

Für „störungsabhängige Diagnostik“ statt einer „schulabhängigen Indikation“

Beim Symposium der Arbeitsgemeinschaft „Arzt und Lehrer“ des Hartmannbundes zum Thema „Ängste und Phobien bei Kindern und Jugendlichen“ waren von Psychotherapeuten und Psychiatern auch selbstkritische Töne zu hören.

von Frank Naundorf

Nein, sie will nicht. Krampfhaft klammert sich die 17jährige an ihre Mutter. Arzt und Pfleger reden auf sie ein: sie solle doch loslassen, nichts werde passieren. Vergebens. Zeit verrinnt, Nerven liegen blank. Jetzt ziehen sie, immer fester. Doch die Angst vor der Trennung läßt das Mädchen alle Kraft mobilisieren. Hektik. Plötzlich ergreift sie die Hand des Arztes, im Glauben, es sei die der Mutter. Sie realisiert den Irrtum – und beruhigt sich.

Jeder 20. Jugendliche hat Angststörungen

In diesem Moment habe das Mädchen erkannt, so Dr. med. Michael Schulte-Markwort, Leitender Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie im Hamburger Universitätskrankenhaus Eppendorf, daß sie die Trennung von der Mutter überstehen kann. Ein erster Schritt auf dem Weg zur Überwindung der Angst. Und ein dringend notwendiger, denn monatelang sei das unter Schulphobie leidende Mädchen kaum zur Schule gegangen.

Angsterkrankungen, vor allem generalisierte Angst- und Panikstörungen sowie Phobien, sind bei Kindern und Jugendlichen mindestens so häufig wie bei Erwachsenen, so Dr. phil. Gerhard Niebergall, Leitender Psychologe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Philipps-Uni-

versität Marburg. Er war einer der Referenten bei dem Symposium.

Eine in Marburg unter 3.000 Schülern durchgeführte Untersuchung habe gezeigt, daß fünf bis sechs Prozent der Jugendlichen akut angstgestört seien, knapp ein Prozent unter Schulphobie litt, sagte Niebergall. Andere epidemiologische Studien zur Verbreitung von Angsterkrankungen kämen aber zu teilweise stark abweichenden Ergebnissen, was primär definitorisch bedingt sei. Daher sei eine statistisch abgesicherte Aussage darüber, ob Angststörungen bei Schülern und Jugendlichen in den letzten Jahren zugenommen hätten, nicht möglich.

Jedoch berichtete Dr. med. Gernot Blum, Neurologe und Psychiater aus Mönchengladbach, daß er während seiner 25jährigen Tätigkeit als niedergelassener Arzt eine deutliche Symptomverschiebung beobachtet habe: Während die Zahl der Patienten mit Depressionen abnehme, steige die Zahl der Angstgestörten stetig.

Ängste artikulieren sich in der Schule

In der Regel sei die Schule der Ort, an dem sich die Ängste artikulierten – durch Lernschwächen, auffälliges Verhalten oder Fernbleiben, so Dr. med. Dipl.-Psych. Rainer Georg Siefen, Leitender Arzt der Westfälischen Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in der Haard in

Marl. Wichtig sei die enge Kooperation der verschiedensten Institutionen und Berufsgruppen. Er appellierte an die Lehrer, die Eltern gestörter Kinder zu ermutigen, diagnostische und gegebenenfalls therapeutische Hilfe zu suchen. Diese fänden sie bei niedergelassenen Ärzten, Psychologen und Beratungsstellen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Ambulanzen.

Die Mediziner und Psychologen könnten mittels psychodiagnostischer Verfahren feststellen, ob im konkreten Fall Schulangst, Schulphobie oder Schulverweigerung vorliege. Dabei sei

- die Schulverweigerung, das heißt das Fernbleiben von der Schule, oft eine Reaktion von sexuell mißbrauchten oder geschlagenen Kindern,
- die Schulangst dagegen ausgelöst durch konkrete Ängste, etwa vor Leistungsanforderungen, Kontakten oder Ablehnung,
- die Schulphobie ein Synonym für Trennungsangst, was häufig auf überprotektive Verhaltensweisen der Eltern zurückzuführen sei und insbesondere Einzelkinder betreffe.

Siefen sagte, daß die verschiedenen Ausprägungen von Angststörungen wesentlich vom Alter abhingen. So wichen Ängste der Kleinsten vor Gespenstern, Räubern, wilden Tieren, vor Trennung und Alleingelassenwerden mit zunehmendem Alter Kontakt-, Schul- und Zukunftsäng-

sten, Panikattacken und Selbstwertunsicherheiten.

Jungen werden häufiger behandelt

Angststörungen seien aber auch ein geschlechtsspezifisches Phänomen, betonte Dr. rer. soc. Anne Maria Moeller-Leimkühler von der Forschungsstelle für Psychiatrische Soziologie der Rheinischen Landes- und Hochschulklinik in Düsseldorf. Sie wies darauf hin, daß Angststörungen bei Mädchen häufiger seien als bei Jungen, sich aber in den Kliniken zwei Drittel Jungen befänden.

Als Ursache für dieses signifikante Fehlen von Mädchen in den Klinikpopulationen lasse sich ein unterschiedliches Inanspruchnahmeverhalten der Eltern vermuten. Da Ängstlichkeit bei Jungen nicht zum geschlechtstypischen Rollenverhalten gehöre, werde eher professionelle Hilfe gesucht als bei Mädchen. Denn bei diesen gelte ängstliches Verhalten als rollenkonform und werde deshalb kaum als Krankheitssymptom bewertet.

Die geschlechtstypischen Rollenerwartungen würden im Laufe der Sozialisation im Kindes- und Jugendalter verinnerlicht. Dabei umfasse das weibliche Rollenstereotyp Eigenschaften wie Passivität, Nachsichtigkeit, Selbstunsicherheit und Ängstlichkeit. Das männliche Stereotyp dagegen zeichne sich aus durch sozial höher bewertete Eigenschaften, durch Aktivität, Unabhängigkeit, Selbstsicherheit und Durchsetzungsfähigkeit.

„Angst entsteht, wenn ein Konflikt nicht bewältigt werden kann“, sagte Moeller-Leimkühler. So hingen Angst und Problembewältigungskompetenz unmittelbar zusammen. Die traditionelle Frauenrolle aber vermittele geringere Möglichkeiten für instrumentelle Bewältigungsstrategien. Deswegen reagierten Frauen auf schwere Belastungen im Alltag eher als Männer mit Hilflosigkeit und Angst. Die Entwicklung einer Angststörung könne aus dieser Perspektive als ein „typisch weiblicher Bewältigungs-



Mediziner und Psychologen können mittels psychodiagnostischer Verfahren feststellen, ob es sich im konkreten Fall um Schulangst, Schulphobien oder Schulverweigerung handelt.
Bild: De Lossy/The Image Bank

versuch“ verstanden werden, der gleichsam „das Weiblichkeitsschema bis ins Extrem steigert“.

Moeller-Leimkühler forderte, daß in der Analyse von Angststörungen die Kategorie Geschlecht daher nicht länger allein als biologische Variable betrachtet werden dürfe. Vielmehr sei das soziale Geschlecht (gender) zu berücksichtigen.

Folgt Therapieform der Ausrichtung des Therapeuten?

Auf die „gängige Praxis der Psychotherapie“ zielte die Kritik des Hamburger Kinder- und Jugendpsychiaters Schulte-Markwort. Er bemängelte, daß die angewandte Form der Therapie oft eher von der jeweiligen Ausrichtung des Therapeuten abhängt als vom konkreten Leiden des Patienten. Statt einer „schulabhängigen Indikation“ sei eine „störungsabhängige Diagnostik“ notwendig. Bei spezifischen Phobien zum Beispiel seien verhaltenstherapeutische Verfahren indiziert. Diese würden erfolgreich praktiziert: Durch systematische Desensibilisierung könne 70 bis 80 Prozent der Jugendlichen geholfen werden.

Ist die Konkretisierung einer Störung jedoch nicht möglich, dann müßten andere Therapieformen, namentlich psychoanalytische Verfahren, angewandt werden. Dies ist nach Ansicht von Privatdozent Dr. med. Peter Bräuning vom Westfälischen Zentrum für Psychiatrie in Bochum häufig der Fall. Denn gerade im Bereich der seelischen Leiden gebe es einen hohen Grad an Ko-

Morbidität: So träten vor allem Phobien zusammen mit Zwängen oder Abhängigkeitserkrankungen auf.

Familie in Therapie miteinbeziehen

Blum unterstrich, daß in die Behandlung von Angsterkrankungen, gerade bei Kindern und Jugendlichen, die Familienangehörigen häufig miteinzubeziehen seien. Denn in vielen Fällen müsse eine Änderung der Verhaltensmuster auch der Umgebung des Patienten erreicht werden, um die Therapie erfolgreich beenden zu können. Die Krankenkassen müßten deshalb die Familientherapie als vertragsärztliche Leistung künftig besser fördern, verlangte Blum.

„Nebenwirkungen“ erforschen

Generell sollten Therapeuten mehr als bisher über mögliche „Nebenwirkungen“ von Psychotherapie nachdenken, meinte Schulte-Markwort: „Zwei bis drei Settings pro Woche über einen Zeitraum von zwei Jahren wirken sich natürlich auf die Behandelten und deren soziales Umfeld aus.“ Begleiterscheinungen und Folgen von Psychotherapie seien bislang viel zu wenig erforscht. Vieles werde in der Behandlung getan, obwohl es für den Patienten – körperlich und seelisch – extrem unangenehm sei. Das Handeln werde gerechtfertigt durch die Aussicht auf Verbesserung des zukünftigen Gesundheitszustandes. Doch das Tun von Therapeuten müsse Grenzen haben. Diese gelte es in einer Art „Ethik der Psychotherapie“ zu konkretisieren.