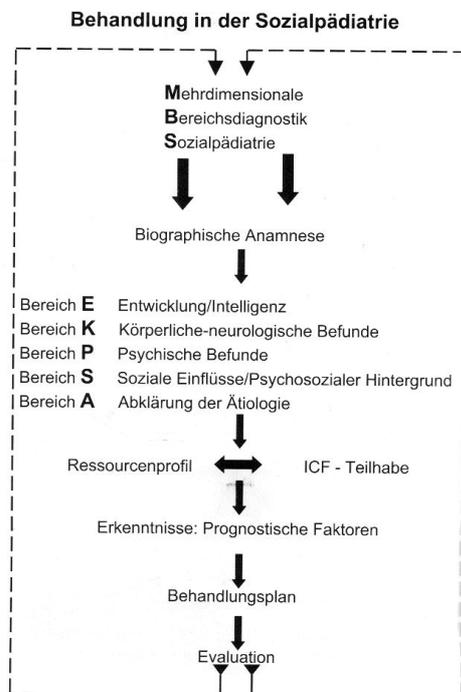




Exemplarischer Krankheitsfall für den Qualitätszirkel „SPZ für chronisch kranke Kinder“

aus dem SPZ der Charité, in dem die organisatorischen Voraussetzungen für die multiprofessionelle Betreuung, z.B. von Kindern/Jugendlichen mit extremer Adipositas, bereits vorhanden sind.

Adipositas



Vorstellungsanlass

Extreme Adipositas (15-jähriger deutscher männlicher Patient), bei Erstvorstellung im interdisziplinären SPZ der Charité: 176 cm, 182 kg, BMI 58,8 kg/m²

Aktuelle psychosoziale Symptomatik: Erfolglose Versuche, Gewicht bei extremer Adipositas zu reduzieren, Ein- und Durchschlafstörungen, (nächtliches) rastloses Umherwandern in der Wohnung, ausgeprägter Interessenverlust, Antriebslosigkeit, exzessiver Medienkonsum (online-Rollenspiele, Spielkonsolen), V.a. Essstörung (Binge-eating Disorder) und Mediensucht.

Biographische Anamnese

Familienanamnese:

Kindsvater (KV) ist seit 2000 von Familie wegen Alkoholabhängigkeit getrennt. Auch bei Kontakten mit Pat. sei der KV alkoholisiert gewesen. Dies habe den Patienten stark belastet, daher gäbe es derzeit keinen regelmäßigen Kontakt mit dem KV. Der KV habe nach Aussage der Kindsmutter (KM) den Pat. „gemästet“, die KM übernimmt keine Verantwortung für die anhaltende Gewichtszunahme des Patienten und überträgt die Verantwortung für seine Gesundheit vollkommen ihrem Sohn. Bis Sommer 2006 habe es jedoch Essanfälle des Patienten gegeben. Die arbeitslose KM spiele zusammen mit dem Patienten Rollenspiele am Computer (jeder in seinem Raum am eigenen PC). Der Patient empfindet diesen Umstand als „Glück“. Die Mutter-Kind-Interaktion erscheint symbiotisch bei unklaren Generationengrenzen.

Eigenanamnese:

Schwangerschaft und Geburt seien ohne Komplikationen verlaufen, die Kindsmutter habe während der Schwangerschaft 20-25 Zigaretten pro Tag geraucht. Der Pat. habe ein Geburtsgewicht von 2800g und eine Körperlänge von 51cm gehabt. Die Meilensteine der Entwicklung seien regelrecht erreicht worden, das Laufen bereits mit 8 Monaten. Mit 13 Monaten habe der Pat. 11,3 kg, im Alter von 5 Jahren bereits 46,3 kg gewogen (frühmanifeste Adipositas). Besonderheiten im Essverhalten hätten aus Sicht der KM nicht bestanden. Im Alter von 2 ½ Jahren sei die Eingewöhnung in eine Kita problemlos verlaufen. Die Großmutter habe den Pat. mittags betreut, der Pat. habe zweimal täglich warme Mahlzeiten mit großem Appetit gegessen.

Vorbehandlungen: 1998 Reha-Klinik- Aufenthalt → Gewichtsreduktion 13 kg, danach erneuter rascher Gewichtsanstieg (ca. 25 kg in 12 Monaten); 1999 einmalige Vorstellung in einem anderen Berliner SPZ, ansonsten keinerlei medizinische Betreuung, kein Kontakt zum Jugendamt bzw. Kinder- und Jugendgesundheitsdienst.

Bereich E Entwicklung/Intelligenz

Im Rahmen der Leistungsdiagnostik ergab sich ein Gesamt-IQ von 88 (HAWIK-III). Bei einem homogenen Leistungsprofil zeigten sich Stärken im Untertest „Symbolsuche“. Während der Testung erschienen die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit alters- und situationsadäquat. Sowohl die Frustrationstoleranz als auch die Impulssteuerungsfähigkeit erwiesen sich als unauffällig. Das Arbeitstempo war angemessen schnell. Bei leichten Anzeichen motorischer Unruhe ließen sich keine Ablenkungsstrategien im engeren Sinne oder eine erhöhte Ablenkbarkeit bei äußeren Störreizen in der Testsituation feststellen.

ICD-10 (Entwicklung/ Intelligenz) Keine Hinweise auf umschriebene Entwicklungsstörung; durchschnittliche Intelligenz (HAWIK III)

Bereich K Körperliche-neurologische Befunde

Diagnostik in der Adipositasprechstunde

medizinische Basisdiagnostik: umfassende Blutuntersuchung, Hormonstatus, Lipidstatus, oraler Glukose-Toleranztest inkl. Insulinkinetik, EKG, Echokardiografie, Grundumsatzmessung + BIA, Ausschluss monogener und syndromaler Adipositasformen, Langzeit-Blutdruckmessung

Multiprofessionelle Adipositasdiagnostik (mit der BABELUGA-Baustellen-Methode): Anamnese und Risikogruppeneinschätzung (mit der ABCD-Checkliste); Erhebung des alltäglichen Ernährungs-, Ess- und Bewegungsverhaltens und der psychosozialen Einfluss- bzw. Belastungsfaktoren.

Die medizinische Diagnostik im interdisziplinären SPZ der Charité ergab eine Insulinresistenz, eine gestörte Glukosetoleranz, eine Hypertonie, erhöhte Harnsäurewerte, eine extreme Akanthosis nigricans, eine Gynäkomastie und eine erhebliche Einschränkung der kardiovaskulären Leistungsfähigkeit.

ICD-10 (somatisch) Adipositas permagna (E66.9)
Metabolisches Syndrom (E88.9)
Akanthosis nigricans (N83)
Striae distensae (L90.6)
Plattfüße (M21.4)
Genua valga (M21.86)
Gynäkomastie (N62)

Bereich P Psychische Befunde

Psychopathologischer Befund bei Erstvorstellung:

Wir sahen einen altersgerecht gekleideten, überwiegend gepflegten Jugendlichen in extrem adipösem EZ, wach, zu allen Qualitäten orientiert; im Kontaktverhalten übermäßig angepasst, kontrolliert bis verschlossen, vermeidet Augenkontakt, spricht verlangsamt mit sehr leiser, brüchiger Stimme, im Verlauf geringfügig zugewandter; Affekt kaum moduliert bei depressiv-hoffnungsloser Stimmungslage und deutlich reduziertem Antrieb. Es ergab sich kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen, Suizidalität oder den Konsum psychotroper Substanzen. Die mnestischen Funktionen sind nicht erkennbar eingeschränkt. Psychomotorisch fällt ein nervöses Augenkneifen auf.

Psychodiagnostik:

Testdiagnostisch ergab sich übereinstimmend mit dem klinischen Eindruck ein erhöhtes Ausmaß an Depressivität (DIKJ, T=65). Die Symptomcheckliste (SCL-90-R) zeigte einen erhöhten Wert auf der Skala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ (T=63), was auf Gefühle persönlicher Unzulänglichkeit und Minderwertigkeit hinweist. Auch im „Sozialphobie- und Angstinventar für Kinder“ (SPAIK) fand sich ein erhöhter Gesamtwert (T=68-73).

Persönlichkeitsdiagnostisch ergaben sich erhöhte Werte auf den Skalen „eigenwillig-paranoid“ (T=66) und „zurückhaltend-schizoid“ (T=62). Unterdurchschnittliche Werte betreffen die Skalen „selbstbestimmt-antisozial“ (T=37), „ehrgeizig-narzisstisch“ (T=27), „spontan-borderline“ (T=39) und „liebenswert-histrionisch“ (T=38).

Interpretation:

Der Patient zeigte deutliche Symptome einer Dysthymia im Sinne einer konstanten oder immer wiederkehrende depressive Verstimmung, wobei keine oder nur sehr wenige Depressionsperioden die Ausprägung einer leichten depressiven Episode erreichen: Verminderte Energie oder Aktivität, Schlafstörung (Einschlafen in den frühen Morgenstunden und nur bei laufendem Fernseher oder PC), Verlust des Selbstvertrauens oder Gefühl von Unzulänglichkeit, erkennbares Unvermögen, mit den Routineanforderungen des täglichen Lebens fertig zu werden, Pessimismus bezüglich der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit sowie sozialer Rückzug und verminderte Gesprächigkeit.

Testdiagnostisch ergeben sich klinische relevante Depressionswerte (DIKJ, YSR) sowie Angststörungen in mehreren Bereichen (PHOKI) bei besonders starker sozialer Ängstlichkeit infolge der gewichtsbedingten Abwertung und Ausgrenzung des Patienten durch Mitschüler.

Das exzessive Computerspielen eines Online-Rollenspiels stellt sich funktional als zunächst erfolgreiche Strategie zur Befriedigung von Grundbedürfnissen (hier: Bindung und Selbstwertsteigerung sowie Kontrolle) dar: Über die Herstellung eines Avatars mit Attributen der Stärke und des Erfolges gelang es dem Patienten schnell, einer der begehrtesten

Mitspieler seiner Gilde zu werden und darüber soziale Anerkennung und positives Rückmeldungen zu erhalten, die ihm im Alltag verwehrt blieben bzw. die er aufgrund der erheblichen Sozialphobie vermied.

Es konnten die Diagnosekriterien einer Binge-eating Disorder nicht zweifelsfrei exploriert werden, dennoch ergaben sich im Verlauf deutliche Hinweise auf das Suchen nach Nahrung in Abwesenheit von Hunger, Essanfälle auf einen negativen Affekt hin und vor allem eine fehlende Bewusstheit während des Essens. Es zeigte sich eine erhebliche (familiäre) Fehlwahrnehmung über die konsumierten Essmengen des Patienten, wie auf Basis des ermittelten Grundumsatzes festgestellt werden konnte. Daher wurde aufgrund der Vermutung eines Essens mit Kontrollverlust die Diagnose einer sonstigen Essstörung gestellt.

ICD-10 (psychopathologisch)

Dysthymia (F34.1)

Sonstige Essstörung (F50.8)

Generalisierte Angststörung (F41.1)

Bereich S Soziale Einflüsse/Psychosozialer Hintergrund

Gegenwärtige Schulsituation/Freizeitverhalten/Entspannung:

Nach Schulwechsel (von der Grundschule auf die Hauptschule) wochenlang jeden Morgen großes Gelächter, wenn Patient Klassenraum betrat. Keine sozialen Kontakte, sozialer Rückzug des Patienten, Schulleistungen eher schlecht. Patient leide unter Lärm in der Klasse, habe Kopfschmerzen. Pat. gehe jedoch lieber zur Schule als in den Ferien zu Hause zu sitzen. (Während der Weihnachtsferien habe er kein einziges Mal die Wohnung ohne dringenden Grund aus Vergnügen verlassen; er sei dort rastlos umhergewandert und hätte keine Beschäftigung gefunden, selbst das Computerspielen sei ihm langweilig geworden.)

Der Patient fühle sich unwohl bei Stille und Dunkelheit, daher liefen die ganze Nacht über PC und Fernseher, zuweile spiele sein erwachsener, arbeitsloser Bruder nachts bei voll aufgedrehten Lautsprecherboxen Videospiele. Gelegentliche Besuche eines Freundes aus der Grundschulzeit werden berichtet.

Die Mutter-Sohn-Beziehung erwies sich als auffällig: „symbiotisch“, hoch kohärent mit unklaren Generationsgrenzen. Sehr häufig zeigte sich die Kindsmutter widerständig in Bezug auf die geplanten Interventionen bei schwankender Einsicht in die Gefährdung des Patienten.

ICD-10 (psychosoziale Umstände)

Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung inkl. Anpassungsprobleme an die Übergangsphasen im Lebenszyklus, atypische familiäre Situation (Z60)

Sonstige Probleme mit Bezug auf die Lebensführung inkl. ungeeigneter Ernährungs- oder Essgewohnheiten (Z72.8)

Kontaktanlässe mit Bezug auf die Ausbildung inkl. mangelnde Anpassung an schulische Anforderungen, Unstimmigkeiten mit Lehrern und Mitschülern (Z55)

Bereich A Ätiologie

Binge-eating Disorder (F50.8)

Mediensucht (Z72.8)

Psychosoziale Belastungssituation (F93.0)

Auffällige Mutter-Sohn-Beziehung (Z60)

Metabolisches Syndrom (E88.9)

Ressourcenprofil

Die Ressourcen des Patienten umfassen seine Veränderungsmotivation, ein Ausbildungsziel, Humor, die Bereitschaft, sich auf eine therapeutische Beziehung mit dem Behandlungsteam einzulassen sowie Hilfen anzunehmen. Im Verlauf der Termine im SPZ zeigte sich eine zunehmende Sicherheit in der Einrichtung (anfangs stand der Patient im Flur, im Laufe der Zeit traute er sich, im Wartezimmer Platz zu nehmen, später waren auch Gespräche ohne Mutter möglich).

ICF-Teilhabe

Ernsthafte soziale Beeinträchtigung

Die extreme Adipositas in Verbindung mit der spezifischen Psychopathologie verhinderte die Teilhabe am alltäglichen Leben bzw. der Erlebniswelt eines sich normal entwickelnden Jugendlichen. Der Patient war in seiner sozialen Kompetenz schwer beeinträchtigt und verfügte nur über sehr spärliche kommunikative Ressourcen im direkten Kontakt. Im virtuellen Raum des Online-Rollenspiels gelang es dem Patienten dagegen sehr gut, soziale Beziehungen aufzubauen und zu gestalten. Es stellte anfangs eine therapeutische Schwierigkeit dar, den Patienten zu überzeugen, dass für eine gedeihliche persönliche wie auch berufliche Entwicklung eine Teilhabe am Alltagsleben und sozialen Kontakten

außerhalb der Wohnung und Familie notwendig ist. Die Kindsmutter ihrerseits zeigte eine deutliche Wahrnehmungsverzerrung und konnte ihren eigenen Anteil an der Entwicklungsbehinderung des Patienten nicht angemessen erkennen.

Erkenntnisse: Prognostische Faktoren

Bedarf: Interdisziplinäre mehrdimensionale SPZ-Betreuung und Aufbau externer Hilfen (Psychotherapie, Jugendamt) (s. Behandlungsplan).

Behandlungsplan (und -verlauf)

Behandlungsplan:

Risikogruppeneinschätzung, Ressourcenabklärung, Motivationsabklärung und -förderung zur Erstellung eines differentiellen, individuellen und interdisziplinären Behandlungsplanes; Ziel, welches in Etappen erreicht werden soll: nachhaltige Veränderung des Ess-, Ernährungs-, Bewegungsverhaltens und des Medienkonsums

Behandlungsverlauf:

Betreuung im interdisziplinären SPZ der Charité seit 12/06; Adipositasdiagnostik; zu Beginn interdisziplinäre Interventionen in 2 bis 6 wöchentlichen Abständen (Arzt, Ernährungstherapeut, Sozialpädagogin, Psychologe/Therapeut), intensive sozialpädagogische Begleitung besonders der Mutter, psychologische Begleitung des Sohnes; Reha-Sport-Verordnung (Sportangebot wurde zunächst nicht und dann nur zögerlich angenommen, konnte später mit Hilfe des Einzelfallhelfers verstetigt werden); Vollstationärer Aufenthalt von 10/07 bis 12/07 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Charité, im Anschluss 3 Wochen teilstationär, danach weiter ambulante Betreuung im interdisziplinären SPZ der Charité: zunächst Installation einer Einzelfallhilfe (01/08) und Anbahnung einer externen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapie; Schwerpunkt der verhaltenstherapeutischen Intervention sind kognitive Techniken (Methoden der kognitiven Umstrukturierung, Selbst-instruktionstraining, Problemlösetraining, Selbstmanagement: Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung) sowie körperpsychotherapeutische Interventionen

Aktuell: interdisziplinäre Interventionen in 4 bis 8 wöchentlichen Abständen (Arzt, Ernährungstherapeut, Sozialpädagogin): mit dem Patienten wurde eine Zielplanung erarbeitet und ein konkreter Therapievertrag vereinbart, dieser wird in enger Kooperation mit Jugendamt und Einzelfallhelfer und dem ambulanten Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten umgesetzt (externe ambulante Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie seit 06/08); außerdem getrennte Gespräche mit Mutter und Sohn (Unterstützung der Autonomiebestrebungen des Sohnes; Planung der Berufsorientierung, regelmäßiger Reha-Sport)

Evaluation

- Verwendung eines adipositasspezifischen mehrdimensionalen, multi-professionellen diagnostischen Tools
- Beurteilung der Änderungen von auxologischen und laborchemischen Parametern in Bezug zu altersentsprechenden Sollwerten
- Regelmäßige Überprüfung der psychosozialen Situation (Schule, Freizeitaktivitäten, regelmäßiger Sport, Alltagsstruktur) und der psychiatrischen Komorbidität (Mutter-Kind-Interaktion; Medienkonsum; unkontrolliertes Essen)