg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	07245-91 66 15	www.lvbwapk.de
Landesverband Bayern der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	089-51 08 63 25	www.lvbayern-apk.de
Landesverband Berlin der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	030-86 39 57 01	www.apk-berlin.de
Landesverband Bremen siehe Niedersachsen		
Landesverband Hamburg der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	040-65 05 54 93	www.lapk-hamburg.de
Landesverband Hessen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.	069-88 30 04	www.angehoerige-hessen.de
Landesverband Mecklenburg-Vorpommern der Angehörigen und Freunde psychisch erkrankter Menschen e.V.	0381-72 20 25	www.lapkmv.de
Arbeitsgemeinschaft der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Niedersachsen und Bremen e.V. (AANB)	0511-62 26 76	www.aanb.de

Verein / Verband	Telefonnummer	Homepage
Landesverband Nordrhein-Westfalen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	0251-52 09 52 2	www.lv-nrw-apk.de
Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Rheinland-Pfalz e. V.	06131-53 972	www.lapk-rlp.de
Landesverband Saarland der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	0681-83 16 82	www.lvapk-saarland.info
Landesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen in Sachsen e. V.	0341-91 28 31 7	www.lvapk-sachsen.de
Landesverband Sachsen-Anhalt der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	0345-68 67 36 0	www.lsa-apk.de
Landesverband Schleswig-Holstein der Angehörigen und Freunde psychisch erkrankter Menschen e. V.	0431-26 09 56 90	www.lvsh-afpk.de
Landesverband Thüringen der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.	036428-1245 6	www.lvapk-thueringen.de

Hilfen bei Depressionen

- Deutsche Depressionshilfe / Stiftung Deutsche Depressionshilfe:
www.deutsche-depressionshilfe.de
- Deutsche Depressionsliga e. V.: www.depressionsliga.de
- Deutsches Bündnis gegen Depression e. V.: www.buendnis-depression.de
- Online-Selbsthilfe für Erwachsene: www.diskussionsforum-depression.de
- Online-Selbsthilfe für Kinder- und Jugendliche: www.fideo.de
- Radio Sonnengrau: www.radiosonnengrau.de
- Robert Enke Stiftung: <https://robert-enke-stiftung.de>
- Sport gegen Depression: sport-gegen-depression.de

Hilfen bei Angststörungen

- | Bundesverband der Selbsthilfe Soziale Phobie e.V.: www.vssp.de
- | Deutsche Angst-Hilfe e.V.: www.angstselbsthilfe.de

Hilfen bei Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörungen

- | AD(H)S Selbsthilfe Community: <http://www.adhs-anderswelt.de>
- | ADHS-Organisation Dachverband Schweiz: www.elpos.ch
- | ADHS-Zentrum: www.adhs-zentrum.de
- | Schweizerische Fachgesellschaft ADHS: www.sfg-adhs.ch
- | Selbsthilfe für Menschen mit ADHS: www.adhs-deutschland.de
- | Zentrales ADHS-Netz: www.zentrales-adhs-netz.de

Hilfen bei Essstörungen

- | Bundesverband Essstörungen e.V./Dick & Dünn e.V.:
www.bundesfachverbandessstoerungen.de

Hilfen bei Sprach- und Sprechstörungen

- | Bundesvereinigung Stottern & Selbsthilfe e.V.: www.bvss.de

Weitere Ansprechpartner

- | Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (BKJPP): www.kinderpsychiater.org
- | Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP):
www.dgkjp.de
- | Irrsinnig Menschlich e.V.: www.irsinnig-menschlich.de
- | Stiftung Achtung! Kinderseele: www.achtung-kinderseele.org
- | Stiftung FamilienBande: www.stiftung-familienbande.de

Zum Weiterlesen

Zur Situation in den Familien

SAMSTAG, F.; SAMSTAG, K. (2017): Wahnsinn um drei Ecken. Eine Familiengeschichte. Köln: BALANCE buch + medien verlag.

Ein nicht alltäglicher und beeindruckend ehrlicher Bericht, der das seelische Erleben von Angehörigen offenlegt.

PEUKERT, R. (2003): Geschwister teilen alles? Eindrücke vom ersten Treffen einiger

Geschwister psychisch kranker Menschen. In: Psychosoziale Umschau 18 (4), S.35 – 37.

PEUKERT, R. (2017): Erlebte, gelebte, erlittene Verantwortung von Schwestern und Brüdern eines psychisch erkrankten Geschwisters. In: Aktion psychisch Kranke; WEISS, P.; HEINZ, A. (Hg.): Verantwortung übernehmen. Verlässliche Hilfen bei psychischen Erkrankungen. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 168 – 190.

Depressionen bei Kindern und Jugendlichen

BACKHAUS, A. S.; LINKE, R. (2018): Molly und das große Nichts. Ein Bilderbuch über Leben- und Nicht-leben-Wollen. Köln: BALANCE buch + medien verlag.

GROEN, G.; IHLE, W.; AHLE, M. E.; PETERMANN, F. (2012): Traurigkeit, Rückzug, Depression. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe Verlag.

GROEN, G.; PETERMANN, F. (2011 a): Depressive Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe Verlag.

GROEN, G.; PETERMANN, F. (2011 b): Wie wird mein Kind wieder glücklich? Praktische Hilfe gegen Depressionen. Bern: Verlag Hans Huber.

GROEN, G.; VERBEEK, D. (2018): Wieder besser drauf. Ein Ratgeber für junge Menschen zum Umgang mit Stimmungstiefs und Depressionen. Köln: BALANCE buch + medien verlag.

Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen

OMER, H.; LEBOWITZ, E. (2015): Ängstliche Kinder unterstützen. Die elterliche Ankerfunktion. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht Verlag.

REZNICK, C. (2013): Innere Starkmacher. Wie Kinder Stress und Angst in Freude und Selbstvertrauen verwandeln. Mit Schritt-für-Schritt-Anleitungen für alle Altersstufen. München: Kösel Verlag.

- SCHMIDT-TRAUB, S. (2015): Selbsthilfe bei Angst im Kindes- und Jugendalter. Ein Ratgeber für Kinder und Jugendliche, Eltern und Erzieher. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- SCHNEIDER, S.; BORER, S. (2006): Nur keine Panik! Was Kids über Angst wissen sollten. Basel: Karger Verlag.
- SCHÜLER, D. (2011): Schüchterne Kinder stärken. Wie sie Ängste überwinden, ihre Gaben entdecken und die Persönlichkeit entfalten. Seeheim-Jugenheim: amondis Verlag.

Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung (ADHS) bei Kindern und Jugendlichen

- Barmer GEK (Hg.) (2013): BARMER GEK Arztreport 2013. www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztberichte/report-2013-38438 (01.09.2018).
- BISCHKOPF, M.; BISCHKOPF, J. (2015): Diagnose ADHS. Alternativen für eine Schulzeit ohne Psychopharmaka. Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- DÖPFNER, M.; FRÖHLICH, J.; WOLFF METTERNICH, T. (2007): Ratgeber ADHS. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- FREUDIGER, A. (2015): Mein großer Bruder Matti. Kindern ADHS erklären. Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- RIETZLER, S.; GROLIMUND, F. (2018): Erfolgreich lernen mit ADHS. Der praktische Ratgeber für Eltern. Bern: Hogrefe Verlag.

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- BRYANT-WAUGH, R.; LASK, B. (2008): Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Rat und Hilfe für Eltern. Bern: Verlag Hans Huber.
- FREUDIGER, A. (2014): Eine Tütü-Torte für Elise. Kindern Magersucht erklären. Köln: BALANCE buch + medien verlag.
- PAULI, D. (2005): Ratgeber Magersucht. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- VERBEEK, D.; PETERMANN, F. (2015): Essstörungen bei Jugendlichen vorbeugen. Auffälliges Essverhalten erkennen und handeln. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Sprach- und Sprechstörungen bei Kindern und Jugendlichen

- Barmer GEK (Hg.) (2012): BARMER GEK Arztreport 2012. www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztberichte/report-2012-38426 (01.09.2018).
- STENGEL, I. (2000): Sprachschwierigkeiten bei Kindern. Wie Eltern helfen können. Stuttgart: Klett-Cotta Verlag.
- SUCHIDELETZ, W. (2013): Ratgeber Sprech- und Sprachstörungen. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Weiterführende Informationen und Beratungsangebote

- | www.barmer.de Suchfunktion: Krankheiten a–z. Das Lexikon informiert umfassend über Ursache und Behandlung verschiedener Erkrankungen.
- | www.bella-study.org Befragung zum seelischen Wohlbefinden und Verhalten von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (BELLA-Studie).
- | www.bke.de Viele Beratungsangebote der Bundeskonferenz für Erziehungsberatung für Eltern und Jugendliche, Adressen von Beratungsstellen, moderiertes Forum, Chats.
- | www.bptk.de/service/therapeutensuche.html Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden über die Bundespsychotherapeutenkammer.
- | www.frnd.de Freunde fürs Leben: Informationen über Suizidalität und Depression mit viel Anschauungsmaterial, auch für Schulen (einschließlich Unterrichtsmaterial für Lehrerinnen und Lehrer).
- | www.gefuehle-fetzen.de Angebot der Bundespsychotherapeutenkammer: Informationen zu belastenden Gefühlen von Jugendlichen, z.B. Traurigkeit, und den Umgang damit; Adressen und Kontakte.
- | www.kiggs-studie.de Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland des Robert Koch-Instituts.
- | www.kinderpsychiater.org/praxen-kliniken-ambulanzen/ Praxen, Ambulanzen und Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie finden.

- | www.mutes.de Muslimisches Seelsorgetelefon: 030 443 509 821 (08:00 bis 24:00 Uhr).
- | www.nethelp4u.de Evangelische Jugend Stuttgart; E-Mail-Beratung von Jugendlichen für Jugendliche.
- | www.nummergegenkummer.de Telefon: 116111; telefonische Beratung und Beratung per E-Mail für Kinder und Jugendliche von professionellen Beratern oder von Jugendlichen für andere Jugendliche; auch telefonische Beratung für Eltern.
- | www.telefonseelsorge.de Deutschland: 0800 111 0 111, Österreich: 142, Schweiz: 143 (für 20 Rappen pro Anruf aus dem Festnetz).
- | www.u25-deutschland.de Arbeitskreis Leben Freiburg und Caritasverband; Informationen und Online-Peerberatung für junge Menschen unter 25 Jahren in Krisen und bei Suizidalität.
- | www.youth-life-line.de Youth-Life-Line im Arbeitskreis Leben; Online-Beratung von trainierten Gleichaltrigen (Peers) in Krisen und bei Suizidalität; die jugendlichen Beraterinnen und Berater werden von Fachkräften begleitet.

BApK e.V. (Hg.)

Die Wunschperle

Das Begleitbuch für die Familie

2. Auflage 2019

BALANCE buch + medien verlag

ISBN: 978-3-86739-922-7

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Redaktion

Teil 1: Prof. Dr. Reinhard Peukert, Gründungsmitglied des GeschwisterNetzwerk.de

Teil 2 und Teil 3: Dr. Caroline Trautmann, Geschäftsführerin des BApK e.V.

E-Mail: trautmann.bapk@psychiatrie.de

BARMER Produktenwicklung, Versorgungsmanagement, Prävention,

Team Prävention und Gesundheitsinformation

Jens Krug, Fachreferent für Selbsthilfeförderung | E-Mail: jens.krug@barmer.de

Daniela Beerens, Fachreferentin für Gesundheitsinformation und Prävention | E-Mail: daniela.beerens@barmer.de

Illustrationen: Uwe Heidschötter, Berlin

Druck und Bindung

Westermann Druck Zwickau GmbH, Crimmitschauer Str. 43, 08058 Zwickau

Alle Angaben wurden sorgfältig zusammengestellt und geprüft. Dennoch ist es möglich, dass Inhalte nicht mehr aktuell sind. Bitte haben Sie deshalb Verständnis, dass wir für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts keine Gewähr übernehmen können. Für Anregungen und Hinweise sind wir stets dankbar.

Das Buch »Die Wunschperle. Das Begleitbuch für die Familie« wird im Rahmen der Selbsthilfeförderung nach § 20 h Sozialgesetzbuch V finanziert durch die BARMER. Sie hat die Förderfähigkeit geprüft und anerkannt. Gleichwohl ist für die Inhalte und Gestaltung im Einzelnen der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. (BApK) verantwortlich. Aus der Lektüre können zudem keine Gewährleistungs- oder Leistungsansprüche gegenüber der Krankenkasse erwachsen. Auch müssen einzelne Maßnahmen, Inhalte oder Meinungen in dem Buch nicht immer den Standpunkt der BARMER widerspiegeln. Dieses Buch ist kostenlos zu beziehen über den Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V. Ein Verkauf durch Dritte ist nicht gestattet.



**familien selbsthilfe
psychiatrie**
Bundesverband der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e.V.

BARMER

© BApK und BARMER 2019. Alle Rechte vorbehalten.

Ein Wegweiser für die Familie

Wenn ein Kind psychisch erkrankt, steht das ganze Familienleben auf dem Kopf. Das erkrankte Kind braucht von uns Eltern meist ganz besondere Zuwendung und Unterstützung. Aber auch die Geschwisterkinder kämpfen mit der neuen Situation und benötigen unsere Aufmerksamkeit.

Welche Auswirkungen eine psychische Störung haben kann, zeigen wir in dieser Elternhilfe anhand von Beispielen aus »Die Wunschperle« ganz konkret. Das Buch will Sie durch die schwierige Zeit begleiten, bietet Gesprächsimpulse und Orientierung. Wir geben Ihnen allererste Antworten und helfen Ihnen dabei, sich an richtiger Stelle Hilfe zu holen.



**familien selbsthilfe
psychiatrie**

Bundesverband der Angehörigen
psychisch erkrankter Menschen e.V.

BARMER



ISBN 978-3-86739-922-7