

Qualitätszirkel

„Kinder- und Jugendpsychosomatik in der Sozialpädiatrie“

Zusammensetzung (QZ-Mitglieder)

Dr. Michael Buob, SPZ Ludwigsburg (Leitung)

Dr. Andreas Oberle, SPZ Stuttgart (Leitung)

Dr. Michael Bodensohn (SPZ Traunstein)

Dipl. Psych. Stephan Floß (SPZ Düren)

Dr. Ute Mendes (SPZ Berlin-Friedrichshain)

Dipl. Päd. Tanja Müller (SPZ Neunkirchen)

Dr. Dirk Mundt (SPZ Düren)

Dr. Maya von Stauffenberg (Clementine Kinderkrankenhaus Frankfurt / Main)

Korrespondenz-Adressen:

Dr. med. Michael Buob
Sozialpädiatrisches Zentrum Ludwigsburg
Erlachhofstraße 10
71640 Ludwigsburg
Tel: 07141-996810
Fax: 07141-9968119
mail: michael.buob@kliniken-lb.de

Dr. med. Andreas Oberle
Sozialpädiatrisches Zentrum Olgahospital
Klinikum Stuttgart
Bismarckstraße 8
70176 Stuttgart
Tel.: 0711-27872760
Fax: 0711-27872429
mail: a.oberle@klinikum-stuttgart.de

<u>Inhaltsverzeichnis</u>	Seite
1 Einführung in das Thema	2
2 Grundversorgung	3
3 Standards sozialpädiatrischer Komplexbehandlung	4
3.1 Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik	4
3.2 Interdisziplinäre psychosomatische Behandlung	5
3.3 Verlaufsbegleitung und Rückkoppelung an den Primärarzt	7
3.4 Indikationsstellung, Einleitung und Koordination von speziellen Behandlungsmaßnahmen	7
4 Literatur	8

1 Einführung in das Thema:

Der Begriff „Psychosomatik“ befasst sich mit individuellen Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche. Im engeren Sinne ist Psychosomatik die Lehre von deren Interaktionen und daraus resultierenden Beeinträchtigungen. Sind diese sehr engen Wechselwirkungen, z. B. auf Grund subjektiv erlebter, aber in der Regel unbewusst wahrgenommener Überlastungen aus dem Gleichgewicht geraten, oder drohen sie aus dem Gleichgewicht zu geraten, können sich bei entsprechender Disposition psychosomatische Beschwerden bzw. psychosomatische Störungsbilder entwickeln und im ungünstigen Fall zur Chronifizierung neigen.

Für die Psychosomatik ist ein ganzheitlicher Betrachtungsansatz des Patienten notwendig. Das bio-psycho-sozial-ökologische Konzept steht seit mehr als 50 Jahren bei der Betrachtung von Krankheiten und Beschwerden im Vordergrund: „Gesundheit und Krankheit gehen aus der Interaktion des Individuums mit seiner Umgebung hervor“ (Cierpka 2011). Emotionale Dysregulation bzw. Unreife kann sich in Form von organischen Beschwerden manifestieren.

Die neurobiologische Forschung hat die Einheit von Psyche und Körper nachgewiesen: psychische Prozesse haben direkten Einfluss auf körperliche und kognitive Prozesse und umgekehrt.

Grundsätzlich ist eine Einordnung von psychosomatischen Beschwerden schwierig und kann häufig nur im Einzelfall bestimmten Krankheitsdiagnosen zugeordnet werden.

Hilfesuchende Eltern und ihre an psychosomatischen Störungen leidenden Kinder und Jugendliche benötigen einen vernetzt denkenden und kompetenten Ansprechpartner. Dies ist in der Regel der Kinder- und Jugendarzt. Die Einbindung des nahen Umfeldes ist essentiell. Die

Beschwerden, die an den Kinder- und Jugendarzt herangetragen werden, können sehr vielfältig sein und betreffen meist auch das familiäre oder schulische Umfeld. Oftmals benötigen diese Kinder und Jugendliche eine intensive ärztliche Beratung, häufig aber auch eine psychotherapeutische Intervention. Eine Behandlung der Kinder und Jugendlichen und deren Bezugspersonen durch interdisziplinär arbeitende Therapeuten sind oftmals notwendig. Vor besondere Schwierigkeiten sieht sich der Arzt durch diejenigen Kinder gestellt, die wegen somatisch nicht erklärbarer Symptome mehrfach vorgestellt werden. Besonders bei diesen Kindern werden, so der Stand der Forschung, psychische und psychosomatische Erkrankungen häufig nicht erkannt (Bowman 1993, Häussler 1993, Wildman 1997). Schätzungen der Prävalenz liegen zwischen 10-30% der Patienten in der kinderärztlichen Praxis (Höger 1995), wobei die Prävalenzraten deutlich geringer sind, wenn sie von den behandelnden (hier: US-amerikanischen) Pädiatern selbst eingeschätzt werden (Costello 1992).

Die Minderung des Leidens durch Aufbau von Bewältigungsstrategien mit Hilfe eines mehrdimensionalen Beratungs- und Therapieansatzes ist primäres Ziel der psychosomatischen Behandlung. Es wird versucht symptomauslösende bzw. -aufrechterhaltende Bedingungen vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte und -situation zusammen mit dem Patienten und den Eltern zu erkennen und zu verstehen. Die frühe Erkennung und Behandlung zur Vermeidung bzw. Verminderung von Chronifizierungsprozessen steht dabei im Vordergrund. Das psychosomatische Behandlungsangebot zielt auf eine Krankenbehandlung ab, die sich an der aktuellen bio-psycho-sozial-ökologischen Lebenssituation orientiert.

Diese umfasst folgende Ziele:

- Verständnis für die das Zustandsbild auslösende Bedingungen,
- Vermittlung von Einsicht in pathogene Zusammenhänge (Zwiespältigkeiten, Konflikte),
- Heilung bzw. Symptomverminderung,
- Perspektivenwechsel des Patienten und seiner nächsten Bezugspersonen (Änderung der Lebensweise, Überwindung von Hemmungen, Vermeiden von Konfliktfeldern, Integration der erarbeiteten Strategien in den Alltag, Prophylaxe).

2 Grundversorgung

Die Grundversorgung findet in niedergelassenen Praxen statt. Es werden Kinder und Jugendliche mit unspezifischen und vielfältigen psychovegetativen Beschwerden vorgestellt wie z. B. Kopf-, Glieder- und Bauchschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Schlafproblemen. Eine vorgeschaltete organische Abklärung hat keine relevanten Auffälligkeiten ergeben.

Komplexer psychosomatischer Behandlungsbedarf besteht häufig bei Kinder und Jugendlichen mit depressiven Symptomen, Angstsymptomen und sozial auffälligem Verhalten. Essstörungen

und Konversionsstörungen können ebenfalls zu einer Behandlung führen. Ausscheidungsstörungen wie Enuresis und Enkopresis sind häufig erheblich psychisch überlagert. Bei chronischen organischen Erkrankungen können zusätzlich psychische Probleme auftreten. Ein weiterer Bereich sind Beeinträchtigungen der Verhaltensregulation und der Eltern-Kind-Beziehungen im Säuglings- und Kleinkindesalter.

Das Ausbildungscurriculum „psychosomatische Grundversorgung“, herausgegeben von der Bundesärztekammer (2001), stellt eine Basis für Ärzte ohne psychiatrisch/psychotherapeutische Weiterbildung dar. Es ist primär für den Bereich der Erwachsenenmedizin konzipiert und bedarf einer Adaptation für den Kinder- und Jugendbereich. Des Weiteren besteht die Möglichkeit einer fachspezifischen psychotherapeutischen Weiterbildung.

Bei weitergehenden Fragestellungen im Kindes- und Jugendalter bzw. komorbiden Störungen ist eine sozialpädiatrische Komplexbehandlung oder eine Behandlung bei spezialisierten Kinder- und Jugendpsychiatern erforderlich.

3 Standards sozialpädiatrischer Komplexbehandlung

3.1 Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik

Die Psychosomatik arbeitet mit einem Vulnerabilität-Stressmodell. Sie stellt die individuellen Ressourcen eines jeden Kindes und Jugendlichen und dessen Familie in den Vordergrund. Mehrere Aspekte, welche sich gegenseitig beeinflussen können, werden gleichzeitig erfasst und berücksichtigt (im Sinne einer Stärkung oder Schwächung oder Dysbalance): körperlicher Befund, Ergebnisse medizinischer Untersuchungen, psychopathologischer Befund, Belastungen und Ressourcen in Familie und Freundeskreis und Reaktionen der Familie und peergroup auf die Erkrankung.

Für die erforderliche umfassende Diagnostik, Beratung und Behandlung von psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen bietet die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie (MBS) und die ICF-Klassifikation speziell im Hinblick auf die Trias von kindlichen Verhaltensproblemen, Interaktionsstörungen und elterlichen Überforderungen im Kontext multipler organischer und psychosozialer Belastungen optimale Voraussetzungen. Im Übrigen kann auf die bereits vorhanden sozialpädiatrischen Qualitätspapiere wie z. B.: Psychotherapie in der Sozialpädiatrie, stationäre sozialpädiatrische Behandlung, Behandlung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen, Behandlung von chronischen Kopfschmerzen und Migräne und Ausscheidungsstörungen verwiesen werden.

In der Erhebung der Vorgeschichte interessiert vor allem, wann die Beschwerden auftreten, wie

der Patient, die Familie und das Umfeld darauf reagieren und welche Überlegungen die Eltern selber zu den Ursachen der Beschwerden haben. Es hat sich bewährt, gleich in der Anamneseerhebung herauszuarbeiten, in welcher Form sich das Umfeld und der Patient eine mögliche Entlastung bzw. Lösung vorstellen und wünschen. Entscheidend ist auch zu klären, ob und welche Vorteile sich für den Patienten aus der Problematik ergeben (z. B. Aufmerksamkeit suchendes Verhalten, Entlastung und Verlagerung der eigentlichen primären Problematik). Bei der Exploration sollte immer der Versuch unternommen werden, zu eruieren, ob weniger bewusste Konflikte eine Rolle spielen (z. B. Trennungsabsichten der Eltern) und ob ggf. ein Modelllernen stattgefunden haben kann (elterliche Depression, Suchtverhalten, Somatisierung als „Familienstil“).

Neben der ausführlichen Anamneseerhebung, der organ-medizinischen und psychopathologischen Befunderhebung einschließlich psychodiagnostischer Untersuchung sowie bedarfsweise durchgeführter apparativer Diagnostik (z. B. Labor, Ultraschall, EEG, EKG usw.) erfolgt in der Zusammenschau eine Zuordnung zu einem psychosomatischen Störungs- und Krankheitsmodell. Ein isolierter Testbefund oder apparativ ermitteltes Ergebnis lässt in der Regel eine spezifische Störungszuordnung nicht zu. Die Erfassung aktueller, abnormer psychosozialer Umstände, beziehungsweise psychosozialer Belastungsfaktoren und Einschätzung des globalen Funktions- und Strukturniveaus des Kindes oder Jugendlichen und deren Bezugspersonen sind wichtige Voraussetzungen in der Behandlung.

3.2 Interdisziplinäre psychosomatische Behandlung

Auf der Grundlage der mehrdimensionalen diagnostischen Beurteilung wird der individuelle Behandlungsplan unter Einbezug von Eltern und ggf. anderen Bezugspersonen erstellt.

Die psychosomatische Behandlung von komplexen Krankheitsbildern ist gekennzeichnet durch die Notwendigkeit der interdisziplinären Kooperation verschiedener Berufsgruppen: Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychologen, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Sozial- bzw. Heilpädagogen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und weiteren Therapeuten. Im Rahmen teilstationärer und stationärer Angebote sind Pflegekräfte, Erzieher und Lehrer wichtige Teammitglieder. Es wird häufig eine mittel- bis langfristige Behandlungsdauer benötigt.

Die Behandlung psychosomatischer Krankheiten und Störungen ist in hohem Maß individuell angelegt. Sie bezieht neben Art und Schweregrad der psychosomatischen Symptomatik und deren Ursache den Entwicklungsstand des Kindes/ Jugendlichen, seine persönliche Lebenssituation und die der Familie ein. Eventuell zusätzlich bestehende psychische Störungen oder Auffälligkeiten des Kindes bzw. Jugendlichen, aber auch der Familie werden bei der

Entwicklung eines Behandlungskonzeptes besonders berücksichtigt.

Das familiäre Umfeld, insbesondere die Eltern bzw. vertraute Menschen sind in die Diagnostik und Behandlung intensiv einzubeziehen, da sie einen wichtigen Bestandteil des Lebensrahmens bilden und ihre Beteiligung für den Behandlungserfolg mit Übertragung der erreichten Ziele in den Alltag mitentscheidend ist.

Häufig kann die Behandlung ambulant unter Einbeziehung des sozialen Umfeldes erfolgen. In besonders komplexen Fällen, insbesondere bei einer weitreichenden Gefährdung der emotionalen Entwicklung des Kindes oder Jugendlichen bzw. begleitenden gravierenden körperlichen Beeinträchtigungen ist eine stationäre Behandlung in einer dafür geeigneten Klinik erforderlich. Dazu gehören Belastungserprobungen in der Familie und Schule oder Kindergarten.

Die bedeutsamste Behandlungsmethode psychosomatischer Störungen ist die Psychotherapie, einschließlich Aufbau strukturfördernder Maßnahmen. Von grundlegender Bedeutung ist auch der Aufbau von Motivation für den Behandlungsprozess. Während die psychotherapeutische Behandlung Jugendlicher mit zunehmendem Alter der von Erwachsenen gleicht, ist die psychotherapeutische Behandlung von Kindern vom jeweiligen Entwicklungsstadium abhängig. Psychotherapeutische Behandlungsoptionen sollten als Einzel- oder Gruppentherapie vorgehalten werden. Es werden unterschiedliche Behandlungsmethoden, individuell adaptiert, angewandt.

Primäres Ziel ist es, eine möglichst rasche Entlastung und bessere Bewältigung im Alltag für die Kinder- und Jugendlichen und deren Familien zu erreichen. Diese Ziele werden schon im Wesentlichen vor Behandlungsbeginn erarbeitet und benannt und ggf. im Verlauf der Therapie angepasst und ergänzt.

Pädagogische Unterstützungsmaßnahmen (Kindergarten, Schule), Maßnahmen der Jugendhilfe (z. B. Eingliederungshilfe, Hilfe zur Erziehung) und komplementär-medizinische Behandlungsansätze sind häufig Bestandteil der Behandlung chronifizierter Störungen zur Verbesserung von Teilhabe und Inklusion.

3.3 Verlaufsbegleitung und Rückkoppelung an den Primärarzt

Eine engmaschige Zusammenarbeit unter Wahrung der gebotenen Schweigepflicht aller beteiligten Berufsgruppen ist zentral

- bei der Erstellung des Behandlungsplanes,
- in interdisziplinären Fallbesprechungen zur verlaufs begleitenden Dokumentation und zur Überprüfung und ggf. Modifikation von Behandlungszielen wie auch bei Behandlungsende,
- bei der Rückkoppelung an den Primärarzt und andere beteiligte Institutionen wie z. B. Kindergarten, Schule, Jugendamt, Kliniken oder Gesundheitsamt.

3.4 Indikationsstellung, Einleitung und Koordination von speziellen Behandlungsmaßnahmen

Die Indikation zu Einleitung und Koordination von speziellen Behandlungsmaßnahmen trifft der behandelnde Arzt für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der approbierte Psychotherapeut in Absprache mit den anderen, an der Betreuung des Kindes beteiligten Therapeuten.

Spezielle Diagnostik- und Behandlungsmaßnahmen beinhalten z. B.

- die weitergehende ambulante oder stationäre Abklärung spezifischer organischer Erkrankungen,
- die ambulante, teilstationäre oder stationäre Behandlung der bedeutsamen Bezugspersonen des Kindes,
- die stationäre Behandlung in einer Kinderklinik bei schwerwiegenden organischen Erkrankungen oder in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik bei schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankungen,
- die Einschaltung familienentlastender Dienste.

4 Literatur

Bowman FM, Garralda ME. Psychiatric morbidity among children who are frequent attenders in general practice. British Journal of General Practice 1993; 43:6-9

Bundesärztekammer (Hrsg.) Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung; In: Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung; Deutscher Ärzte-Verlag, Band 15, 2001

Cierpka M, Franz M, Egle UT. Früherkennung und Prävention. In Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W, Wesiack W (Hrsg.) Uexküll- Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. München, Elsevier 2011

Costello EJ, Shugart MA. Above and Below the Threshold: Severity of Psychiatric Symptoms and Functional Impairment in a Pediatric Sample. Pediatrics 1992; 90:359-368

Häussler B, Nolting HD. Das häufig vorgestellte Kind - Qualitätssicherung und Versorgungsforschung in der ambulanten kinderärztlichen Versorgung. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1993; 1:198-208

Höger Ch. Wer geht in Behandlung ? Einflussgrößen auf das Inanspruchnahmeverhalten bei psychischen Problemen von Kindern und Jugendlichen. Prax Kinderpsychol Kinderpsychiat 1995; 44:3-8

Wildman BG, Kinsman AM, Logue E, Dickey DJ, Smucker WD. Presentation and Management of Childhood psychosocial Problems. The Journal of Family Practice 1997; 44:77-84