

Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen

Während die klassische Kinder- und Jugendmedizin in der Therapie somatischer Erkrankungen seit Jahrzehnten diagnostisch und therapeutisch über eine hohe Kompetenz verfügt, hat die Versorgung psychischer bzw. psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen (noch) nicht den gleichen Stellenwert erlangt. Dies, obwohl psychosomatische Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben und eine „neue Morbidität“ entstanden ist. In diesem Beitrag werden die Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychosomatik skizziert, typische Krankheitsbilder aufgezählt und das Konzept der „integrierten Versorgung“ dargestellt.



R. Kerbl, Leoben

Definition und Zuständigkeit

Auch wenn der Begriff „Psychosomatik“ gut definiert ist und in erster Linie das Auftreten somatischer Beschwerden in Kombination mit einer psychischen Ursache meint, wird in verschiedenen Kreisen Unterschiedliches unter diesem Begriff subsumiert. Teilweise wird der Begriff auch durch „psychosomatische Medizin“ ersetzt, um damit zu verdeutlichen, dass es sich um eine medizinische Disziplin handelt, die in den einzelnen Sonderfächern von Bedeutung ist.

Auszugsweise seien hier zwei Definitionen bzw. Beschreibungen angeführt (siehe Kasten):

Patientenkollektiv einer Kinder- und Jugend-Psychosomatik

Das Patientenkollektiv einer PSO-KJ-Abteilung bzw. -Station umfasst all jene Patienten (und gegebenenfalls deren Eltern), bei denen nicht die somatische Erkrankung des Kindes oder Jugendlichen im Vordergrund steht. Somit kommen alle Altersgruppen von 0 bis 18 Jahren in Betracht, wobei sich naturgemäß in verschiedenen Altersgruppen spezifische Erkrankungen manifestieren. Im Folgenden werden

Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGPPM, 2013)¹

Mit dem klinischen Fachgebiet Psychosomatische Medizin wird eine Spezialdisziplin benannt, die sich wissenschaftlich und in ihrem Versorgungsauftrag mit jenen Krankheitsbildern befasst, bei denen es für eine erfolgreiche Behandlung von zentraler Bedeutung ist, Genese und Aufrechterhaltung der Symptomatik unter bio-psycho-sozialen, kulturellen und ökologischen Zusammenhängen und Wechselwirkungen zu begreifen. (...) Psychosomatische Medizin berücksichtigt die subjektive und objektive Seite von Gesundheit und Krankheit (...). Psychosomatische Medizin ist sowohl fachspezifisch als auch fächerübergreifend angelegt (...). Psychosomatische Medizin umfasst Gesundheitsförderung, Prävention, kurative und rehabilitative Medizin.

Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2012²

Definition für Kinder- und Jugend-Psychosomatik (PSO-KJ)

Multiprofessionelle psychosomatisch-psychotherapeutische Kurzinterventionen und Therapie.

Zielgruppen

Säuglinge, Kinder und Jugendliche mit somatischem Behandlungsbedarf und hohen psychosozialen Belastungen bzw. hoher psychischer Komorbidität. Ausgenommen klassische psychiatrische Erkrankungen.

Versorgungsstrukturen

Abgestuftes Versorgungsangebot für alle Altersstufen:

- Departments für PSO-KJ inklusive Tagesklinik und Ambulanz
- PSO-KJ-Schwerpunkte inklusive Ambulanz
- PSO-Konsiliar- und -Liaisondienste

PSO-Departments (Mindestgröße 12 Betten): in Abteilungen für Kinder-Interne (KI) bzw. für Kinder- und Jugend-Psychiatrie (KJP).

PSO-Schwerpunkte (Mindestgröße 6 Betten): vorrangig in Abteilungen für KI.

einige alterstypische Behandlungsindikationen beispielhaft aufgezählt:

- **Säuglingsalter:** Mutter-Kind-Interaktionsstörungen, Fütterungsprobleme
- **Kleinkindalter:** Überregulierte Mutter-Kind-Beziehung, Schlafstörungen, Essstörungen des Kleinkindes
- **Schulalter:** Schulangst, Schulverweigerung, Mobbing, somatoforme Störungen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen ...), Enuresis, Enkopresis
- **Jugendalter:** Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas), Sozialisierungsstörungen, dissoziative Erkrankungen/Konversion

Kennzahlen für Österreich³

Ein Auszug aus dem GÖG-Bericht 2013 zur Darstellung einiger Kennzahlen:

Im Jahr 2012 wurden an allen PSOK-Einheiten insgesamt 1.635 Patientinnen und Patienten behandelt, davon waren 48 Prozent männlich und 52 Prozent weiblich. Die PSOK-Patientinnen und -patienten verursachten insgesamt 2.892 Aufenthalte. Pro Aufenthalt waren im Durchschnitt 10,2 Belagstage und 18 Belagstage pro Patientin bzw. pro Patient zu verzeichnen. Nebenstehende Abbildung zeigt die sechs häufigsten Diagnosen nach ICD-10.

Kasuistik 1 – „Ich kann nichts mehr sehen“

Ein neunjähriges Mädchen gibt an, auf dem linken Auge plötzlich nichts mehr zu sehen. Das Mädchen wird deshalb an einer Augenabteilung vorgestellt, dort werden verschiedene Untersuchungen durchgeführt (Funduskopie, visuell evozierte Potenziale, Schädel-MRT) und schließlich wird der Verdacht auf eine Neuritis nervi optici ausgesprochen. Das Mädchen wird mit der Empfehlung einer hoch dosierten Methylprednisolon-Therapie (Urbason®) an die Abteilung für Kinder und Jugendliche zugewiesen.

Hier fällt auf, dass das Mädchen auf beiden Augen eine normale und seitengleiche Pupillenreaktion auf Licht zeigt, obwohl angeblich keinerlei Seh-wahrnehmung (auch nicht hell/dunkel) möglich ist. Eine Wiederholung der

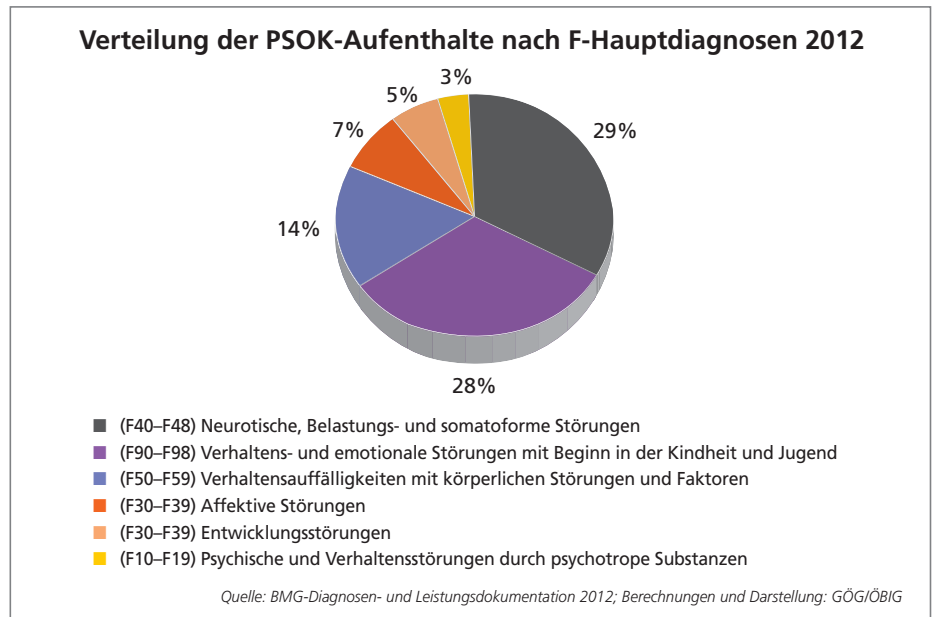


Abb. 1: Verteilung der PSOK-Aufenthalte nach F-Hauptdiagnosen 2012

visuell evozierten Potenziale (VEP) ergibt einen Normalbefund, sodass sich nun der Verdacht auf eine Konversion bzw. eine dissoziative Störung ergibt.

Unter dieser Annahme wird folgende Exploration durchgeführt:

Es wird zunächst das „gesunde“ Auge abgedeckt, und das Mädchen gibt an, jetzt „gar nichts mehr“ zu sehen. Beim Gehversuch läuft das Mädchen auch

prompt gegen die Wand. Nun wird dem Mädchen erklärt, dass der „Sehfehler“ des „kranken“ Auges mit einer passenden Brille korrigiert wird. Daraufhin wird eine Brille mit einem Fensterglas (0 Dioptrien) aufgesetzt, das „gesunde“ Auge bleibt weiterhin abgedeckt. Das Mädchen gibt nun an, mit der Brille gut zu sehen, und findet sich nun auch ohne Einschränkungen im Raum gut zurecht.



Abb. 2: Therapeutisches Klettern unter Anleitung und Aufsicht eines geprüften Sportpädagogen

Die weitere Abklärung ergibt die bevorstehende Trennung der Eltern als wahrscheinliche Ursache für die Konversionssymptomatik der Patientin.

Kasuistik 2 – „Ich bekomme keine Luft“

Eine 16-jährige, stark übergewichtige Jugendliche gibt an, seit Kurzem intermittierend Luftnot zu haben. Die Untersuchung beim Hausarzt und ein Thoraxröntgen erbringen keine ausreichende Erklärung für die subjektive Dyspnoe, sodass das Mädchen mit Verdacht auf eine somatoforme Störung an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Station aufgenommen wird. Hier werden immer wieder Dyspnoeattacken angegeben, die durch eine ausgeprägte Angst vor dem Wiederauftreten solcher Episoden aggraviert werden. Trotz Mehrfachtherapie mit Psychopharmaka berichtet die Jugendliche immer wieder über Luftnot. Eine neuerliche Abklärung an einer Kinder- und Jugendabteilung zeigt im Eingangslaborbefund das D-Dimer deutlich erhöht. Eine daraufhin durchgeführte Lungenszintigrafie ergibt den Befund einer rezidivierenden Pulmonalembolie, sodass in weiterer Folge eine medikamentöse Antikoagulation eingeleitet wird.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit – im Sinn der Patienten

Die oben dargestellten beiden Beispiele zeigen gut, dass es oft schwierig ist, die Beschwerden klar einer organischen Ursache oder aber einem „psychischen Problem“ zuzuordnen. So wie psychische Ursachen somatoforme Beschwerden (Kopfschmerzen, Bauchschmerzen etc.) bedingen können, können vice versa auch somatische Beschwerden (insbesondere bei chronischen Erkrankungen) psychische Alterationen verursachen.

Kinder und Jugendliche kommen sehr oft nicht als somatische ODER psychosomatische Patienten zur Aufnahme, sondern eben mit Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Herzrasen, Sensibilitätsstörungen, Gangstörungen etc. Es

ist die Aufgabe der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, möglichst bald die richtige „Kategorisierung“ vorzunehmen, einerseits um unnötige Untersuchungen und Eingriffe zu vermeiden, andererseits aber auch, um die Patienten möglichst rasch der adäquaten Therapie zuzuführen. Diese richtige Einordnung gelingt oft nur in interdisziplinärer Zusammenarbeit.



Abb. 3: Dankschreiben einer 12-jährigen Patientin

KJ-psychosomatisch oder KJ-psychiatrisch ?

Für die Zuweisung mag sich die Frage stellen, ob ein Patient besser an eine Kinder- und Jugend-Psychosomatik (PSO-KJ) oder eine Kinder- und Jugend-Psychiatrie (KJP) zugewiesen werden soll. Diese Frage lässt sich – wie die obigen Kasuistiken zeigen – oft nicht auf Anhieb beantworten, sondern erst im Verlauf der Abklärung. Die Grenze zwischen PSO-KJ und KJP ist keine scharfe. So können Patienten mit bestimmten Erkrankungen wie Essstörungen oder ADHS in beiden Sonderfächern gut versorgt werden. Kinder und Jugendliche mit derartigen Diagnosen werden sinnvollerweise an der dem Wohnort nächstgelegenen Institution versorgt, damit während eines gegebenenfalls nötigen stationären Aufenthalts nach Möglichkeit der Kontakt zur Familie aufrechterhalten werden kann (sofern dieser für die Behandlung nicht kontraproduktiv ist).

Das Konzept der „integrierten Versorgung“

Da es eine strenge Trennung von PSO-KJ und KJP nicht gibt und wohl auch nicht geben kann, plädieren manche dafür, die beiden Bereiche gemeinsam unter dem Begriff „mental health“ zu behandeln. Für Österreich bedeutet das, das derzeitige Angebot der beiden

Bereiche additiv zu sichten, Versorgungsdefizite zu eruieren und in weiterer Folge zu korrigieren. Es steht außer Zweifel, dass die „Mental health“-Versorgung für Kinder und Jugendliche in Österreich bisher unzureichend ist und dass es sich bei der Kinder- und Jugendpsychiatrie nach wie vor um ein „Mangelfach“ handelt.

Auf Initiative der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ) und der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (ÖGKJP) wurde im Frühjahr 2014 – beauftragt vom Gesundheitsministerium (BMG) und koordiniert von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) – ein gemeinsames Projekt zur Verbesserung der Versorgungssituation

gestartet. Dieses zielt auf die optimale Nutzung vorhandener Ressourcen und Erweiterungen dort, wo diese dringend erforderlich sind. Dabei erscheint es nicht sinnvoll, möglichst viele „Stand alone“-KJP-Einrichtungen zusätzlich zu etablieren. Zielführender wäre vielmehr, im bereits vorhandenen, relativ dichten Netz pädiatrischer Abteilungen auch eine KJ-psychosomatische und KJ-psychiatrische Kompetenz vorzuhalten. Im Gegenzug sollten aber auch alle KJP-Abteilungen einen „somatisch“ erfahrenen Pädiater zur Seite haben.

Ganzheitliche Versorgung und Netzwerkarbeit

Das Patientenkollektiv einer pädiatrischen Psychosomatik ist äußerst vielfältig. In vielen Fällen spielt das Umfeld eine wesentliche Rolle, sodass psychosomatische Medizin im Kindes- und Jugendalter immer eng mit sozialpädiatrischer Diagnostik und Therapie

verknüpft ist. Als Behandler psychosomatischer Patienten muss man sich in jedem einzelnen Fall immer wieder die Frage stellen, mit welchen Maßnahmen die beste Wirkung erzielt werden kann. Dies kann z.B. bei ADHS neben verhaltenstherapeutischen Maßnahmen auch die Einleitung einer medikamentösen Therapie sein, bei Angststörungen das Erlernen entsprechender Entspannungsverfahren, bei Mobbing (wenn auch nur in Ausnahmefällen) ein Schulwechsel und im Fall von unüberwindlichen familiären Problemen gegebenenfalls die Fremdunterbringung (z.B. in einer Wohngemeinschaft).

Die an einer psychosomatischen Abteilung tätigen Ärzte müssen daher nicht nur mit den Professionisten des eigenen Teams (Psychologie, Ergotherapie, Logopädie, Pädagogik und Heilpädagogik, Physiotherapie u.a.) eng kooperieren, sondern auch mit diversen Behörden und Institutionen der jeweiligen Region (Kinder- und Ju-

gendhilfe, Frühförderung, BH, Gemeinden, Polizei, Schulen, dezentrale psychosoziale Dienste u. a. m.). Schließlich muss es das Ziel sein, die Patienten möglichst bald aus der Spitalversorgung zu entlassen und – wenn notwendig – einer Versorgung vor Ort zuzuführen.

Rechtzeitige Therapie verbessert die Prognose

Zahlreiche Studien belegen, dass psychosomatische Erkrankungen zu einer Chronifizierung neigen, wobei in weiterer Folge durchaus ein Symptommwechsel oder andere Manifestationsformen eintreten können. Unbehandelt neigen psychosomatische Erkrankungen auch zu einer hohen Komorbidität, wobei auch psychiatrische Erkrankungen (z.B. Depression) hinzutreten können. Rechtzeitige Intervention unter Ausschöpfung aller wirksamen Maßnahmen (v.a. auch Verbesserung der sozialen Situation) kann die Prognose

und den weiteren Lebensweg entscheidend verbessern. Die Versorgung psychosomatisch erkrankter Kinder und Jugendlicher mag zwar viel weniger spektakulär sein als z.B. eine Organtransplantation oder die Behandlung auf einer Intensivstation – sie ist deshalb aber nicht weniger wichtig! ■

Literatur:

¹ Leitner A et al: Werden in Österreich Patienten mit psychosomatischen Störungen ausreichend versorgt? *Z Psychosom Med Psychother* 2013; 59: 408-421

² Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und Bundesministerium für Gesundheit (BMG): Österreichischer Strukturplan Gesundheit 2012. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/1/10/1/CH1071/CMS1136983382893/oesg_2012_text_ohne_matrizen_mit_reha_stand_28-06-2013.pdf

³ Valady S: Planung Psychiatrie 2013 – stationäre psychiatrische und psychosomatische Versorgung. Bericht des BMG und der GÖG/ÖBIG 2013

Autor:

Prim. Univ.-Prof. Dr. Reinhold Kerbl
LKH Leoben, Abteilung für
Kinder und Jugendliche
Vordernberger Straße 42, 8700 Leoben
Tel.: +43/3842/401- 2438
E-Mail: reinhold.kerbl@lkh-leoben.at