

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3735>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Walter, Joachim

Titel: Jugendliche mit Diabetes Typ 1 in der Kinder- und
Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62
(9), 707-725

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

Jugendliche mit Diabetes Typ 1 in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Joachim Walter

Summary

Adolescents with Diabetes Type 1 in Adolescent Psychiatry and Psychotherapy

Abstract: Psychiatric comorbidity, family and biographical risk factors, and individual motivational aspects influence the therapeutic adherence and treatment motivation in Diabetes Type 1. The article provides basis diabetological knowledge for adolescent psychotherapists and describes practical out- and inpatient experiences and deliberations with especially problematic comorbid patients. In psychiatrically comorbid patients family conflicts and individual psychopathology is often reflected and manifested in selfharming diabetes management.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 707-725

Keywords

adolescent diabetes Type 1 – factors of adherence – description of a clinical child psychiatric / psychotherapeutic / psychosomatic population

Zusammenfassung

Psychiatrische Zweitdiagnosen, familiär/biografische Risikofaktoren und motivationale Aspekte haben Auswirkungen auf die therapeutische Mitarbeit und Motivation bei Diabetes Typ 1. Im Artikel werden Faktoren des Grundlagenwissens der Diabetesbehandlung für Psychotherapeuten dargestellt und Erfahrungen sowie Überlegungen aus der kinderpsychiatrischen ambulanten und stationären Praxis mit hinsichtlich der Diabeteseinstellung besonders problematischen Jugendlichen im Sinne eines Werkstattberichts aufgegriffen. Bei den psychiatrisch erkrankten Patienten zeigt sich dabei, dass sich häufig familiäre Konfliktlagen oder individuelle Psychopathologien in Konflikten um die Selbstfürsorge oder in Form von selbstgefährdendem Umgang mit dem Diabetes kristallisieren.

Schlagwörter

Diabetes Typ 1 – Jugendliche – Faktoren der Adhärenz – Beschreibung einer kinderpsychiatrisch-diabetologischen Inanspruchnahmepopulation

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62: 707 – 725 (2013), ISSN 0032-7034
© Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2013

Jugendpsychiater und -psychotherapeuten beschäftigen sich selten mit diabetischen Patienten. Selbstfürsorge, Selbstschädigung, Motivation, Kontrolle und Autonomie sind jedoch wesentliche kinder- und jugendpsychotherapeutische Themen. Wie bei anderen psychosomatischen Themen ist bei psychiatrisch komorbiden Patienten mit Diabetes Typ 1 (im Folgenden DM1) und Problemen reflektierter Therapiemitarbeit eine gute Kooperation mit den spezialisierten pädiatrischen Kollegen für beide Seiten hilfreich. Wie für die diabetologischen Kollegen eine Ausbildung in psychosomatischer Grundversorgung hilfreich ist, sollten sich auch Psychotherapeuten mit den krankheitsbezogenen Alltagsanforderungen, Hoffnungen und Frustrationen psychiatrisch komorbider oder somatopsychisch im Umgang mit Diabetes beeinträchtigter Jugendliche auskennen.

1 Hintergrundwissen für Psychotherapeuten

DM1 tritt mit einer Inzidenz von ca. 3.100-3.400 Neuerkrankungen pro Jahr bis zum 20. Lebensjahr auf. Ca. 30.000 Kinder und Jugendliche sind betroffen. DM1 ist häufig kombiniert mit anderen Autoimmunerkrankungen wie Zöliakie und Schilddrüsenentzündungen, die zusätzliche Einschränkungen bedingen. Die Erkrankung nimmt in den westlichen Ländern besonders bei Kleinkindern jährlich um ca. vier Prozent zu, wobei die Ursachen dafür in veränderten Umweltbedingungen bezüglich Ernährung, veränderter Exposition zu Keimen und Allergenen sowie veränderten Hygienestandards vermutet werden (vgl. Warncke u. Ziegler, 2013). Die Bedeutung der Genetik für die Pathogenese ist begrenzt. Bei elterlicher DM1 erhöht sich das Risiko, einen Insulinmangeldiabetes zu entwickeln, von ca. 0,3 auf 5 %. Psychische Stressoren sind als auslösende Faktoren zur Manifestation nicht nachgewiesen (Seiffge-Krenke, 1996.)

Notwendige Stoffwechselkontrollen (meist durch die Mutter) sind ein ständiges schmerzhaftes Alltagsritual, das einerseits vom Kind als Aggression empfunden werden *kann*, andererseits bei wesentlichen Bezugspersonen zu Schuldgefühlen mit kompensatorischer Verwöhnung beitragen kann. Wahrscheinlich sind beide Anteile miteinander verbunden im Sinne einer Interaktionsschleife: Kinder reagieren stark auf die elterliche Haltung gegenüber der Krankheit und den Prozeduren und fühlen sich entsprechend locker oder angespannt.

Notwendige kontinuierlicher ärztlicher Kontrollen konfrontieren die Betroffenen ständig mit der Bedrohung durch die Akut- und Spätkomplikationen der Krankheit. Auf Drohungen fokussierte oder strafende Interventionen sind nachgewiesenermaßen eher schädlich als hilfreich, verstärken den Verlust an Lebensqualität und die Ablehnung der Krankheit. Das Bewusstsein der Gefährdung bei gleichzeitigen Verleugnungswünschen kann die Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen vermindern.

2 Diabetesmanagement heute: Grundlagenwissen für Psychotherapeuten

Die *Behandlungsmöglichkeiten* sind heute stärker differenziert, teils anspruchsvoller, teils leichter geworden. Die Integration der Behandlung in den Alltag bleibt dabei eine zentrale Herausforderung. Folgende Veränderungen der Behandlung und deren Ziele in den letzten dreißig Jahren sind wesentlich:

1. Normalisierung der Blutzuckerwerte über den Tag, um akute (Unterzuckerungen = Hypoglykämien, Überzuckerungen = Ketoazidosen) und Spätfolgen – insbesondere durch die Störungen der kleinen und großen Gefäße – zu vermindern (Blindheit, Nierenschäden, Sensibilität und Durchblutungsstörungen mit dadurch bedingten chronischen Wunden wie z. B. dem „diabetischen Fuß“, Störungen der Potenz und Fruchtbarkeit; Bluthochdruck, vermehrte Gefahr von Herzinfarkten, Schlaganfällen, Beindurchblutungsstörungen). Die intensivierete Diabetestherapie oder Behandlung mit Pumpe mit häufigen Messungen und mit häufigen Insulinnachinjektionen entsprechend der Einzelmahlzeiten hat zu einer deutlichen Verringerung der Anteile an fest mit Glucose verbundenen Hämoglobin (HbA1C, Normwert bis 6,5 %, Zielwert bei Jugendlichen unter 8 %) von ca. 4 % geführt. Der HbA1C gibt gute Hinweise auf die Blutzuckereinstellung während der vergangenen zwei bis drei Monate. Er ist insofern ein guter Indikator der Stoffwechseleinstellung, da klare Beziehungen zwischen der damit gemessenen Einstellung und – teuren und die Lebensqualität sehr einschränkenden – Spätkomplikationen bestehen, die bei Werten über 10 % nach 10-15 Jahren zu erwarten sind.
2. Annäherung der Bereitstellung von Insulin an den physiologischen Rhythmus: Pharmakokinetisch differenziertere Humaninsuline wurden entwickelt, die eine Anpassung an den individuellen Lebensrhythmus ermöglichen und individuelle Stoffwechselunterschiede leichter ausgleichen können. Notwendig sind dafür häufigere Injektionen und Messungen. Die Injektionen können heute mittels sogenannter „Pens“ oder der Insulinpumpe schmerzärmer durchgeführt werden. Bei letzterer wird gegenwärtig das Pumpsystem noch außerhalb des Körpers getragen. Es gibt individuelle, stündlich programmierbare Basismengen schnell wirksamen Insulins über einen kleinen Schlauch ab, der nach zwei Tagen neu gelegt werden muss. Bei Insulinpumpenbehandlung liegt mehr Verantwortung beim Kind und eine gute Mitarbeit muss für die Indikationsstellung gesichert sein. 2011 waren nach Menhorn (2012) 41 % der Kinder und Jugendlichen damit ausgestattet. Noch ist ein „künstlicher Pankreas“ mit computerisierter Behandlung mittels kontinuierlicher Blutzuckermessung und Insulinabgabe auf Grund noch nicht dauerhaft gut messender Sensoren nicht möglich. Die notwendige Planung von Aktivitäten und der Menge der Nahrungsaufnahme wird vorerst kein entsprechendes System übernehmen können.
3. Die Blutzuckermessung ist besser und schmerzärmer geworden. Die Geräte können per Computer ausgelesen werden. Die *Aufzeichnungs- und Kontrollmöglichkeiten* sind – mit deutlichen Auswirkungen auf das Krankheitserleben – besser aber auch intensiver geworden. Die noch nicht marktreife kontinuierliche Blutzucker-

messung (CGA = Continuous Glucose Analysis mehrere Hundert mal pro Tag) bietet per Sensor die Möglichkeit, Blutzuckertendenzen zu berücksichtigen, und Unterzuckerungen automatisch zu erkennen. Die Ergebnisse werden zur Selbstkontrolle, aber auch zur kontinuierlichen Fremdkontrolle durch Ärzte und Eltern sichtbar. Dadurch und durch langfristig die Einstellung abbildende Parameter wie das HbA1C von Jugendlichen wird der DM1 zunehmend als eine „Kontrollkrankheit“ empfunden: Fehler bleiben über Monate sichtbar: Wie würde es uns Erwachsenen wohl gehen, wenn ein Blutwert oder ein Gerät dem Arzt und den Eltern über drei Monate Fehler nachweisen könnte, etwa eine „Lüge“ oder ein Versagen?

4. *Ernährung* ist weniger wichtig geworden. Jugendliche dürfen essen was sie wollen, müssen jedoch lernen, die Insulinbehandlung daran anzupassen. Die Einflussfaktoren auf die Aufnahme und Verwertung von Kohlehydraten sind hochkomplex (s. Müller-Nothmann, 2008). Die Menge gespritzten Insulins bleibt so immer eine Schätzung im Vergleich zu selbstregulierenden Systemen wie sie der Körper darstellt (Übersicht Wabitsch, 2010).
5. *Die psychosoziale Begleitung wurde wesentlich ausgebaut*, um die Mitarbeit/Selbstfürsorge und -verantwortung und damit die Lebensqualität zu verbessern. Diabetopsychologen begleiten die Kinder. Es gibt Berufsverbände, wie die Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG), eine Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie mit einer Leitlinie (Haak u. Kellerer, 2010), eine Arbeitsgruppe für psychiatrische, psychotherapeutische und psychologische Aspekte der Kinderdiabetologie (PPAG). Im Erwachsenenbereich wurde eine differenzierte evidenzbasierte Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes mellitus“ der DDG vorgelegt (Matthaei et al., 2012).

Die *Freiheitsgrade* im Alltagsleben haben sich im Lauf der letzten 20 Jahre verbessert, nicht jedoch die Komplexität der Behandlung. Die alltäglichen Anforderungen werden leicht unterschätzt: „An sich braucht die Behandlung ja nur 3-5 mal wenige Minuten Zeit, das ist doch wie Zähneputzen. Im Bad verbringst Du doch viel mehr Zeit“, meint ein Vater zu seiner Tochter – die sich entsprechend unverstanden fühlt. Die Anerkennung dieser mehr durch das ständige Daran-denken-Müssen als durch die benötigte Handlungszeit störenden Alltagsbelastungen ist eine wichtige Beziehungsvoraussetzung der pädiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung diabeteskranker Jugendlicher und spielt in der Therapie unserer komorbiden Patienten neben den psychosozialen Belastungsfaktoren eine große Rolle. Insgesamt ist von einer zeitlichen Belastung von täglich ca. zwei Stunden auszugehen: Blutzuckerselbstkontrolle etwa fünfmal pro Tag, Berechnen der Menge und Zusammensetzung der Kohlenhydrat- (Fett-/Eiweiß-)Anteile und entsprechende Insulininjektion viermal täglich oder mehr, Berücksichtigung geplanter Aktivitäten und der individuellen und tageszeitlichen Varianz (so genannte Korrekturfaktoren), Auslesen und Dokumentieren der Werte und gegebenenfalls Aktivitäten, Mitführen von Spritz- und Messutensilien, Traubenzucker und Glukagon. Auch wenn die ärztlichen Kontrollen nicht sehr häufig sind (in der Regel 6- bis 12-wöchig) werden

sie als Belastung und Frustration erlebt. Zusätzliche Psychotherapie muss auch bezüglich der zeitlichen Nebenwirkungen mit dem Jugendlichen reflektiert werden. Wenn möglich, ziehen wir niederfrequente aber langfristige und familienorientierte Behandlungsmodalitäten vor.

3 Einfluss psychischer Störungen und sozialer Faktoren bei Diabetes Typ 1 in pädiatrischen Inanspruchnahmepopulationen

Die Diskussion über vermehrte Psychopathologie bei diabeteskranken Patienten ergab bisher keine eindeutigen Ergebnisse. Zu einem Teil handelt es sich vermutlich um unabhängig zu erwartende psychische Störungen, teilweise um Folgen des zusätzlichen Risikofaktors DM1 selbst. Die Mehrzahl von Studien zur Co-Prävalenz von DM1 mit psychischen Störungen ergab eine gewisse aber in der Ausprägung unterschiedliche Häufung insbesondere depressiver Symptome um den Faktor 2 bis 4 (Blanz, Rensch-Riedmann, Fritze-Sigmund, Schmidt, 1993; Seiffge-Krenke, 1996; Northam, Matthews, Anderson, Cameron, Werther, 2005). Seiffge-Krenke (1996) findet in den Jahren 1991-1993 – in denen allerdings die Diabetesbehandlung sich enorm von heute unterschied – mittels des YSR (Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist) eine eher geringere *subjektive* Gesamtbelastung erkrankter Jugendlicher beider Geschlechter im Vergleich zur Norm. Sie wertet dies als Zeichen sozial erwünschter Antworten. Neuere Untersuchungen unter Einschluss einer Längsschnittperspektive gesunder Vergleichsgruppen von 11- bis 13-jährigen „Jugendlichen“ ergaben jedoch ebenfalls keinen Hinweis auf *ausgeprägte* psychische Probleme bezüglich Depressivität, Angst, Ärger und Verhaltensproblemen (Helgeson, Snyder, Escobar, Siminerio, Becker, 2007). Eine Korrelation zwischen Güte der Stoffwechseleinstellung und psychiatrischer Diagnose wurde dabei nicht gefunden. Dies ist bei der Vielzahl intervenierender physischer und psychosozialer Variablen insbesondere bei Jugendlichen und entsprechend kleinen spezifischen Effektgrößen auch kaum zu erwarten.

3.1 Depressionen

Depressionen scheinen zwei- bis viermal häufiger zu sein (Blanz et al., 1993; Wysocky et al., 2003, zit. nach Helgeson, Siminerio, Escobar, Becker, 2009). Depressivität ist dabei nach Helgeson und Kollegen (2009) nur im Längsschnitt signifikant mit mangelnder Stoffwechselkontrolle korreliert, das heißt, es ist zu vermuten, dass sich die Auswirkungen über längere Zeit entwickeln. Hood und Kollegen (2006) diskutieren als mögliche Ursache vermehrten Auftretens von Depressivität die hohen Anforderungen moderner Insulintherapie. Bedacht werden muss, dass Depressivität durch hormonelle Begleitveränderungen, verminderte Aktivitäten, Appetitstörungen, Schlafstörungen und die geringere Zukunftshoffnung auch direkt und indirekt Auswirkungen auf die Motivation und Stoffwechseleinstellung hat.

Die obengenannten Untersuchungen befassen sich nicht speziell mit der Untergruppe Jugendlicher mit zusätzlichen oder vorbestehenden psychischen Symptomen und Erkrankungen. Sie nehmen keine Extremgruppenvergleiche vor, was mangelnde oder auch „superoptimale“ Mitarbeit betrifft. Von erfahrenen Diabetologen werden jedoch Häufungen von psychopathologisch oder familiendynamisch auffälligen Familien gerade in beiden Extremen geschildert.

3.2 Angst und Diabetes

Klinische Angsterkrankungen bei Diabetikern sind wohl nicht häufiger als bei Normalpopulationen. Allerdings sind mit Diabetes wie bei allen chronischen Erkrankungen vielfältige Ängste verbunden. Eltern bezeichneten noch 1966 nach Laron und Kollegen (1979) als ihre häufigste Angst die vor Spätfolgen des Diabetes. Bei Kindern selbst erschien Angst vor Spätfolgen damals erst auf Rang 6 der genannten Ängste. Die Ängste nahmen bei Behandlung durch ein multidisziplinäres Diabetesteam deutlich ab.

Unserer Erfahrung nach kann sich hinter „Übercompliance“ eine Manifestation familiärer Ängste verstecken. Erfahrene Diabetologen teilen unsere Erfahrungen, dass in sehr leistungsbezogenen Familien oder Familien mit großen Ängsten sowie zwanghaften Tendenzen unter Umständen übermäßig kontrolliert und gespritzt wird. So ist mehrfaches nächtliches Wecken oft Zeichen übersteigerter Angst vor Hypoglykämien oder generalisierter Verlustangst. Die familiäre Schlafarchitektur, die elterliche Beziehung und die Leistungsfähigkeit des Kindes können dann chronisch belastet werden. In der Regel führt dies spätestens in der Adoleszenz zu Konflikten. Als Psychotherapeuten erleben wir häufig klassische familiäre „Angstszenen“ in denen z. B. zu jeder Aktivität ein großes „Sicherheitspaket“ von den Eltern ständig sichtbar vor den Patienten gelegt wird.

Während in unserer Klientel Angst vor Schmerz (Spritzenangst) nur eine geringere Rolle spielt und oft mit schmerztherapeutischen Übungen gut angegangen werden kann, zeigen sich Hypoglykämieängste häufiger. Unbekanntes und scheinbar Unbeherrschbares ängstigt besonders, auch die damit verbundene Trennung durch Hospitalisierung oder gar Tod. Dies kann nach beängstigendem, unter Umständen sogar traumatischem Erleben der Erstmanifestation oder von Hypoglykämien der Fall sein, beruht unseres Erachtens aber häufiger auf vorbestehender Ängstlichkeit von Kind oder Eltern.

Zu beachten ist für Diabetologen wie für Psychotherapeuten, dass Angst ähnliche Symptome wie eine Unterzuckerung haben kann (Konzentrationschwierigkeiten, Unruhe, evtl. Zittern.) Insbesondere Menschen mit ausgeprägter Hypoglykämieangst reagieren unter Umständen manchmal schnell und ohne vorherige Messung auf Angst mit Glukosezufuhr – die dann als Plazebo auch angstmindernd wirkt.

Lügen aus Angst: Wenn Jugendliche „lügen“, falsche Werte eintragen, betonen, sie hätten gemessen und gespritzt, entsteht ein Misstrauens- und Angstklima: Sie wollen hohe Werte nicht wahrnehmen und die Eltern sollen sie nicht wissen. Ein überstrengtes Gewissen wird versucht durch Selbstbetrug zu umgehen. Verschwiegene hohe Werte

„erzeugen“ aber auch Angst bei den Eltern, wenn das „Betrügen“ auffällt und die Unzuverlässigkeit deutlich wird.

Bedeutsam für Jugendliche sind subjektive *Ängste vor Ausgrenzung*. Bei ihnen ist Arbeit mit der Gruppe der Gleichaltrigen besonders wichtig – diese wird aber oft von ausgrenzungsängstlichen Jugendlichen gemieden.

Angst vor Verantwortlichkeit für sich selbst (Patient) oder für das Kind (Eltern) führt oft zu *Vermeidungsverhalten* und zu Konflikten mit denen, die die Verantwortung übernehmen sollen.

3.3 Schmerz

Besondere *Schmerzepfindsamkeit* führt zu Vermeidungsverhalten gegenüber Blutzuckerkontrollen und Insulininjektionen. Hier kann der Umgang mit Schmerz und Missempfindungen in der Familie eine Rolle spielen – sowohl durch das nicht ernst Nehmen – verbunden mit dem Gefühl des unverstanden Seins – als auch durch besondere ausgleichende Verzärtelung (z. B. mit Süßigkeiten tröstende Großeltern). Schmerztherapeutische Übungsbehandlungen und Familiengespräche können hier ähnlich wie bei anderen Schmerzzerkrankungen hilfreich sein.

3.4 Intellektuelle Leistungsfähigkeit

Leichtere Lernbehinderungen werden oft weder von den Lehrern, den Eltern, noch den behandelnden Pädiatern entdeckt. Bei den Lernbehinderungen kann oft nicht hinreichend mit Broteinheiten, Korrekturfaktoren und Korrektureinheiten gerechnet werden, überforderte Kinder akkumulieren Erfahrungen der Kritik und Hilflosigkeit. Die optimale Intelligenz kann nur bei normalem Blutzucker aussagekräftig beurteilt werden. Eine wiederholte Intelligenztestung bei hohen und niedrigen Blutzuckerwerten kann sinnvoll und sehr evident für Jugendliche sein! Immerhin zeigten 4 von 55 Kindern unserer Inanspruchnahmegruppe nicht vordiagnostizierte Lernbehinderungen.

Schulische Leistungen können jedoch auch durch den Diabetes beeinträchtigt sein: Konzentrationsfähigkeit, kognitive Fähigkeiten, Arbeitsgedächtnis und Stimmung sind besonders bei chronischen Überzuckerungen beeinträchtigt, mehr als bei meist spürbaren, kurzfristigen und auffälligeren Unterzuckerungen. Oft führt eine verbesserte Stoffwechselkontrolle und -einstellung zu schnell verbesserten Schulleistungen bei gleicher Anstrengung. Dies ist in unserer Erfahrung ein guter, relativ kurzfristig wirksamer Verstärker für Verbesserung der glykämischen Kontrolle!

3.5 Aufmerksamkeitsstörungen

Aufmerksamkeitsstörungen können vielfältige Ursachen haben, führen jedoch in Kombination mit einem Diabetes gehäuft zu Problemen der Selbstfürsorge. Unbehandelte Aufmerksamkeitsstörungen mit der oft damit verbundenen Impulsivität

und Ablenkbarkeit führen zu vermehrten Auslassungen von Kontrollen und Injektionen. Notwendige Utensilien werden vergessen. Eine adäquate psychotherapeutische und pharmakologische Behandlung kann dann deutliche Stoffwechseler Verbesserungen bewirken.

Psychotherapeuten müssen aber auch beachten, dass hohe und niedrige Blutzuckerwerte die Aufmerksamkeit beeinträchtigen. Psychotherapie mit einem Patienten mit einem Blutzucker von über 300 mg/dl ist wenig effektiv!

3.6 Essstörungen

Insulin erhöht etwas den Fettanteil des Körpers. An DM1 erkrankte Mädchen haben deshalb häufiger einen (im Vergleich zu Altersgenossinnen) leicht erhöhten BMI (22 versus 20) und entsprechend häufiger Sorgen um ihr Gewicht. Bis zu ca. 10 % Patientinnen nutzen die Reduktion der Insulindosis („Insulin-Purging“), um den leicht Gewicht steigernden Insulineffekt zu (über-)kompensieren (Haak u. Kellerer, 2010, Bezug auf Jones et al., 2000). *Unspezifisch* gestörtes Essverhalten wird bei bis zu 37,9 % adoleszenter Mädchen und 15,9 % adoleszenter Jungen mit Diabetes beschrieben (Neumark-Sztainer, 2002, zit. nach Haak u. Kellerer, 2010). Insbesondere meist geheim gehaltene Heißhungeranfälle mit Süßigkeitshunger sind typisch bei jugendlichen Diabetikern. Wir sehen sie bei mehr als der Hälfte der psychiatrisch vorgestellten Patienten unabhängig von den psychiatrischen Hauptdiagnosen. Ernährungsberatung ist dann ein wesentlicher Behandlungsanteil.

Besteht eine unspezifische Essstörung komorbid, so ist die Selbstfürsorge meist deutlich eingeschränkt (Morse, Ciechanowski, Katon, Hirsch, 2006, zit. n. Matthaei et al., 2012). Spezifische Essstörungen in Kombination mit DM1 sind eher selten. Helgeson und Kollegen (2007) geben bei 261 untersuchten Patienten 11,5 % der Mädchen und keinen Jungen an. Häufiger als Anorexien werden dabei bulimische Symptome beschrieben, die die richtige Insulindosierung erschweren, da die Nahrungsmenge kaum geschätzt werden kann.

3.7 Störungen des Sozialverhaltens

Störungen des Sozialverhaltens stellen eine besondere Herausforderung dar bei gleichzeitigem DM1. Unsteter Lebenswandel, Impulsivität (s. u.), Alkohol- und Drogenabusus, Schwierigkeiten in der Regelakzeptanz wirken sich negativ auf die Behandlung aus. Blutzuckererhöhende Stresshormone wie Adrenalin und Cortisol werden vermehrt ausgeschüttet. Termine werden unregelmäßig eingehalten, weshalb die psychotherapeutische Behandlung oft nur in psychiatrischen Institutsambulanzen möglich ist, die die Behandlung „nicht wartezimmerfähiger“ Patienten als ihre besondere Aufgabe betrachten. Oft sind die Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung von Hyperglykämien reduziert durch Anpassung an chronische Überzuckerung. Gerade hier ist eine enge Kooperation mit dem pädiatrischen Di-

abetologen zentral, da manchmal auf ungewöhnliche unter Umständen konventionelle Behandlungskonzepte mit wenigen Injektionen zurückgegriffen werden muss. Umgekehrt ist eine gute Stoffwechseleinstellung ohne intensive psychotherapeutische und pädagogische Hilfen nicht erreichbar.

Jugendliche lernen oft, Macht mittels ihrer Stoffwechselkontrolle auszuüben und die Eltern unter Druck zu setzen. Wenn ein Familienklima mehr auf Druck und Gehorsam beruht, nutzen Jugendliche mit gestörtem/störendem Sozialverhalten oft Verweigerung als Zielerreichungsinstrument. Primär materielle statt sozialer Anreize wirken auf Dauer wenig hilfreich: „Ich spritze nur, wenn ich dann drei Stunden Computer spielen kann“ etc.

Kompetente Träger für stationäre Jugendhilfe benötigende Kinder und Jugendliche mit DM1 und Störungen des sozialen Verhaltens zu finden ist schwer. Qualifizierte Einrichtungen liegen oft zu entfernt, um eine effektive sozialpsychiatrische und -pädagogische Arbeit unter Einbezug der Eltern zu gewährleisten, was oft zu Abbrüchen führt.

3.8 Selbstschädigendes Verhalten

Komorbide Suizidalität bei Diabetikern ist durch die ständige Verfügbarkeit einer in Überdosis tödlichen Substanz, mit der alltäglich umgegangen wird, kompliziert. Suizid durch Injektion von Überdosen an Insulin wird auch bei Jugendlichen beschrieben. Oft beinhaltet aber auch mangelnde Selbstfürsorge latente Suizidalität.

3.9 Diabetesmanifestation und Hypoglykämieerleben als Trauma?

Für viele Familien kann die Erstmanifestation und deren akute Konsequenzen eine Überlastung darstellen, die bei vorbelasteten Familien eine prekäre Balance von Ressourcen, Abwehr und Belastungen labilisiert und das bisherige Lebenskonzept der Familie erschüttert. Die soziale Unterstützung ist insbesondere bei unvollständigen Familien bedroht. Arbeit, Ausbildung und Lebensplanung werden infrage gestellt. Eltern stellen sich dieselben Fragen wie bei anderen chronischen Erkrankungen: Hätte ich es verhindern können? Was hat die Erkrankung letztlich ausgelöst? In den Antwortversuchen spiegeln sich zentrale Beziehungskonflikte und -themen, Abwehrstrukturen, familiäre Deutungsmuster und Konfliktlösegewohnheiten. Häufig beschrieben werden Anpassungsstörungen, seltener nach vitalem Bedrohungserleben mit Unverständnis der Situation und Gefühl extremer Hilflosigkeit auch posttraumatische Stressreaktionen. Wenn die Eltern die Manifestation oder spätere Unterzuckerungen als überfordernde Belastung erleben, wirkt die elterliche Belastung oft ansteckend auf die Kinder. Die meisten Kinder, die gut begleitet sind und eine haltende und ruhige Behandlung im Krankenhaus erleben, erfahren sonst die Manifestation nicht anders als einen anderen Krankenhausaufenthalt.

Wenig bewusst ist manchen Pädiatern dabei, wie wichtig ihre ersten Mitteilungen und Handlungen sind, das heißt, wie bewusst und sensibel dabei mit Ängsten und Er-

wartungen der Kinder und Begleitpersonen umgegangen wird. Meusers (2011, mündliche Mitteilung) weist darauf hin, wie wesentlich eine Grundhaltung der Sicherheit und Informiertheit für die Initialszene der Behandlung, also für die wesentliche erste Stunde ist. Als Kinderpsychiater sollten wir in der Anamnese unbedingt diese ersten Szenen, damit verbundene Gefühle und Kognitionen, aufgreifen und explizit nach Belastungssymptomatik und Verarbeitung fragen.

3.10 Therapiemotivation und (geteilte) Selbstfürsorge

Der Pädiaterspruch: „Diabetes ist Einstellungssache“ gilt im doppelten Sinne: Körperlich muss man gut durch Insulintherapie eingestellt werden, aber die Einstellung zum Diabetes ist ebenso zentral. Er wird nie zum Freund, im Glücksfall kommt es zu einer „friedlichen Koexistenz.“ Wie wird der Diabetes beschrieben? Als lästiger Begleiter? Als intimer Feind, der ständig zwickt und ärgert? Ein übermächtiger Gegner? Ein unvermeidbares Übel? Psychotherapeuten müssen den inneren Dialog mit der Krankheit aufgreifen, auf Formulierungen, verwendete Metaphern, aktive oder passive Formulierungen achten: Es macht einen wesentlichen Unterschied, ob ein Jugendlicher sich sagt: „Wenn ich gut mit meinem Diabetes umgehe, kann ich mich besser konzentrieren“ oder aber: „Durch den Scheiß-Diabetes werde ich auch noch in der Schule schlechter und habe Kopfschmerzen.“

Faktenwissen ist für die Selbstfürsorge Jugendlicher nur von begrenzter Bedeutung. *Geringe Therapiemotivation* ist ein zentrales Problem vieler psychotherapeutisch ambulant behandelte komorbide jugendlicher Diabetiker. Motivation zu haben, diese aber wegen entgegenstehender Motive nicht in Handlung umzusetzen, ist ebenso häufig. In der Regel sind Patienten durchaus kognitiv informiert und einverstanden: „Man müsste, man sollte“ ist sehr oft zu hören.

Motivationsdiagnostik ist unabdingbar. Während die Vermittlung von Wissen „relativ“ einfach bei normal intelligenten Jugendlichen ist, ist das Erlernen von „Motivation“ für komplexe Handlungen schwierig und ärztliches Wissen über Motivationsdiagnostik und -hilfen oft gering. Eine ausgiebige Diskussion ist im Rahmen des Artikels nicht möglich, das Thema jedoch von großer Bedeutung für Psychotherapeuten, die mit komorbiden Jugendlichen arbeiten.

Eine dauerhaft gute Stoffwechseleinstellung und die psychotherapeutische Behandlung setzen eine zielorientierte und entwicklungsangepasste Therapiekoope-ration zwischen Patient, Familie, bedeutsamen Anderen und dem behandelndem Arzt voraus. Dies beinhaltet eine Offenheit gegenüber Einflussfaktoren, Motiven und Motivationen der informierten Patientenfamilie – auch gegenüber den Motiven nicht mitzumachen! Therapiekoope-ration ist ein Prozess, braucht Beziehung, Fehlerfreundlichkeit und kontinuierliche Neupassung zwischen Behandler und Umfeld. Leichter ist es dabei für Behandler, mit offener Verweigerung umzugehen als mit verborgener Opposition, wie sie häufiger bei Jugendlichen unserer psychiatrischen Klientel anzutreffen sind.

3.11 Diabetes und Adoleszenz

Viele Jugendliche sind wenig zukunftsorientiert. Die „Drohungen“ der Erwachsenen mit Spätfolgen sind zwecklos – das Erwachsenenleben ist zu weit weg. Motivationspsychologische Unterstützung gelingt nur durch als befriedigend, ja lustvoll erlebte Nahziele. In der Wahrnehmung des Autors sind materielle Anreize dabei manchmal kurzfristig sinnvoll, langfristig wenig hilfreich. Gelegentlich kommt es als Folge zur Erpressungsversuchen der Eltern: „Ich spritze nur, wenn ich einen neuen Computer bekomme!“

Insgesamt sind in der Pubertät kritische Auseinandersetzungen mit dem Diabetes normal und eine „gute“ Einstellung erschwert. Jugendliche zeigen insgesamt eine schlechtere Stoffwechseleinstellung als Kinder oder Erwachsene. Menhorn (2012) beschreibt einen durchschnittlichen HbA1C-Wert von 8,4 %. Seiffge-Krenke (2001) findet bei ihrer Population vom Alter 12 Jahre einen bis zum Alter 15 Jahre von 8 % auf 11 % ansteigenden HbA1C- Wert, der anschließend wieder abfällt. In unserem Zentrum liegen die Durchschnittswerte aller behandelten Patienten bei 40 % im Zielbereich (< 7,5 %). Das durchschnittliche HbA1C über 15 Jahren liegt bei 7,9 %. Eine Rolle für diese relativ guten Werte mag dabei die Komplexbetreuung an einem Diabeteszentrum spielen und dass immer mehr Kinder und Jugendliche auf eine Insulinpumpe eingestellt werden (ca. 50 % der Gesamtpatienten).

Jugendliche haben eine Reihe von Besonderheiten, die sich auf die Stoffwechselkontrolle auswirken. Die hormonelle Veränderung im Rahmen der Adoleszenz bedingt einen vermehrtem Anfall von Blutzucker durch erhöhte „Stresshormone“ wie z. B. Cortisol und Adrenalin. Andere „Umstimmungen“ durch Geschlechts- und Wachstumshormone bedingen einen erhöhten Insulinbedarf. Stimmungen wechseln vermehrt, etwa in Auseinandersetzungen, das Selbstwertgefühl wird zentral. Verliebtheit und „normative“ Frustrationen sind typisch, der Wunsch nach scheinbarer Gleichheit in der Gruppe bedeutsamer als in anderen Phasen. Wechselnde oder mangelnde körperliche Betätigung ist häufiger als früher. Jugendliche neigen im Rahmen sich wandelnder Ernährungsgewohnheiten zum Konsum von in unserer Kultur jederzeit verfügbarem „Fastfood“. Die Selbstfürsorge kann generell nachlassen oder sich auf Bereiche wie äußeres Aussehen konzentrieren. Die bewusste *Wahrnehmung von Körpersignalen* der Über- oder Unterzuckerung ist gerade bei Jugendlichen mit mangelnder Selbstfürsorge beschränkt. Der Körper gewöhnt sich dann an Werte, die bei anderen massive Symptomatik auslösen würde, gerade im Bereich hoher Blutzuckerwerte.

3.12 Diabetes und psychosoziale Faktoren

Die wichtige Rolle psychosozialer Faktoren und psychotherapeutischer Begleitung ist lange anerkannt. Kontinuierliche Betreuung durch ein multidisziplinäres spezialisiertes Team führt zu deutlich besseren Ergebnissen was Stoffwechseleinstellung und damit Spätfolgen, Familienkonflikte und Erziehungsprobleme sowie Mitarbeit von Patienten, Familien und Schulen betrifft (Laron et al., 1979).

3.12.1 Kulturelle Faktoren

Kulturelle Kompetenzerwartungen: In unserer Kultur werden von Kindern früh Entscheidungen erwartet. Frei entscheiden zu können hat als „Nebenwirkung“ aber, dass auch von Kindern in einem kulturell nie dagewesenen Maß Entscheidungen und Entscheidungsfähigkeit erwartet werden (vgl. Keller, 2011) – auch dann, wenn es sich um wenig lustvolle Entscheidungsnotwendigkeiten handelt. Oft wird vorausgesetzt, dass Jugendliche ihre ferne Zukunft im Blick haben. Entscheidungserwartungen betreffen aber auch das, was ich während der nächsten Stunden vorhabe: „Werde ich ausruhen, „chillen“ Computer spielen, Sport treiben, werde ich an einem Fast-Food-Restaurant vorbeikommen und nicht widerstehen können?“

Diabetes kann dann als belastende „Entscheidungskrankheit“ gesehen werden. Diese dauernd notwendigen, aber oft überfordernden Entscheidungen Jugendlicher sollen zum einen auf kontinuierlicher Selbstbeobachtung beruhen, zum anderen sollen sie die Entscheidungen auch „fremdbestimmt“ berücksichtigen: „Was sagen das Blutzuckermessgerät, die Ärzte, die Eltern?“

3.12.2 Familie, Gleichaltrige und Schule

Mehrere Studien betonen die eminente Bedeutung der subjektiven Patientenwahrnehmung von hilfreichen Personen, Problem- und Beziehungsfeldern: Gerade schlecht eingestellte Diabetiker mit schon auftretenden Folgeerkrankungen sind besonders von Ausgrenzung bedroht – sei es durch häufige Krankenhauseinweisungen bei Ketoazidosen, sei es durch schulische Beeinträchtigungen. Hains, Berlin und Hobart (2009) beschreiben, dass weniger die realen Erlebnisse mit Gleichaltrigen, als die *subjektiven* Attributionen der Verletzlichkeit und Kränkbarkeit wesentlich sind für Vermeidungsverhalten bezüglich diabetesbezogener Handlungen. Insbesondere subjektive Erwartungen, von wesentlichen Peers abgelehnt zu werden, seien zentral. Helgeson, Reynold, Siminerio, Escobar und Becker (2008) zeigen, dass das *subjektive Gefühl geteilter Verantwortung mit den Eltern* im Gegensatz zu vorwiegender jugendlicher Verantwortung oder vorwiegender Elternverantwortung/-kontrolle prädiktiv ist für eine gute Einstellung und für psychisches Wohlbefinden. Ist die Mitverantwortung und Verantwortungsaufteilung situationsadäquat mit wesentlichen und positiv besetzten Bezugspersonen verhandelt und wird von den Jugendlichen als gut erlebt, wird sie nicht als Angriff auf die eigene Kompetenz, sondern als Zuwendung erlebt. Soziale Unterstützung ist besonders für Mädchen ein unabhängiger hilfreicher Faktor (Helgeson et al., 2009). Helgeson zeigte aber auch, dass ein altruistischer Fokus auf andere unter Vernachlässigung des Selbstinteresses besonders bei Mädchen negative Auswirkungen auf die Stoffwechselkontrolle haben kann.

Lehmkuhl und Nabors (2008) sowie Lehmkuhl und Kollegen (2009) sowie Bearmann und La Greca (zit. nach Helgeson et al., 2009) benennen deutliche Hinweise auf eine hilfreiche Rolle *diabetesspezifischer* Unterstützung durch beliebte

Gleichaltrige und Lehrer in Form von Akzeptanz/Toleranz und Erinnerungshilfen bezüglich Diät Sport, und Insulinapplikation.

Für uns heißt dies, dass wir nach subjektiver Einschätzung der Patienten wesentliche und beliebte Bezugspersonen von innerhalb oder außerhalb der Familie diabetesbezogen zu beteiligen versuchen.

3.1.2.3 Führt mangelnde Selbstfürsorge zu Familienkonflikten oder umgekehrt oder beides?

Wir selbst sehen bei unserer Patientengruppe meist eine individuell zu klärende Mischung. Oft zu beobachten sind familiendynamisch mehrere Zusatzbelastungen: häufige Kritik, Schuldzuweisungen oder divergierende Sorge der Elternteile, Konflikt-Fokussierung auf den Diabetes als sich projektiv anbietendes zentrales Alltags- und Beziehungsthema, selten Geschwistereifersucht. Die Erkrankung kann nach Seiffge-Krenke (1996) jedoch auch zur Strukturierung und Organisation von Familien positiv beitragen. Auch angesichts des Diabetes nutzen die Eltern ihr bisheriges Erziehungsrepertoire – das oft therapeutisch aufgegriffen und differenziert werden muss. Wohlwollendes aber klares Anleiten ist auch im Umgang mit dem Diabetes angebracht und muss aktiv geübt werden.

In einigen Untersuchungen an pädiatrischen Inanspruchnahmepopulationen zeigen sich – anderes als in psychiatrischer Erfahrung mit komorbiden Jugendlichen – nur geringe Auswirkungen familiärer/elterlicher Konflikte auf die Stoffwechselkontrolle (Kovacs, Kass, Schnell, Goldston, Marsh, 1989; Helgeson et al., 2009) Die Lebensqualität wurde dabei durchaus reduziert wahrgenommen – etwa wie bei Familien mit einem behinderten Kind. Nach Hauser und Kollegen (1990) ist die langfristige „Adhärenz“ der Patienten jedoch deutlich positiv assoziiert mit familiärer Kohäsion, Unterstützung und Organisation in der Familie sowie negativ assoziiert mit Familienkonflikten. Dabei war auch hier das *subjektive* Erleben von Familienkonflikten der stärkste Prädiktor.

Wiehe (2006) legt in ihrer Untersuchung von 79 diabeteskranken Kindern unserer Klinik eine Typologie von subjektiven Krankheitstheorien jüngerer Kinder und ihrer Familien ergänzt durch die assoziierten therapeutisch gut aufgreifbaren Bewältigungsstile vor. Sie fand sechs metaphorisch benannte Haupttypen, die sich in Aktivität und Passivität des Umgangs, Problemverleugnung oder Problemverhaftung, Grad der Hilflosigkeit und Erschöpfung sowie im affektiven und erzieherischen Umgang mit dem Kind unterscheiden: Diabetes als „Lebensaufgabe“, als „mühsames Alltagsgeschäft“, als „Nabelschnur zum Kind“, als „organisatorische Aufgabe“, als „Schicksalsschlag“ oder als „Untermieter.“

Konflikthaft werden können besonders innerhalb der Familien inkonsistente und nicht entwicklungsangepasste Krankheitstheorien – wie sie vermutlich im Jugendlichenalter insbesondere bei psychischen Problemen häufiger auftreten und als familientherapeutisches Thema aufgegriffen werden müssen.

4 Eigene Ergebnisse

Im *Katholischen Kinderkrankenhaus Wilhelmsstift* besteht seit langem eines der größten zertifizierten Diabeteszentren bundesweit mit einem Team von pädiatrischen Diabetologen, Diabeteschwestern, Ernährungsberaterinnen, Physiotherapeutinnen, Diabetespsychologen und einem ambulanten sozialmedizinischen Nachsorgeangebot.

An die Abteilung für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie werden im Laufe der jahrelangen pädiatrischen Behandlung in den Jahren 2006-2012 ca. 15 % der Patienten verwiesen, insgesamt 55 Patienten in den sieben ausgewerteten Jahren vorwiegend als Jugendliche. Das Alter der Vorstellung steht dabei in keiner Beziehung zum Alter bei Erstanmeldung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Seit 2006 wurden 26 Patienten/Familien rein ambulant und 29 auch stationär auf einer spezialisierten kinder- und jugendpsychiatrischen/-psychotherapeutischen Station behandelt. Die Überweisungen erfolgten vorwiegend aus dem eigenen Diabeteszentrum, jedoch auch aus anderen Pädiatrien. Mehrere Kinder- und Jugendpsychiatrien ohne enge beziehungsweise funktionale Kooperation mit einer pädiatrischen Abteilung verweisen ebenfalls Patienten zu uns. Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer entspricht dabei der anderer Patientengruppen mit entsprechenden psychiatrischen Diagnosen. Die ambulante Behandlung ist unterschiedlich und reicht in seltenen Fällen von wöchentlichen Psychotherapieterminen – unter Umständen über Jahre hin – bis zu wenigen beratenden Kontakten.

4.1 Teamqualifikation und -organisation

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie wird von einem Arzt mit Facharztqualifikation in Kinder- und Jugendmedizin und KJPP geleitet. Ebenso wurde die Diabetologie bis im Herbst 2012 durch einen entsprechend doppelt qualifizierten Facharzt geleitet. Beide gemeinsam führen unter anderem die Ausbildung in pädiatrischer psychosomatischer Grundversorgung durch, in der inzwischen über 50 vorwiegend niedergelassene Pädiater unter anderem in den Themen therapeutische Mitarbeit, Motivation und leben mit chronischer Erkrankung sowie entwicklungsorientierter Gesprächsführung geschult werden. Die zuständige Stationsärztin in der Pädiatrie hat mittlerweile eine psychotherapeutische Ausbildung begonnen. Die pädiatrische Zusatzqualifikation in psychosomatischer Grundversorgung wird zwar in der Klinik angeboten, leider nur auf Facharzniveau, nicht jedoch durch die Ärzte in Weiterbildung angenommen – vermutlich wegen der Schichtarbeitsbedingungen und Nachtdienste. Die zwei Psychologen der Pädiatrie haben die Zusatzqualifikation in Diabetespsychologie. Sie leiten die jährlichen Schulungen der Patienten und gegebenenfalls die Elternschulungen bzgl. der psychosozialen und entwicklungsorientierten Themen (gesonderte Schulung für Altersgruppen 5-7, 8-10, 11-13, 13-15 und 16-17 Jahre mit entsprechenden Elternanteilen), sehen Patienten in Krisen auf der

pädiatrischen Station und betreuen ausgewählte ambulante Patienten in Diagnostik und Kurzinterventionen. Die Mitarbeiterinnen des sozialmedizinisch diabetologischen Teams haben lange Erfahrung auf der Diabetiker betreuenden kinderärztlichen Station und sind ausgebildete „Case-Manager.“ Insgesamt ist die Mitarbeiterfluktuation gering, sodass Patienten in der Regel von ihnen über Jahre bekannten Mitarbeitern begleitet werden.

Die Station mit Schwerpunkt Diabetiker mit psychischen Störungen in der KJPPP wird von einem Arzt in Weiterbildung und einer Psychologin geleitet, die ein Jahr auf der entsprechenden Station der Kinder- und Jugendmedizin gearbeitet hat. Ein pädagogischer Mitarbeiter ist selbst Diabetiker, die Stationsleitung hat ihre Abschlussarbeit als Fachkraft Kinder- und Jugendpsychiatrie über Diabetes und Kooperation von Pädiatrie und KJPPP geschrieben. Auch hier ist die Mitarbeiterfluktuation gering, die ambulanten Psychotherapien werden fast ausschließlich vom Chefarzt und der Psychologin durchgeführt.

Durch den engen Kontakt der nebeneinander liegenden Abteilungen gelingt die Vermittlung meist unproblematisch. Insbesondere der Verweis auf die „Normalität“ und Häufigkeit der Kooperation, das Wissen um die jeweiligen Vorgehensweisen und die Möglichkeit die Behandler persönlich zu beschreiben oder vorzustellen, sind hilfreich. Mehr als die „Angst vor den Psychiatern“ spielt die Furcht vor zusätzlichen Terminen und die Erfahrung vielfältiger Krankenhausaufenthalte eine Rolle. Die Möglichkeit, die Station zu besuchen und mit Patienten, die ebenfalls unter psychischen Störungen und DM1 leiden, zu sprechen, ist wichtig. In Zukunft sollen Patienten mit Kombinationsdiagnosen auch schon von der Pädiatrie aus (solange sie intensive körperliche Überwachung benötigen) tagesklinisch Angebote in der KJPP wahrnehmen können.

Es gibt gemeinsame pädiatrische/kinderpsychiatrisch/-psychotherapeutische Fallbesprechungen und Supervisionen für die Mitarbeiter der pädiatrischen Klinik. Die Diabetologen bieten regelmäßige medizinische Fortbildungen und die Teilnahme an den Elternseminaren für das therapeutische und pädagogische/pflegerische Personal der kinderpsychiatrischen Klinik an.

Ein „Stolperstein der Kooperation“ liegt in der Schweigepflicht, von der nicht immer gegenseitig entbunden wird. Das Thema ist jedoch als „szenische Information“ unmittelbar therapeutisch nutzbar. Ein weiterer Stolperstein liegt in der erwähnten unterschiedlichen Zeitstruktur und unterschiedlichem Zeitempfinden zwischen relativ zeitlich gedrängter pädiatrischer Arbeit und den „langsamen Interventionen“ der Kinderpsychotherapeuten.

4.2 Pädiatrische Indikationsstellung zur kinderpsychiatrischen Vorstellung und Behandlung

Den Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden in der Regel ganz vorwiegend Patienten mit schlechter Einstellung ($\text{HbA1c} > 10\%$) vorgestellt, bei denen die Belastungsaufmerksamkeit der Pädiater höher zu sein scheint. Die Entscheidung zur Vorstellung erfolgt aber auch aus vielfältigen – auch subjektiven Gründen:

- Motivation des Arztes, sich mit psychosozialen Themen auseinanderzusetzen,
- Kommunikationskompetenz des Arztes/Teams,
- begrenzte Zeit in der Pädiatrie in Zeiten der diagnosebezogenen „Fall“-Vergütung,
- komplexe Pathologie von Eltern und familiärer Interaktion,
- heftige und ungewohnte „Gegenübertragungsgefühle“,
- vergebliche Bemühungen um „help rejecting complainers“ und
- erfasste Zusatzsymptomatik und familiäre Auffälligkeiten.

Inzwischen sind die Pädiater zunehmend trainiert, orientierende psychosoziale Fragen aufzugreifen. In unserer Patientenpopulation mit Diabetes wurden nur fünf Patienten mit normalen Stoffwechselfparametern vorgestellt, drei mit Angststörungen, zwei mit Störungen des Sozialverhaltens und emotionaler Störung – alle jedoch noch im vorpubertären Alter.

4.3 Charakteristika unserer Patienten Klientel

Die häufigsten psychiatrischen *Hauptdiagnosen* sind

- Anpassungsstörungen F43 (20 Patienten) davon 15 mit depressiver Symptomatik und fünf mit Suizidalität,
- Störungen des Sozialverhaltens F92, häufig kombiniert mit unterschiedlichen emotionalen Störungen (15 Patienten),
- primär psychische Probleme im Zusammenhang mit einer chronischen Erkrankung F54 (6 Patienten) und
- Angststörungen, vorwiegend im Sinne emotionaler Störungen mit Trennungsangst F93.0/F93.2 (5 Patienten).

Obwohl auffälliges Essverhalten im Sinne von übermäßigem Süßigkeitskonsum häufig vorkommt, fand sich in unserer Klientel nur eine Patientin mit einer Anorexia nervosa. Dass bei unseren Patienten anders als von Meusers (2011, mündliche Mitteilung) keine PTSD oder andere Anpassungsstörungen auf die Manifestation diagnostiziert wurden, mag am langen Zeitraum seit Erstmanifestation, mangelnden spezifischen Nachfragen, aber auch an der Erstversorgung im eingespielten Zentrum liegen.

Stoffwechselverlauf in der stationären Behandlung. Bei Erwachsenen sind die beschriebenen Stoffwechselverbesserungen bei psychotherapeutischen Interventionen gering (Matthaei et al., 2012). Bei Jugendlichen mit extrem hohen Werten ist dies – entsprechend unserer eigenen Erfahrungen – zumindest kurzfristig deutlich anders. Nicht bei allen unserer eigenen jugendlichen Patienten liegen insbesondere bei externen Überweisungen HbA1C-Werte im Verlauf vor. Innerhalb des Kinderkrankenhauses hat sich das verbessert durch Zugang zum Diabetes-Dokumentationssystem. Wie zu erwarten, fanden bei stationärer Behandlung in der Regel deutliche Verbesserungen statt, deren Ausmaß auch wesentlich damit zusammenhängt, dass bei Auf-

nahme schon sehr hohe Werte vorlagen. Bei 19 stationär behandelten Patienten mit kompletten Daten verbesserte sich der HbA1C im Verlauf durchschnittlich um 3,7 %, ausgehend von einem durchschnittlichen Wert von 12,6 % vor Erstvorstellung/Aufnahme. Dies sagt allerdings nur wenig über die Nachhaltigkeit aus, da während des stationären Aufenthalts ein kontinuierliches Übungsprogramm im Umgang mit dem Diabetes mit zunehmenden Freiheitsgraden der Selbstkontrolle und -behandlung durchgeführt wird, sowie wöchentliche Kontrollen und möglichst gemeinsame Gespräche von Patient und Bezugsperson mit einem Diabetologen stattfinden.

Oft kommt es im stationären Rahmen anfangs zu einer kurzen „Honeymoonphase“, in der sich häusliche Verhaltensweise noch wenig widerspiegeln, die entsprechenden Gegenübertragungsreaktionen im Team noch wenig ausgeprägt und damit noch nicht nutzbar sind. Bei ausgeprägten familiären Entwicklungskonflikten inszenieren sich diese jedoch in der Regel schnell. Bald wird allerdings deutlicher als bei Kurzaufenthalten in der Kinderheilkunde, wo wesentliche Schwierigkeiten liegen: einzelne Familienmitglieder versorgen die Patienten insgeheim mit Süßigkeiten, da sie ihnen scheinbar leid tun, Süßigkeitenreservoirs aus den Zimmern tauchen auf, Aggressionen gegenüber den Bezugspersonen werden über die Macht der Kontrollverweigerung ausgelebt. Unsere psychodynamisch familientherapeutischen Ansätze haben sich dabei als sehr hilfreich erwiesen.

Auffallend im Vergleich zu den Untersuchungen an pädiatrischen Populationen ist in unserer Klientel von komorbiden Jugendlichen mit mangelnder diabetesbezogener Selbstfürsorge die psychiatrisch vorgestellt werden die Zahl *getrennter Familien* oder nicht hinreichend zugänglicher Väter. Über 60 % der Familien unserer Patienten leben in Trennung, in der Mehrzahl davon besteht nur ein sehr geringer oder völlig fehlender Kontakt zum Kindsvater. Dabei bestehen oft Auseinandersetzungen über Überfürsorglichkeit oder mangelnde Sorge bzgl. des Diabetes. Bei 17 Vätern oder Müttern werden in den Arztberichten psychische Erkrankungen benannt, bei 6 Elternteilen schwere körperliche Erkrankungen. Sechs der 104 Elternteile sind verstorben. Trennungen und insbesondere Unzugänglichkeit des Vaters sollte auch von pädiatrischen Diabetologen als Risikofaktor wahrgenommen werden! Inwieweit die familientherapeutische Einbeziehung der Väter bessere Ergebnisse bedingt, können wir aus unseren Daten jedoch noch nicht beurteilen.

5 Zusammenfassung und Ausblick

Wie bei anderen chronischen körperlichen Erkrankungen in Verbindung mit psychischen Störungen, bewirkt eine kooperative Behandlung von Pädiatern mit Kinder- und Jugendpsychiatern und pädagogischem Klinikpersonal mit gemeinsamer Behandlungsplanung eine wesentliche Verbesserung des Befindens der Patienten und ihrer Familien. Diabetologen sind dankbar und offen für Kooperation. Pädiater und Psychotherapeuten profitieren vom gemeinsamen Erkenntnisgewinn. Eine

Spezialisierung in psychosomatischen Stationen ist hilfreich. Neben motivationalen Aspekten müssen die Entwicklungsphase und die Familiendynamik berücksichtigt werden. Spezielle Dynamiken der Interaktion um den Diabetes als Manifestationsort psychischer Störungen werden in den uns vorliegenden Vorbehandlungen dann besser verstanden werden.

Literatur

- Blanz, B. J., Rensch-Riedmann, B. S., Fritze-Sigmund, D. I., Schmidt, M. H. (1993). IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. *Diabetes Care*, 16, 1579-1587.
- Haak, T., Kellerer, M. (Hrsg.) (2010). Evidenzbasierte Leitlinie: Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie, Deutsche Diabetesgesellschaft.
- Hains, A., Berlin, K., Hobart, D. (2009). Attributions of teacher reactions to diabetes self-care behaviors. *Journal of Pediatric Psychology*, 34, 97-107.
- Hauser, S. T., Jacobson, A. M., Lavori, P., Wolfsdorf, J. I., Herskowitz, R. D., Milley, J. E., Bliss, R., Wertlieb, D., Stein, J. (1990). Adherence among children and adolescents with insulin dependent diabetes mellitus over a four-year longitudinal follow-up: II Immediate and long term linkages with the family milieu. *Journal of Pediatric Psychology*, 15, 527-542.
- Helgeson, V., Snyder, P., Escobar, O., Siminerio, L., Becker, D. (2007). Comparison of adolescents with and without diabetes on indices of psychosocial functioning for three years. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 794-806.
- Helgeson, V., Reynold, K., Siminerio, L., Escobar, O., Becker, D. (2008). Parent and adolescent distribution of responsibility for diabetes self-care: Link to health outcomes. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 497-508.
- Helgeson, V. S., Siminerio, L., Escobar, O., Becker, D. (2009). Predictors of metabolic control among adolescents with diabetes: A 4-year longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology* 34, 254-270.
- Hood, K., Huestis, S., Maher, A., Butler, D., Volkenbing, L., Laffel, L. (2006). Depressive symptoms in children and adolescents with diabetes type 1. *Diabetes Care*, 29, 1389-1391.
- Keller, H. (2011). *Kinderalltag: Kulturen der Kindheit und ihre Bedeutung für Bindung, Bildung und Erziehung*. Heidelberg: Springer.
- Kovacs, M., Kass, R., Schnell, T., Goldston, D., Marsh, J. (1989). Family functioning and metabolic control of school aged children with IDDM. *Diabetes Care*, 12, 409-414.
- Laron, Z., Galatzer, A., Amir, S., Gil, R., Karp, M., Minouni, M. (1979). A multidisciplinary, comprehensive ambulatory treatment scheme for diabetes mellitus in children. *Diabetes Care*, 2, 342-348.
- Lehmkuhl, H., Nabors, L. (2008). Children with diabetes: Satisfaction with school support, illness perceptions and HbA1c levels. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20, 101-114.
- Lehmkuhl, H. D., Merlo, L. J., Devine, K., Gaines, J., Storch, E. A., Silverstein, J. H., Geffken, G. R. (2009). Perceptions of type 1 diabetes among affected youth and their peers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 16, 209-215.

- Matthaei, S., Kellerer, M., Kulzer, B., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F., Petrak, F. (2012). Evidenzbasierte Leitlinie – Psychosoziales und Diabetes mellitus, Version 1.0, Deutsche Diabetes Gesellschaft (DGG).
- Menhorn, V. Z. (2012). Diabetes mellitus: Kinder und Jugendliche bedürfen einer engmaschigen Betreuung. Deutsches Ärzteblatt B, 50, 2065-2066.
- Morse, S. A., Ciechanowski, P. S., Katon, W. J., Hirsch, I. B. (2006). Isn't this just bedtime snacking? The potential adverse effects of night-eating symptoms on treatment adherence and outcomes in patients with diabetes. *Diabetes Care*, 29, 1800-1804.
- Müller-Nothmann, S. (2008). Prinzipienwandel in der Diättherapie des Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen. *päd*, 14, 116-120.
- Northam, E. A., Matthews, L. K., Anderson, P. J., Cameron, F. J., Werther, G. A. (2005). Psychiatric morbidity and health-outcome in type 1 diabetes: Perspectives from a longitudinal study. *Diabetes Medicine*, 22, 152-157.
- Seiffge-Krenke, I. (1996). *Chronisch kranke Jugendliche und ihre Familien*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seiffge-Krenke, I. (2001). *Diabetic adolescents and their families: stress, coping, and adaptation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wabitsch, M. (2010). Moderne Ernährung des Jugendlichen mit Diabetes Mellitus Typ 1 – Bedeutung von Junk Food, Snacking und zuckerhaltigen Getränken. *päd*, 16, 55-58.
- Warncke, K., Ziegler, A. (2013). Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. *päd*, 19, 43-47.
- Wiehe, K. (2006). *Zwischen Schicksalsschlag und Lebensaufgabe: Die Rolle subjektiver Krankheitstheorien bei der familiären Bewältigung chronischer Krankheit im Kindesalter*. Hamburg: Verlag Dr. Kovač.

Korrespondenzanschrift: Dr. Joachim Walter, Kath. Kinderkrankenhaus Wilhelmstift gGmbH, Liliencronstraße 130, 22149 Hamburg; E-Mail: j.walter@kkh-wilhelmstift.de