

Dr. med. Dörte Stolle

Entwicklungskrisen von Mädchen

iskopress

Copyright © iskopress, Salzhausen
Umschlag: Mathias Hütter, Schwäbisch Gmünd
Druck: Runge, Cloppenburg
2. Auflage 2004

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme
Stolle, Dörte:
Entwicklungskrisen von Mädchen / Dörte Stolle. -
2. Aufl. – Salzhausen : iskopress, 2004
ISBN 3-89403-428-9

Inhalt

Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP)	7
Jessicas Eltern fragen um Rat	7
DIE ENTWICKLUNG VON MÄDCHEN ZWISCHEN 10 UND 20 JAHREN	21
Veränderungen im Körper und im Verhalten	22
Der Wachstumsschub	23
Die erste Regelblutung	23
Brust und Busen.....	24
Sexualität	26
Sexuelle Orientierung	27
Sexualität und Beziehung.....	29
Neue Möglichkeiten im Wahrnehmen und Erleben	31
Abstrahieren – Diskutieren – Argumentieren	32
Andere Wege in der Kommunikation	35
Wer will ich sein? Veränderungen im Selbstverständnis	38
Geschlechtsidentität – Rollenlernen – Rollenverständnis	38
Selbstwahrnehmung – Selbstachtung – Selbstbild	41
Ich-Identität – gesellschaftliche Identitätsnormen	43
Mädchen und Pferde	46
SCHWERE ZEITEN – IHRE BEWÄLTIGUNG	51
Krisen und jugendpsychiatrische Erkrankungen	52
Nikola – Autoritätsprotest, Emanzipationskrise	53
Michaela – Identitätskrise.....	59
Jasmin – Sexualepisode.....	62
Carina – Pubertätsmagersucht	68
Doris – depressive Episode	81

Anja – posttraumatische Belastungsstörung	85
Inga – Drogenmissbrauch.....	90
Wieder ins Gleichgewicht kommen – eigene Stärken entdecken	99
Lisa bewältigt die Angst	99
Julia sorgt für sich selbst	105
Was macht robust und mobilisiert Widerstandskraft?	107
Rituale und Symbole.....	109
MÄDCHEN UND PFERDE, EINE BESONDERE BEZIEHUNG	111
Mein Pferd – meine Adoleszenz und ich	112
Das Pferd als Symbol.....	113
Das Therapeutische Reiten	114
WAS WAR, WAS IST, UND WIE GEHT ES WEITER?	123
Gesellschaftliche Veränderungen	124
Familie, Gruppe und Schule.....	127
Familie	127
Peergroups	132
Schule	133
Berufsplanung	135
Alte und neue Bilder	137
Anhang	148
Literatur	152

Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP)

Mädchen zwischen zehn und zwanzig Jahren wählen in ihrer Reifungszeit nicht nur definierte Gangarten wie Schritt, Trab und Galopp, auch ungestümes Rennen und ruhiges Balancieren charakterisieren das Auf und Ab. Gefährdungen und Chancen gehören in diesen Lebensabschnitt. Eine Zeitspanne, die jedes Kind vor dem Erwachsensein durchlebt, etwas ganz Normales.

Jessicas Eltern fragen um Rat

Jessicas Eltern kommen in die kinder- und jugendpsychiatrische Ambulanz. Ihre fünfzehnjährige Tochter macht Probleme. Die Mutter, modisch gekleidet, 45 Jahre alt und Geschäftsfrau, wirkt angespannt, innerlich beunruhigt. Der Vater, Bauingenieur, 50 Jahre alt, sieht vorsichtig, zurückhaltend und leicht misstrauisch aus. In seinem Gesicht steht die unausgesprochene Überlegung: Warum sollte mir ausgerechnet die Kinder- und Jugendpsychiatrie helfen können? Meine Frau muss immer übertreiben, das Mädchen ist nun wirklich nicht verrückt.

Die Mutter beginnt das Gespräch. Enttäuschung, Sorgen, Ängste sprudeln aus ihr heraus: „Jessica ist in schlechte Kreise geraten. Wenn sie wütend ist und nicht das bekommt, was sie will, haut sie einfach ab, bleibt eine Nacht fern. Wir glauben, dass sie Hasch raucht, die Schule klappt gar nicht mehr. In ihrer Clique sind auch ältere Jungs, wer weiß, was da alles abläuft, wir machen uns große Sorgen. Seit einem Jahr pocht Jessica ständig auf Unabhängigkeit und Selbständigkeit. Eines ihrer geflügelten Worte ist: ‚So ist das eben, wir leben nicht mehr im Mittelalter!‘ In den letzten Wochen hat sie uns nicht mal diesen blöden Spruch gegönnt, nur Muffig-

keit, finsternes Gesicht; sie liegt auf dem Bett rum oder ist überhaupt nicht zu Hause und bleibt auf unbestimmte Zeit weg.“

Jessica sei schon früh sehr eigenwillig gewesen. Bereits als Siebenjährige habe sie darauf bestanden, eine Barbie-Puppe zu haben, letztlich eine vollständige Barbie-Ausstattung. Mit dreizehn war sie der Ansicht, dass es ihr gutes Recht sei, länger als bis 24.00 Uhr in der Disko zu bleiben, und jetzt, mit fünfzehn, wolle sie ein eigenes Pferd, einen eigenen Telefonanschluss und in den Ferien nach Marokko trampeln. Sie fordere ständig, mit anstrengender Ungeduld.

Nach den positiven Seiten Jessicas befragt, berichtet der Vater: „Jessica ist gut intelligent, sie nimmt Rücksicht auf den jüngeren Bruder, und wenn sie von irgendwas überzeugt ist, wie z. B. von Pferden und vom Reiten, dann ist sie hundertprozentig dabei. Ich bin als Vater nicht sicher, ob die Überweisung des Hausarztes in die Kinder- und Jugendpsychiatrie richtig ist. Manchmal denke ich, wir müssen als Eltern einfach diese Zeit durchstehen. Ein Freund hat mir vorgeschlagen, ihr das ersehnte Pferd zu schenken. Im Reitstall seien alle schwierigen Mädchen gut aufgehoben. Aber für ihr unmögliches Verhalten können wir sie ja nicht auch noch belohnen!“ Mit einem nachdenklichen Blick auf seine Frau ergänzt er: „Du hast schon recht, vieles hat sich mit Jessica zugespitzt, nicht nur ihr Kiffen macht uns Sorgen, auch dass sie einfach wegbleibt, ist beängstigend.“

Beide Eltern wirken in ihre Gedanken verloren, bis die Mutter hinzufügt: „Also beim Zahnarzt, da weiß man doch genau, was passiert, auch beim Orthopäden oder Internisten. Aber was wird eigentlich hier gemacht?“

Frau Schmidt, Fachärztin in der Ambulanz, erläutert: „Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) ist in ihrem Kern eine Psychiatrie der Entwicklung. Sie beachtet, dass die Ursachen für Störungen aus vielen Quellen stammen. Ihr Aufgabenfeld ist in starkem Maße mit gesellschaftlichen Einflüssen und Veränderungen verknüpft. Es umfasst die Erkennung, Prävention und

Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter.“

Jessicas Vater ist etwas unruhig geworden. Er unterbricht Frau Schmidt mit den Worten: „Danke, das klingt ziemlich kompliziert. Könnten Sie uns bitte einen Ablauf beschreiben? Wann wird z. B. ambulant behandelt und wann stationär? Es soll ja auch noch ein tagesklinisches Angebot geben?“

Frau Schmidt streicht sich nachdenklich über die Stirn; es ist nicht so einfach, die täglichen Arbeitsabläufe in verständliche Worte zu fassen.

„Die *ambulante Behandlung* steht immer an erster Stelle. In der Regel handelt es sich um Kontakte von ca. einer Stunde. Ich könnte mir gut vorstellen, dass Jessica ambulant zu uns kommt.“

Charakteristisch für die *tagesklinische oder teilstationäre Therapie* ist, dass die jungen Patienten jeden Tag abends wieder bei ihren Eltern sind. Die intensive Zusammenarbeit mit dem Bezugssystem spielt hier eine große Rolle.

Bei *stationärer Diagnostik und Therapie* lebt die Patientin für einen bestimmten Zeitraum, der zusammen mit ihr, den Sorgeberechtigten und den behandelnden Therapeuten abgestimmt wird, auf einer Station der Klinik.“ Frau Schmidt greift nach einer Informationsbroschüre und reicht sie den Eltern. Sie spürt, dass sie besorgte und auch kritische Eltern vor sich hat und fragt: „Ist es Ihnen recht, wenn ich Ihnen unsere stationäre Arbeit etwas ausführlicher beschreibe?“

Beide Eltern nicken, und der Vater ergänzt verlegen: „Es ist leider so, Psychiatrie macht noch immer etwas Angst, wir wissen zu wenig.“

Frau Schmidt beginnt: „Ich war selbst längere Zeit Stationsärztin und habe mein Team zusammen mit einem Diplompsychologen geleitet, unterstützt von einer Diplomsozialpädagogin. Die Berufsgruppe, die am meisten mit der Patientin zu tun hat, setzt sich aus Krankenschwestern und -pflegern, Erziehern und Heilpädagogen zusammen. Außerhalb der Station, also in anderen Gebäuden, ar-

beiten die therapeutischen Dienste, wie z. B. Ergotherapeuten, Heilpädagogen, Musik-, Kunst-, Sprach- und Bewegungstherapeuten.

Alle schulpflichtigen Patienten besuchen unsere Krankenhaus-schule. Sie vermittelt Unterrichtsangebote in allen Schularten und arbeitet mit den jeweiligen Heimatschulen eng zusammen.“

Frau Schmidt sieht Jessicas Mutter an. „Sie sagten mit Recht, eine Karies beim Zahnarzt ist eine ziemlich klare Angelegenheit. Genauso klar sind aus meiner Sicht auch die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Welche Krankheiten behandeln wir? Unsere jüngsten Patienten, Kinder zwischen vier und zwölf Jahren, kommen vorwiegend wegen erheblicher Entwicklungsstörungen im Bereich der sozialen, körperlichen und psychischen Fähigkeiten. Des öfteren liegen Beeinträchtigungen der Konzentrationsfähigkeit vor, verbunden mit gravierender körperlicher Unruhe. Behandelt werden auch Kinder mit ausgeprägten Angstzuständen, schweren Kontaktstörungen oder starken Aggressionen.

Auf den Jugendlichenstationen nehmen wir Patienten bis zum achtzehnten Lebensjahr auf. Einige von ihnen leiden unter akut aufgetretenen schweren seelischen Beeinträchtigungen, bei denen das Erkennen oder Erleben der Wirklichkeit gestört ist, wir sprechen von Psychosen. In psychotherapeutischen Behandlungsgruppen befinden sich auch Jugendliche mit Ess-Störungen, depressiven Reaktionen, schweren Ängsten und Zwängen.

Zunehmend beschäftigen uns Selbstmordversuche von Jugendlichen, dissoziale Entwicklung mit stark aggressivem Verhalten, Delinquenz und Drogenmissbrauch.“

Jessicas Vater hat sehr aufmerksam zugehört. „Wie kommt es zu einer stationären Aufnahme?“

„Angenommen, Sie hätten mit Jessica schon viele ambulante Hilfen in Anspruch genommen. Sie wären in einer Erziehungsberatungsstelle gewesen oder bei einem Kinder- und Jugendpsychiater. Angenommen, Jessica hätte trotzdem „dicht gemacht“, ihren Drogenkonsum verstärkt und nur noch sporadisch gegessen, die

Schule kaum noch besucht – kurz, sie hätte sich auf ihrem „neuen Weg“ verrannt – in einem solchen Fall z. B. kann eine stationäre Behandlung notwendig werden. Der Hausarzt stellt einen Überweisungsschein aus. Unsere Kriterien zur stationären Aufnahme werden von dem Schweregrad der psychischen Erkrankung bestimmt, und natürlich prüfen wir auch, ob alle anderen – ambulanten oder teilstationären – Hilfen ausgeschöpft wurden.“

„Und wie behandeln Sie?“

Frau Schmidt stützt ihr Kinn auf die linke Hand. „Hoffentlich kann ich das so ausdrücken, dass es verständlich ist. Um einem psychisch auffälligen, gestörten oder kranken Kind gezielt helfen zu können, sind zunächst Untersuchungen erforderlich. Dazu gehören die psychiatrische, die körperlich-neurologische und die psychologische Untersuchung einschließlich der Entwicklungs-, Leistungs- und Persönlichkeitsdiagnostik. Notwendig sind ausführliche Erhebungen der Vorgeschichte unter Einbeziehung der Familie sowie die systematische Verhaltensbeobachtung während des stationären Aufenthaltes. Falls der körperliche Befund ergibt, dass weitere neurologische Untersuchungsmethoden notwendig sind, z. B. ein Hirnstrombild oder ein Computertomogramm, führen wir diese hier bei uns in der Klinik durch.

Ein Schwerpunkt unserer Behandlung ist die Psychotherapie. Die Konzepte und Ziele der für uns wichtigsten Therapien möchte ich Ihnen heute nur in Stichworten schildern.

Bei der *tiefenpsychologisch orientierten Psychotherapie* stehen Einsichtsmöglichkeit und Bearbeitung innerer Konflikte bzw. des jetzigen aktuellen Leidens im Vordergrund mit dem Ziel, psychisches Wachstum und die Befreiung von der neurotischen Einengung zu erreichen.

Die *Verhaltenstherapie* geht davon aus, dass Umlernen, Umdenken und Lernen am Erfolg möglich ist. Ihre Methode will u. a. soziale Kompetenz und das Selbstwertgefühl verbessern sowie eine Symptomabschwächung oder -beseitigung erreichen.

Die *Gesprächstherapie* stellt spezielle Techniken der Gesprächsführung in den Mittelpunkt, um inneres Wachstum und Selbstentfaltung zu ermöglichen.

**DIE ENTWICKLUNG
VON MÄDCHEN ZWISCHEN
10 UND 20 JAHREN**

Veränderungen im Körper und im Verhalten

Anna, elf Jahre:

Meine Mutter meint, dass ich in die Pubertät komme, da ich immer aggressiver werde. Ich stelle es mir blöd vor, in die Pubertät zu kommen, aber ich glaube, dass ich da schon ein bisschen drin bin. Ich mag nicht mehr so viel mit Jungs reden. Wenn mich einer nett an-guckt, werde ich auf Garantie rot. Ich will auf keinen Fall, dass jemand ins Badezimmer kommt, wenn ich da grade drin bin. Nach dem, was ich so gehört hab, wird aber alles noch viel schlimmer, ich könnte Pickel kriegen und womöglich einen Frauenbart, was mir schrecklich peinlich wäre. Ganz unangenehm finde ich es auch, wenn die anderen merken, dass man die Regel hat. Ein Mädchen aus meiner Klasse hat auf dem Weg zum Klo ihre Binde verloren, es war schrecklich peinlich, sie wurde von anderen geneckt und ausgelacht.

Mädchen und Jungen bemerken eine Fülle von körperlichen Veränderungen. Die Pubertätsentwicklung ist gekennzeichnet durch ein komplexes Zusammenspiel hormoneller Abläufe auf verschiedenen Funktionsebenen. Die neuropsychologische Grundlagenforschung machte in den letzten Jahren deutlich, wie tiefgreifend die Einflüsse der Sexualhormone auf die Entwicklung des Körpers und des Verhaltens sind. Sexualhormone werden bei Mädchen von den Eierstöcken, bei Jungen von den Hoden und bei beiden Geschlechtern von den Nebennieren ins Blut freigesetzt. Mädchen und Jungen produzieren sowohl männliche als auch weibliche Hormone, allerdings in Verhältnissen und Konzentrationen, die sich für beide Geschlechter und über die verschiedenen Lebensabschnitte hinweg unterscheiden (Springer/Deutsch, 1998).

Die körperlichen Veränderungen in der Pubertät sind sehr komplex, sie sollen hier nur knapp zum allgemeinen Verständnis beschrieben werden:

Der Wachstumsschub

Das plötzliche starke Wachstum springt am meisten ins Auge; zuerst an den Händen und Füßen, dann werden die Arme und Beine länger und zum Schluss der Rumpf. Bei Jungen verbreitert sich die Schulterpartie, bei Mädchen das Becken. Das Gesicht beginnt, seine kindlichen Züge zu verlieren. Bei Jungen kommt es zu einem starken Wachstum des Kehlkopfes und zu einer Verlängerung der Stimmbänder, die Stimmlage wird tiefer. Bei den Mädchen verändern sich Kehlkopf und Stimmbänder deutlich weniger, so dass Mädchen- und Frauenstimmen sich nur wenig unterscheiden. Nach Abschluss des Wachstumsschubes sind Mädchen und Jungen etwa durchschnittlich 30 cm länger als zu Beginn der Pubertät.

Das Fett- und Muskelgewebe verteilt sich bei Mädchen und Jungen unterschiedlich. Bei den Mädchen bilden sich Fettpolster an Hüften, Gesäß und Oberschenkeln. Da Fett eine Reserve für die Belastungen in der Schwangerschaft sein kann, brauchen Mädchen etwas mehr davon. Die Jungen speichern weniger Fett, dieses lagert sich um die Körpermitte herum ab. Bei ihnen entwickelt sich mehr Muskelgewebe als bei den Mädchen (Kohnstamm, 1999).

Die erste Regelblutung

Der Beginn der monatlichen Regel ist für Mädchen das eindeutigs-te biologische Kennzeichen, das den Eintritt in die Adoleszenz und den Abschied von der Kindheit signalisiert. Kognitive, soziale und emotionale Einflüsse spielen bei der Verarbeitung dieses einschneidenden Ereignisses eine besondere Rolle.

Viele Mädchen erleben die Vermittlung von Wissen über die Menstruation durch die Mutter oder durch die Schule als unzureichend. Sie beschreiben, dass sie nicht genügend über die Vorgänge in ihrem Körper aufgeklärt wurden und aus dem Grund die erste

Regel als besonders negativ erlebten. Neben den kognitiven Faktoren spielt auch der soziale Aspekt eine Rolle. Mit dem Vorgang der Menstruation scheint gelegentlich eine kulturell tief verankerte Furcht vor Abwertung verbunden zu sein: „Nun bin ich eine richtige Frau und nicht mehr so viel wert, wie es die Männer sind.“

Die größte Bedeutung besitzt jedoch offensichtlich die emotionale und psychologische Verarbeitung. Der Blick auf die blutige Hose macht Angst. Die Vorstellung, dass das eigene Körperinnere beschädigt sein könnte, ist bedrohlich. Neben dieser Verunsicherung wird dem Mädchen bewusst, dass es kein Kind mehr ist und dass der Wunsch nach Zärtlichkeit und Nähe dem Vater gegenüber eingeschränkt werden könnte. Im Vergleich zur körperlichen „Unkompliziertheit“ des Bruders oder anderer Jungen fühlen sie sich benachteiligt.

Auch wenn heute in den Medien und in der Öffentlichkeit die Menstruation als biologischer Vorgang mehr oder weniger enttabuisiert wurde – so gehört z. B. die Werbung für Tampons und Slip einlagen zum Fernsehalltag wie Werbung für Parfum und Seife –, bleibt beim Mädchen selbst die Erfahrung des monatlichen Blutens eher ein schambesetzter und unerfreulicher Vorgang, der lediglich von der hygienischen Seite her erwähnenswert ist.

Einige Mädchen aber nehmen bewusst wahr, dass sie mit der regelmäßigen Blutung eine besondere Bedeutung erhalten, sie fühlen sich viel stärker als Jungen mit dem rhythmischen Geschehen biologischer Abläufe verbunden. Neues Leben mit dem eigenen Körper hervorbringen zu können, wird von ihnen als eine besondere, gelegentlich auch spirituelle Erfahrung und als Identitätsstärkung erlebt.

Brust und Busen

Das Wachstum der Brüste und die damit verbundene Körperveränderung sehen die meisten Mädchen positiv. Eine runde Brust steht in einem engen Zusammenhang mit der Attraktivität und wird häufig von Jungen mit besonderer Aufmerksamkeit bedacht.

Diese Veränderung zu „mehr Weiblichkeit“ hat jedoch nicht für alle Mädchen die gleiche Bedeutung. Einige beschreiben sie mit großer Distanz: „Brüste sind die beiden Vorwölbungen, die die Milchdrüsen enthalten.“ Diese Mädchen, die sich etwas spröde geben und ihre Gefühle nicht gerne zeigen wollen, möchten lieber eine knabenhafte Figur behalten. Sie wollen ihr Bild vom „Frausein“ nicht über die Brust definieren.

Die Bedeutung, die die einzelne Jugendliche dem Wachstum ihrer Brüste gibt, hängt davon ab, welchen Stellenwert ihr Körperbild innerhalb ihres Selbstbildes besitzt. Diese Einstellung wird zum Teil von der Umgebung, von den Eltern, den Freundinnen, der Jugendgruppe und auch den Medien geprägt. Im Gegensatz zur Menstruation ist die Brustentwicklung für die meisten Mädchen weniger einschneidend. Eine eher sachliche Persönlichkeit entwickelt höchstwahrscheinlich eine gelassene Einstellung, eine sensible mit viel Phantasie kann sich sorgenvolle Gedanken machen, wie sie denn nun am liebsten aussähe, und Mädchen, die ein positives Körperbild besitzen, ihre Rolle als werdende Frau akzeptieren, mögen auch gern die Attraktivität ihres Busens einsetzen, z. B. im spielerischen erotischen Ausprobieren des Annäherns und des Abweisens von Jungen.

Im übertragenen Sinne besitzen die Brüste eine besonders positive Bedeutung. Sie werden mit Ernähren, Erhalten von jungem Leben, Vermitteln von Zärtlichkeit und Geborgensein verbunden. Einige Mädchen spüren, angeregt durch Darstellungen in der Kunst, dass zwischen Brust, Mütterlichkeit, Mutter Natur und Macht eine faszinierende Nähe besteht.

Lena, zwölf Jahre:

Erst Pickel und dann die Regelblutung. Es ist schlimm, wenn man Pickel im Gesicht hat und dann auch noch als einzige in der Klasse. Fast jeder fragt einen: Was hast du denn im Gesicht? Oder: Bist du krank? Und man sagt nur: „Pubertät“ oder so was ähnliches, obwohl die meisten gar nicht wissen, was Pubertät überhaupt heißt. Nach einiger Zeit stellt sich dann auch noch die Regelblutung ein. Für fast jedes Mädchen muss es ein ziemlicher Schock sein, wenn es plötz-