

DIE ZIGARETTE ALS EINSTIEGSDROGE

DGKJP: WER IN JUNGEN JAHREN RAUCHT, KONSUMIERT AUCH HÄUFIGER ALKOHOL, DROGEN UND MEDIKAMENTE

Kinder und Jugendliche, die regelmäßig zur Zigarette greifen, weisen ein deutlich auffälligeres Sozialverhalten als nichtrauchende Gleichaltrige auf. Rauchende Schüler trinken häufiger Alkohol, nehmen mehr Drogen, schwänzen öfter den Unterricht und sind häufiger in Prügeleien verwickelt als Nichtraucher, teilt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) mit.

Das veränderte Verhalten ist unabhängig vom sozialen Status und dem Grad der Schulbildung, wie die DGKJP in einer aktuellen Studie ermittelt hat. Hierzu wurden 985 Mädchen und Jungen von zwei Hauptschulen und einem Gymnasium im Ruhrgebiet befragt. Die Kinder und Jugendlichen waren zwischen 11 und 18 Jahre alt. 76,5 Prozent der rauchenden Gymnasiasten trinken eigenen Angaben zufolge Alkohol, nehmen Drogen oder Medikamente, die nicht vom Arzt verschrieben wurden. Unter den nichtrauchenden Gymnasiasten lag

dieser Anteil bei 17,5 Prozent. Von den rauchenden Hauptschülern konsumierten 50,9 Prozent auch Alkohol und Drogen, aber nur 7,2 Prozent der Nichtraucher.

„Neben dieser engen Beziehung zwischen Rauchen und Alkohol-, Drogen- sowie Medikamentenkonsum

gibt es eine Reihe weiterer Auffälligkeiten, die Raucher von anderen unterscheidet“, erläutert Prof. Gerd Lehmkühl von der DGKJP. Rauchende Jugendliche weisen oft auch sozial abweichendes Verhalten auf. Sehr häufig schwänzen sie die Schule: So versäu-
weiter auf Seite 2



Raucher werden immer jünger

Die Verhaltensmuster von Rauchern an Gymnasien und Hauptschulen sind zwar ähnlich. Erhebliche Unterschiede gibt es jedoch in der Häufigkeit des Rauchens. So greifen laut DGKJP-Studie 7,7 Prozent der 11- bis 13-jährigen Gymnasiasten regelmäßig zum Glimmstängel, aber bereits 20,1 Prozent der gleichaltrigen Hauptschüler. Bei den 14- bis 15-Jährigen liegt der Anteil der Raucher bei 32,4 (Gymnasium) bzw. 44,6 Prozent (Hauptschule); bei den 16- bis 18-Jährigen bei 55,1 bzw. 72,0 Prozent. Insgesamt rauchen 40 Prozent der Hauptschüler und 23 Prozent der Gymnasiasten. Dabei werden die Raucher immer jünger: Das

durchschnittliche Einstiegsalter liegt bei zwölf Jahren. „Rauchende Hauptschüler beginnen durchschnittlich bereits mit 11,2 Jahren zu rauchen, Gymnasiasten dagegen ‚erst‘ mit 12,8 Jahren“, erläutert Prof. Gerd Lehmkühl von der DGKJP. Angesichts der eklatanten gesundheitlichen Folgen – jeder zweite gewohnheitsmäßige Raucher stirbt an den Folgen des Nikotinkonsums – plädiert die DGKJP neben der Gesundheitsaufklärung für ein bundesweites Rauchverbot an Schulen, den Abbau der Zigarettenautomaten und ein Werbeverbot für Zigaretten. Dass solche Verbote Wirkung haben, zeigt das Beispiel Kalifornien: Hier rauchen nur noch 8 Prozent aller Jugendlichen – im Vergleich zu 34 Prozent hierzulande.

PRÜFUNGSANGST: RUND 15 PROZENT DER SCHÜLER SIND BETROFFEN

DGKJP: ELTERN UND LEHRER IN DIE THERAPIE MIT EINBEZIEHEN

Es ist der Alptraum jedes Schülers: Lerninhalte, die beim Abfragen zu Hause noch präsent waren, sind in der Testsituation plötzlich wie weggeblasen. Rund 15 Prozent der Schüler in Deutschland leiden unter Prüfungsangst. Werden auch Eltern und Lehrer einbezogen, kann sie jedoch mit Methoden der kognitiven Verhaltenstherapie erfolgreich behandelt werden, teilt

die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) mit.

„Nicht nur die weite Verbreitung der Prüfungsangst ist problematisch“, betont Dr. Michael Simons von der DGKJP. „Die Betroffenen geraten auch in einen Teufelskreis: hohe Prüfungsangst vermindert die Leistungsfähigkeit

– geringe Leistungsfähigkeit erhöht die Prüfungsangst.“ Entscheidend für die Entstehung der Angst ist aber nicht die Situation an sich, sondern wie der Schü-
weiter auf Seite 2

Aus dem Inhalt

- 3** **Dysmorphophobie: „Hilfe, ich bin hässlich“**
- 4** **Asperger-Syndrom**
- 4** **kjp-Qualitätsprojekt**

Fortsetzung von Seite 1

DIE ZIGARETTE ALS EINSTIEGSDROGE...

men 50 Prozent der Raucher bewusst den Unterricht, jedoch nur 10 Prozent der Nichtraucher. Außerhalb der Schule sind Raucher überdurchschnittlich häufig mit Problemkindern und -jugendlichen zusammen. Daneben stehen Raucher drei- bis viermal so häufig wie Nichtraucher und legen zwei- bis dreimal so häufig Feuer oder zünden. Auch sind sie deutlich aggressiver als ihre nichtrauchenden Mitschüler: Über die Hälfte gehorcht in der Schule nicht; jeder dritte Raucher hat Mitschülern gedroht, sie zu verletzen. Viele von ihnen geraten dann auch tatsächlich in

Raufereien, wobei Raucher doppelt so häufig wie Nichtraucher den körperlichen Angriff selbst starten.

GRUPPENZWANG ENTSCHEIDEND

Entscheidende Bedeutung für das Rauchverhalten hat nach Angaben der DGKJP der Gruppenzwang. Prof. Lehmkuhl: „Öffentliche Verbote und negative Bewertungen des Rauchens im Schulunterricht tragen dazu bei, dass ‚Raucher‘ und ‚Nichtraucher‘ zu Symbolen der Zugehörigkeit zu bestimmten Gruppen werden. Die Raucher repräsentieren dabei die Nicht-Angepassten, also die Oppositionellen, die Nichtraucher dagegen die Angepassten.“ Der Wunsch, einer Grup-

pe anzugehören, dominiert dabei über negative körperliche Erfahrungen wie Übelkeit oder verminderte Leistungsfähigkeit, die sich als Folge von gewohnheitsmäßigem Rauchen einstellen.

Für die schulische Gesundheitsförderung bedeuten die Ergebnisse dieser neuen Studie eine schwierige Aufgabe, so die DGKJP. Raucherprävention dürfe nicht isoliert betrieben werden, sondern müsse darauf ausgerichtet sein, Schüler umfassend und integrativ zu fördern. Prof. Lehmkuhl: „Raucherprävention kann nur als professionell und intensiv betriebene Aufgabe zum Erfolg führen. Hiervon sind wir in Deutschland im Vergleich zu angloamerikanischen Ländern jedoch noch weit entfernt.“

Fortsetzung von Seite 1

PRÜFUNGSANGST...

ler sie bewertet: etwa wenn er die Aufgaben im Vergleich zur eigenen Kompetenz als zu schwierig einschätzt und befürchtet, dass ein Misserfolg besonders unangenehme Konsequenzen hat.

Oft sind es diese negativen Gedanken, die Prüfungsängstliche davon abhalten, sich auf die gestellten Aufgaben zu konzentrieren. Daher sollten die Angstgedanken laut DGKJP in einer kognitiven Verhaltenstherapie angesprochen und auf ihren Realitätsbezug und Wahrheitsgehalt überprüft werden. Verallgemeinerungen wie „Ich kann nichts“ und Katastrophenphantasien wie „Meine Mutter wird es mir nie verzeihen, wenn ich versage“ müssen durch realistischere und angstsenkende Gedanken ersetzt werden: „Ich mache ganz ruhig eins nach dem andern, dann kann ich es schaffen“ oder „Wenn ich durchfalle, geht die Welt nicht unter.“ Darüber hinaus können verschiedene Entspannungsverfahren wie Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Yoga oder Atemübungen hilfreich sein.

FAMILIE UND SCHULE BERÜCKSICHTIGEN

„Die Diagnostik und Behandlung sollte immer auch das familiäre und schulische Umfeld berücksichtigen“, erklärt Dr. Simons. „Kinder, die von ihren Eltern Sätze wie ‚Das schaffst du nicht‘ hören, entwickeln häufig Minderwertigkeitsgefühle und geringes



Prüfungsangst kann zum gefürchteten Blackout führen

Typische Symptome der Prüfungsangst

Prüfungsangst tritt meist nicht erst unmittelbar vor oder während des Tests auf: Oft setzt bereits mit der Ankündigung einer bevorstehenden Prüfung eine allgemeine Anspannung ein. Die körperlichen Symptome äußern sich in Herzrasen, Schwindel, Schweißausbrüchen, Bauch- und Kopfschmerzen, nervösem Durchfall oder Zittern. Die Gefühlsebene ist geprägt von Angst, Resignation, Hoffungslosigkeit und depressiven Verstimmungen. Das Verhalten reicht von Vermeidung der Prüfung, Hinausschieben des Vorbereitungsbeginns bis hin zu ununterbrochenem Lernen, das eher ruhelosem Aktionismus als einer sinnvollen Prüfungsvorbereitung gleichkommt. Dr. Simons von der DGKJP: „Ein bisschen Aufregung ist gar nicht schlecht; ist sie jedoch zu groß, blockiert sie den Zugriff auf gelernte Gedächtnisinhalte. Der Schüler nimmt die Situation als Kontrollverlust wahr, im schlimmsten Fall kommt es zum gefürchteten Blackout. Nach der Prüfung wird ein schlechtes Ergebnis als logische Folge eigener Mängel angesehen, ein Erfolg hingegen als glücklicher Zufall.“

Selbstvertrauen. Schon eine kritische Bemerkung wie ‚Naja‘ zu einer befriedigenden oder sogar guten Note kann das Selbstwertgefühl des Kindes beeinträchtigen. Daher sollte mit den Eltern über das Familienklima und ihre Erwartungen an das Kind gesprochen werden.“ Auch die Gestaltung der Prüfungssituation durch den Lehrer ist von Bedeutung: Dieser kann erhebliche Zweifel in einem Kind nähren, indem er es abwertet oder gute Leistungen mit zynischen Kommentaren wie „Ein blindes Huhn findet auch mal ein Korn“ versieht. Hilfreich ist es, das Kind an seinen individuellen Fortschritten und nicht am durchschnittlichen Leistungsniveau der Klasse zu messen. Dr. Simons: „In der Diagnostik muss genau überprüft werden, ob sich die Ängste auf Lern- oder Leistungsdefizite zurückführen lassen oder nicht. Behauptungen, das Kind sei faul, erhöhen den Druck unnötig. Oft hilft ein gemeinsames Gespräch mit der Familie und der Schule, um das Kind zu entlasten.“

DYSMORPHOPHOBIE: „HILFE, ICH BIN HÄSSLICH!“

WENN DER KÖRPERKULT KRANKHAFT ZÜGE ANNIMMT – DGKJP RUFT SCHÖNHEITSCHIRURGEN ZU MEHR VORSICHT AUF

Sie fühlen sich hässlich und sind überzeugt, dass alle anderen Menschen genauso über sie denken. Sie leben in dem Irrglauben, nur eine Schönheitsoperation könne ihnen helfen. Vor allem Jugendliche zwischen 14 und 20 Jahren sind von der befürchteten Hässlichkeit, der so genannten Dismorphophobie oder auch Schönheitshypochondrie, betroffen. Die Erkrankung, die oft begleitet wird von Depressionen, Essstörungen, Ängsten und Schamgefühlen, bleibt nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) viel zu häufig unerkannt.

„Bei der Dismorphophobie handelt es sich um eine meist stark ausgeprägte psychische Erkrankung, in deren Verlauf sich viele Betroffene vollständig zurückziehen und sogar Suizidversuche unternehmen“, erläutert Dr. Claudia Mehler-Wex von der DGKJP. „Die Patienten beschäftigen sich übermäßig mit ihrem Körper, insbesondere konzentrieren sie sich auf vermeintliche Defekte an Haut, Haaren, Geschlechtsorganen oder im Gesicht. Die Angst, stark entstellt zu sein, ist dabei völlig unbegründet: Andere Menschen können den angeblichen körperlichen Missstand gar nicht oder nur minimal erkennen.“

Bis zu fünf Prozent der Bevölkerung leiden mindestens ein Mal im Leben unter dem Hässlichkeitswahn, besonders junge Mädchen sind von der krankhaften Vorstellung eingenommen, dass sie zum Beispiel zu dicke Beine, einen zu kleinen Busen oder eine schiefe Nase haben und deshalb von allen angestarrt und abgelehnt werden. Sie stehen jeden Tag stundenlang vor dem Spiegel, um ihren Körper zu überprüfen und nach Möglichkeiten

zu suchen, wie der vermeintliche Makel mit Kleidung oder Schminke vertuscht werden kann. In der übrigen Zeit kreisen die Gedanken beinahe ausschließlich um die körperliche Beschaffenheit. Der Alltag bleibt dabei auf der Strecke: Viele gehen aus Angst und Scham kaum noch zur Schule oder zur Arbeit, treffen sich nicht mehr mit Freunden.

Über die Ursachen ist nur wenig bekannt. Eine genetische Veranlagung für psychische Erkrankungen könnte eine Rolle spielen. Geringes Selbstbewusstsein, Hänseleien oder ein traumatisches Lebensereignis können bewirken, dass jemand seinem Äußeren übermäßige Aufmerksamkeit schenkt. „Das in den Medien propagierte Schönheitsideal und die immer größer werdende gesellschaftliche Akzeptanz von ästhetischer Chirurgie tragen ebenfalls zur Entstehung von

Dismorphophobie bei“, betont Dr. Mehler-Wex von der DGKJP.

SCHÖNHEITSOPERATION HILFT SELTEN

Die meisten Betroffenen suchen ärztliche Hilfe – jedoch nicht beim Psychologen oder Psychotherapeuten, sondern beim Hautarzt oder Schönheitschirurgen. Etwa die Hälfte der Patienten hat einer Studie zufolge bereits mindestens zwei dermatologische Behandlungen etwa gegen Haarausfall oder Akne hinter sich oder zwei und mehr Schönheitsoperationen an Nase, Kinn, Brust oder Zähnen. Der Erfolg solcher Eingriffe ist minimal: Nur 23 Prozent der Patienten spürten eine subjektive Verbesserung; oft waren sie unzufrieden mit dem Ergebnis, oder das Empfinden eines Makels verschob sich ein-

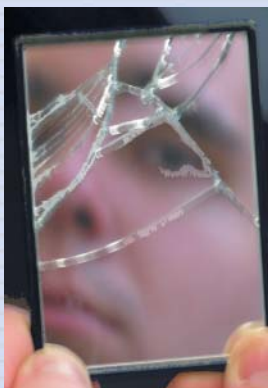


Foto: Johann-Christoph-Winters-Schule

„Doctor Shopping“ und Selbstverstümmelung

Der Begriff Dismorphophobie leitet sich aus dem Griechischen ab („Missgestaltsfurcht“) und wurde bereits 1891 von dem italienischen Psychiater Enrico Morselli geprägt. Doch erst 1987 wurde das Syndrom als eigenständige psychische Erkrankung anerkannt. Viele Patienten unterliegen der wahnhaften, von anderen nicht in diesem Ausmaß nachvollziehbaren Vorstellung, in einem bestimmten körperlichen Bereich derart entstellt zu sein, dass ihnen nur eine plastische Operation helfen kann. Sie ziehen von Arzt zu Arzt („doctor shopping“), bis sie jemanden finden, der sie operiert. Der DGKJP sind Fälle bekannt, bei der sich Patienten die Nase zertrümmerten oder Brustwarzen abschnitten, um den gewünschten Eingriff zu erhalten. Der aggressive Hass gegen sich selbst, begleitet von schweren Depressionen, führt zu Selbstmordgedanken und -versuchen: Etwa ein Prozent der Betroffenen nimmt sich das Leben.

fach auf einen anderen Bereich des Körpers.

„Vor allem bei jungen Mädchen wird die Erkrankung sehr häufig übersehen, weil das wahre Ausmaß der psychischen Belastung meist schamhaft verschwiegen wird“, erklärt Dr. Mehler-Wex. Hier seien kosmetisch-hautärztliche und ästhetisch-chirurgische Einrichtungen gefordert, konkreter nachzufragen und die Patientinnen gegebenenfalls in kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung zu überweisen. Zunächst sollten dort die psychischen und körperlichen Befindlichkeiten geprüft werden, um andere Erkrankungen (Depressionen, Psychosen) auszuschließen. Mit einer intensiven Verhaltens- und Psychotherapie, eventuell begleitet von einer vorübergehenden medikamentösen Unterstützung mit Antidepressiva, kann nach Angaben der DGKJP einem Großteil der Patienten geholfen werden.

WENN KINDER KEINE GEFÜHLE DEUTEN KÖNNEN

ASPERGER-SYNDROM: BIS ZUR DIAGNOSE VERGEHEN IM SCHNITT ACHT JAHRE

Sie sprechen früh und lernen schnell, doch Gefühle, Gestik oder Mimik können sie nicht deuten, soziale Verhaltensweisen müssen ihnen immer wieder erklärt werden. Kinder und Jugendliche mit dem Asperger-Syndrom leiden unter einer besonderen Form von Autismus. Mit individuell ausgerichteten Behandlungsansätzen können die Symptome bei den meisten der etwa 20.000 Patienten in Deutschland gelindert werden, erklärt die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP).

Autismus ist eine Entwicklungsstörung, bei der die Betroffenen völlig in sich gekehrt und isoliert sind. Etwa jeder zweite spricht nicht; viele haben keine Möglichkeit, mit der Umwelt in Kontakt zu treten. „Das Asperger-Syndrom ist eine abgeschwächte Form im Spektrum autistischer Störungen. Es weist jedoch zahlreiche Besonderheiten auf und wird daher nur schwer und oft sehr spät erkannt“, erläutert Prof. Helmut Remschmidt von der DGKJP.

Im Schnitt vergehen acht Jahre, bis die richtige Diagnose gestellt und eine geeignete Therapie begonnen wird. Jungen sind von dem Syndrom etwa achtmal häufiger betroffen als Mädchen.

Im Vordergrund der Beeinträchtigungen stehen ausgeprägte Kontakt- und Kommunikationsstörungen. Zwar lernen die Kinder in aller Regel sehr früh sprechen, verfügen über einen umfangreichen Wortschatz und oft überdurchschnittliche Intelligenz. Trotzdem können sie keine altersgerechten Beziehungen zu anderen Kindern aufbauen. Sie verstehen deren Gefühle, Gesten und Blicke nicht und haben nur ein sehr geringes Einfühlungsvermögen. Dadurch ecken sie häufig an und werden von anderen ausgeschlossen. Motorisch sind sie meist eher ungeschickt und können erst spät Fahrradfahren oder schwimmen. Prof. Remschmidt: „Darüber hinaus zeigen sie oft ein fast besessenes Interesse an speziellen Themen etwa aus Mathematik, Naturwissenschaften oder Geographie. Sie wollen alles darüber wissen und tendieren dazu, das Gespräch darauf

zu lenken. Manchmal sprechen sie sogar wildfremde Menschen auf dieses besondere Interesse an.“

Die Störung hat vermutlich einen genetischen Hintergrund. Oft hat ein Elternteil, meist der Vater, ähnliche Persönlichkeitsmerkmale. Zudem können Hirnfunktionsstörungen und neuropsychologische Defizite eine Rolle spielen. Diese machen sich etwa bei der gestörten visuell-räumlichen Wahrnehmung bemerkbar: Abstände und Geschwindigkeiten werden nicht richtig eingeschätzt, so dass es in der Schule oft zu unbeabsichtigten Rempelen kommt.

Die Behandlung muss laut DGKJP stets die individuellen Besonderheiten jedes einzelnen Patienten berücksichtigen. Sie stützt sich vor allem auf verhaltenstherapeutische Ansätze und das Einüben sozialer Fertigkeiten. Prof. Remschmidt: „Als günstig für den weiteren Verlauf haben sich höhere Intelligenz und gute sprachliche Fertigkeiten erwiesen. Die Betroffenen lernen, mit ihren Problemen umzugehen, wenn sie gelenkt und ihren Fähigkeiten entsprechend gefördert werden.“

NEUES PROJEKT PRÜFT QUALITÄT KINDER- UND JUGENDPSYCHIATRISCHER BEHANDLUNGEN

US-Studien zeigen, dass es wirksame psychotherapeutische und medikamentöse Behandlungsmethoden für die meisten psychischen Störungen bei Kindern und Jugendlichen gibt. Unklar ist laut der DGKJP allerdings noch, in welchem Umfang die Therapien helfen, die in den kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen Deutschlands tatsächlich angeboten werden. Eine Forschergruppe an der Universität Marburg hat daher in Abstimmung mit niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern das „kjp-Qualitätsprojekt“ entwickelt: Mit einem neuartigen System können aussagekräftige Ergebnisse zum Erfolg und Nutzen der Behandlungen gewonnen werden. „Eine wesentliche Rolle spielen dabei telefonische Interviews mit den Eltern der jungen Patienten, die zu verschiedenen Stadien der Behandlung wiederholt werden“, erläutert Prof. Fritz Matthejat von der DGKJP,

einer der Leiter des Projekts. Es wird seit Mai 2004 bundesweit in neun kinder- und jugendpsychiatrischen Modellpraxen durchgeführt, insgesamt werden 1.000 Patienten in die Studie aufgenommen. „Die Einführung des Systems ist sehr gut gelungen“, so Prof. Matthejat. „Es handelt sich um ein kostengünstiges und aussagekräftiges Verfahren, das nicht nur für die Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, sondern auch für andere Bereiche der medizinischen Versorgung attraktiv sein wird.“ Die beteiligten Praxen können die ersten Projektergebnisse nutzen, um ihr Behandlungsangebot weiter zu verbessern. Diese Ergebnisse wurden am 4. Juni 2005 im Rahmen eines Symposiums an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie der Philipps-Universität Marburg vorgestellt. Nähere Informationen hierzu im Internet unter: www.kjp.uni-marburg.de/qs

Impressum

Herausgeber:
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)
Hans-Sachs-Straße 6
35039 Marburg

Verantwortlich für den Inhalt:
Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann

Konzept und Produktion:
impressum Publikation und PR
Hamburg

Pressekontakt:
impressum Publikation und PR
Tel.: 040 - 31 78 64 10
Fax: 040 - 31 78 64 64
E-Mail: info@impressum.de

Die Texte stehen zum Download im Internet:

www.dgkjp.de

Abdruck der Texte honorarfrei bei Angabe der Quelle DGKJP.