SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM SPZ

Psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Wie erkennen – was tun?

Donnerstag, 7. Mai 2015
16.00–18.00 Uhr
Kantonsspital Winterthur, Aula U1

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen

Psychosomatische Symptome kennen wir alle, egal ob erwachsen oder im Kindesalter, ob grundsätzlich gesund oder krank. Ganz wörtlich kann zum Beispiel ein schwieriges Gespräch «auf den Magen schlagen» oder eine bevorstehende Prüfung «Kopfzerbrechen» bereiten. Nicht immer nehmen wir dies tatsächlich als Unwohlsein oder eigentliche Belastung wahr, häufig werden Stressfaktoren in diesem Stadium verdrängt. Noch grösser scheint die Herausforderung, aus diesen Hinweisen auf eine gewisse Dysbalance die richtigen Schlüsse zu ziehen.

Wenn aus gelegentlichen Symptomen durch Fortbestehen von Belastungsfaktoren eine psychosomatische Störung entsteht, zieht das für betroffene Kinder und Jugendliche erhebliche Konsequenzen nach sich. Es folgen meist zahlreiche körperliche Untersuchungen, «man findet nichts», wechselt auf die psychische Schiene und versucht es mit verschiedenen therapeutischen Ansätzen. Dennoch dreht sich die Negativspirale manchmal weiter und macht eine Hospitalisation notwendig.

An unserem Minisymposium möchten wir Ihnen einen tieferen Einblick (Diagnostik und Therapie) in die Thematik psychosomatischer Störungen geben. Anhand von Fallbeispielen wird Ihnen zudem die praktische Umsetzung nähergebracht.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme, den Austausch mit Ihnen und den anschliessenden Apéro.

Dr. med. Kurt Albermann
Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Stv. Direktor Dept. Kinder- und Jugendmedizin
Kantonsspital Winterthur

Dr. med. Anna Tholen
Oberärztin Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie FMH
Kantonsspital Winterthur

Psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Wie erkennen – was tun?

Datum	**Donnerstag, 7. Mai 2015**
Ort	**Kantonsspital Winterthur, Aula U1**
Zeit	**16.00–18.00 Uhr**

16.00–16.15 Uhr	**Begrüssung und Einführung** Dr. med. Kurt Albermann
16.15–17.00 Uhr	**Dissoziative Störungen** **Fachreferat mit Beispielen aus Theorie und Praxis** Dr. med. Daniel Marti
17.00–17.45 Uhr	**Fachreferat mit Vorstellung eines Falls von der Station** Fiona Schorn
17.45–18.00 Uhr	**Diskussion und Fragen**
anschliessend	**Apéro**

Moderation **Dr. med. Anna Tholen**

Referentinnen und Referenten

Dr. med. Kurt Albermann
Chefarzt Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Stv. Direktor Dept. Kinder- und Jugendmedizin

Fiona Schorn
Psychologin, Abt. stat. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik SPZ

Dr. med. Daniel Marti
Leitender Arzt, Abt. Psychosomatik und Psychiatrie
Universitäts-Kinderspital Zürich

Dr. med. Anna Tholen
Oberärztin Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie FMH

Unsere Fortbildungen sind von SGIM, SGAM und veranstaltungsabhängig von weiteren medizinischen Fachgesellschaften anerkannt (in der Regel 1 Credit pro Stunde, entsprechende Bestätigungen liegen auf).

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Brauerstrasse 15
Postfach 834
8401 Winterthur
Tel. 052 266 21 21
info@ksw.ch
www.ksw.ch

Kontakt und Anmeldung

Departement Kinder- und Jugendmedizin
Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Eveline Mäder
Assistentin Chefarzt SPZ
Tel. 052 266 37 11
eveline.maeder@ksw.ch

Um den Apéro planen zu können, bitten wir um Anmeldung per E-Mail an oben genannte Anschrift.

4/2015

Psychosomatische Störungen bei Kindern und Jugendlichen

Wie erkennen – was tun?

Donnerstag, 7. Mai 2015

Sozialpädiatrisches Zentrum Winterthur (SPZ)

Departement Kinder- und Jugendmedizin
Abt. Kinder- / Jugendmedizin und Psychosomatik (AKJP)

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Programm

16.00-16.15	**Begrüssung und Einführung** **Dr. med. Kurt Albermann** **Dr. med. Anna Tholen (Moderation)**
16.15-17.00	**Dissoziative Störungen** **Fachreferat mit Beispielen aus Theorie und Praxis** **Dr. med. Daniel Marti**
17.00-17.45	**Fachreferat mit Fallvorstellung von der Station** **Fiona Schorn, Psychologin** **Alexandra Wattinger, APN** **Ann-Kristin Wüst, Sozialpädagogin**
17.45-18.00	**Diskussion und Fragen**
ab 18.00	**Apéro**

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Prävalenz

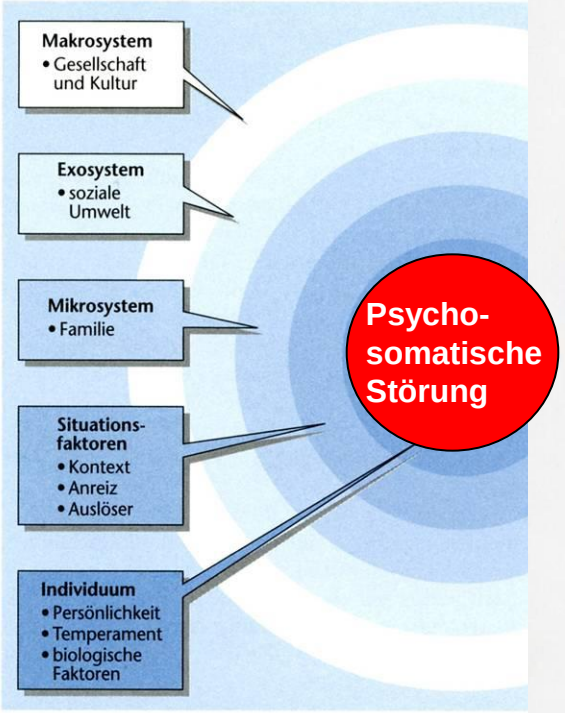
Psychosomatische Symptome / Störungen

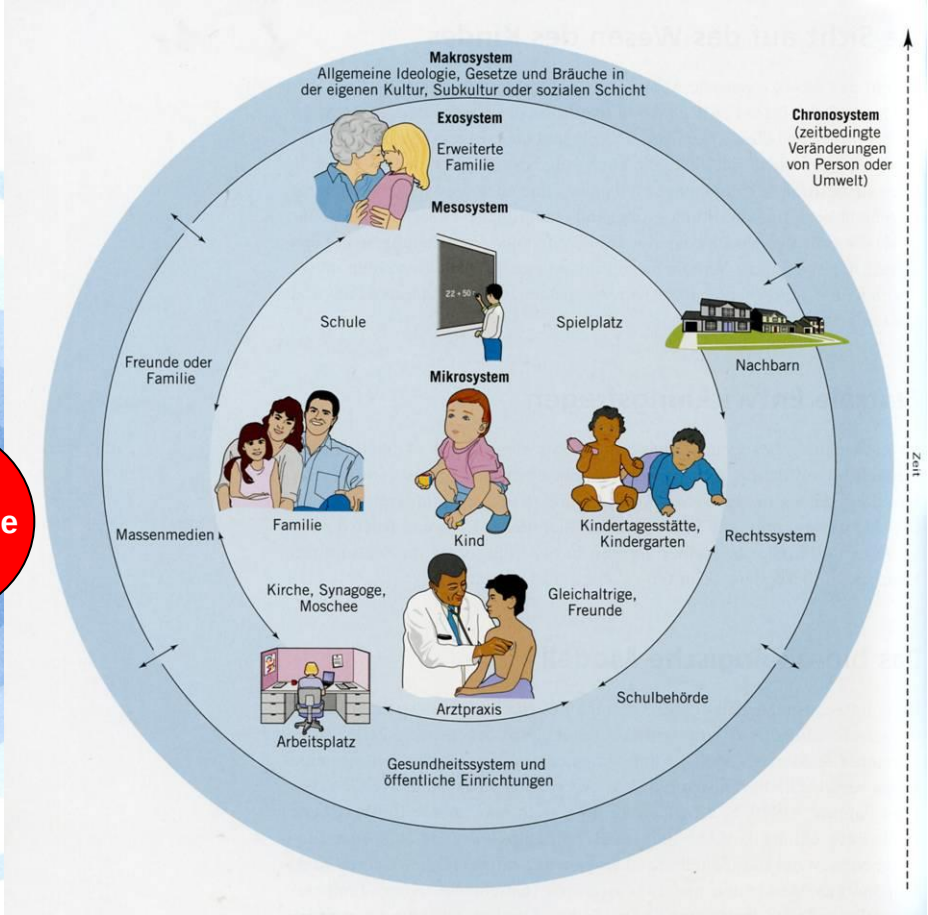
▪ Rezidiv. Kopfschmerz (Kinder / Jugendliche)			10-70%
▪ Rezidiv. Bauchschmerzen			10-25%
▪ Muskel- und Skelettschmerzen			5-20%
▪ Gefühl der Mattigkeit (Jugendliche)			15%
▪ Somatoforme Störungen (Jugendliche, junge Erw.)			2.7%
▪ Asthma bronchiale			10%
▪ Neurodermitis			0.7-2.4%
▪ Enuresis	nocturna	8 J	7.4%
	diurna		4%
Enkopresis			2.3%

Haller et al. (2015), Steinhausen (2006), Herpertz-Dahlmann et al. (2003)

Bio-psycho-soziales / Bioökologisches Modell

mod. für psychosomatische Störungen



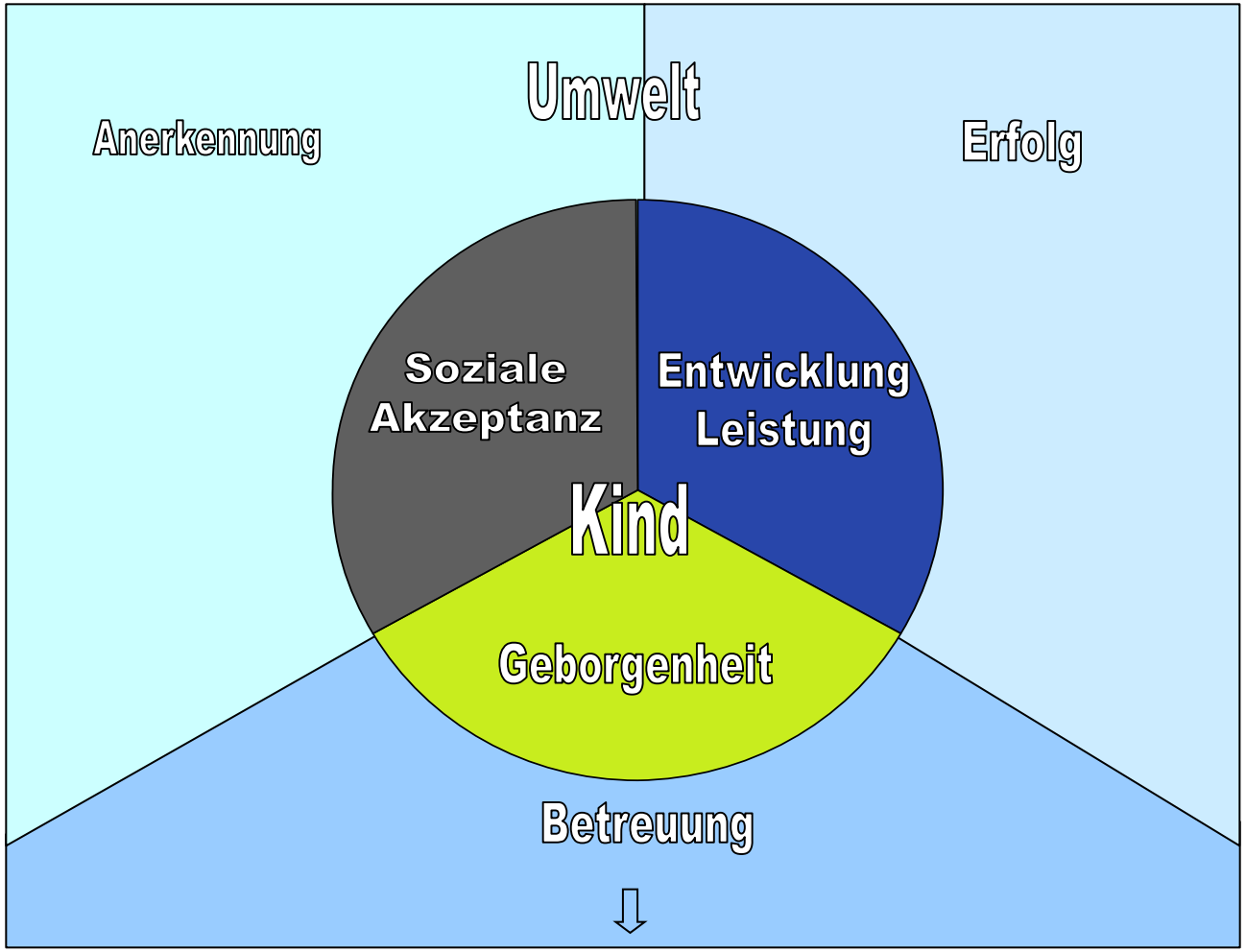


Bronfenbrenner 1979, Steinhausen 2006

Dr. med. Kurt Albermann
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Departement Kinder- und Jugendmedizin

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Fit (Zürcher FIT-Konzept)



⇩

Wohlbefinden

Eigenaktivität

Selbstwertgefühl

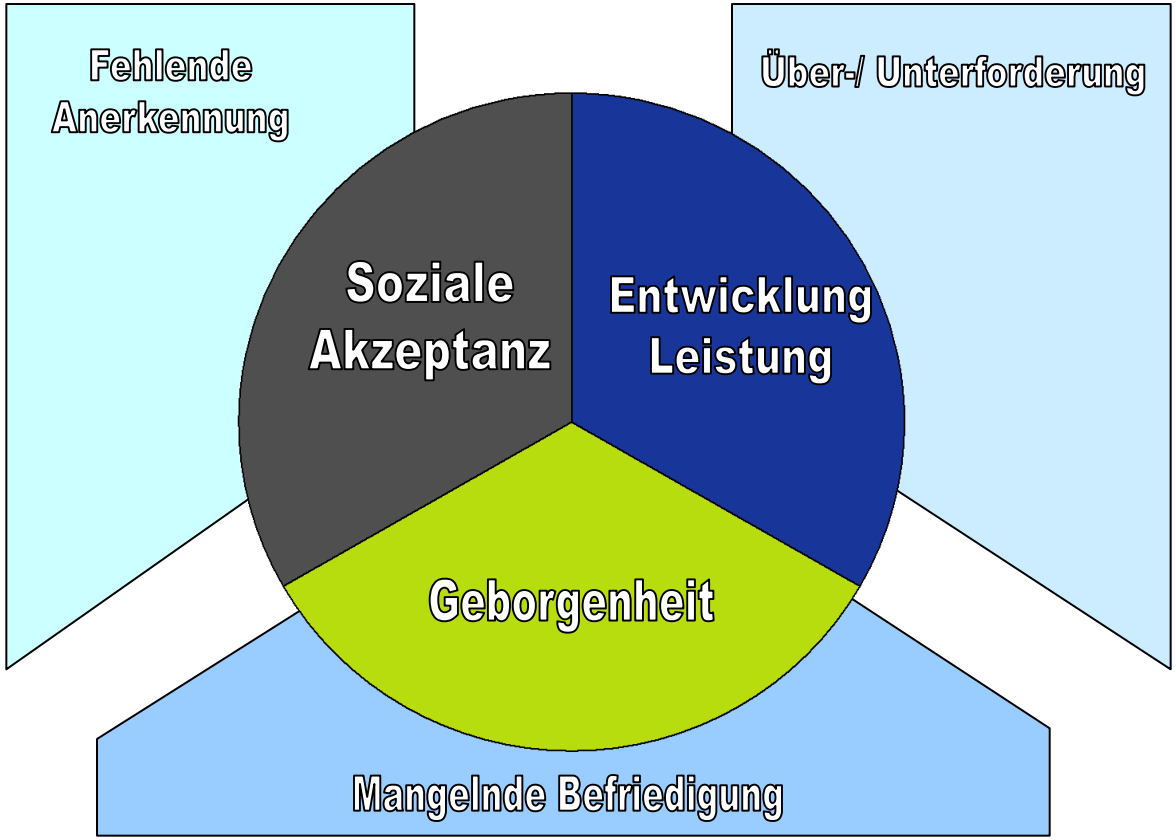
Thomas & Chess (1977)

Kagan (1986)

Largo, Jenni (2007)

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Misfit



Fehlendes Wohlbefinden

Verminderte Aktivität

Beeinträchtigtes Selbstwertgefühl

Individuelle Disposition

Alter

Verhaltensauffälligkeiten

Psychosomatische Erkrankung

Entwicklungsstörung

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Zusammenhang Resilienz und Multiple Stressoren
Jaffe 2007

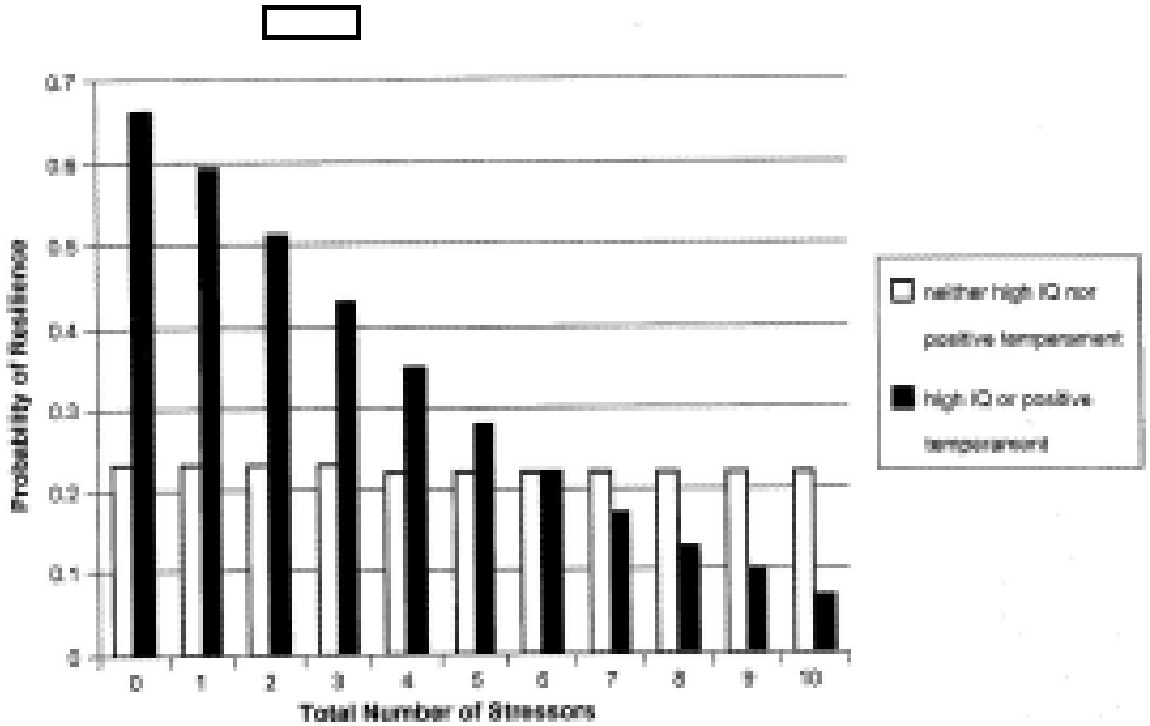


Figure 1. The probability of children's resilience to maltreatment as a function of individual strengths and exposure to fa and neighborhood stressors.

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Eur Child Adolesc Psychiatry
DOI 10.1007/s00787-012-0258-9

ORIGINAL CONTRIBUTION

Prevalence of psychosomatic and emotional symptoms in European school-aged children and its relationship with childhood adversities: results from the IDEFICS study

Barbara Vanaelst · Tineke De Vriendt · Wolfgang Ahrens · Karin Bammann · Charalambos Hadjigeorgiou · Kenn Konstabel · Lauren Lissner · Nathalie Michels · Denes Molnar · Luis A. Moreno · Lucia Reisch · Alfonso Siani · Isabelle Sioen · Stefaan De Henauw

follow-up survey of the IDEFICS study, a Large Integrated Project within the 6th Framework Programme of the European Commission ('Identification and prevention of Dietary- and lifestyle-induced health EFfects In Children and infantS', http://www.idefics.eu). The IDEFICS project

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Ungünstige Lebensbedingungen / Einflüsse

- Elterliche Konflikte / Scheidung
- Wenig unterstützendes / ungünstiges Familienklima
- Häusliche Gewalt
- Mangelnde elterliche Aufsicht
- Sozioökonomische Benachteiligung
- Schwere Erkrankung eines Kindes / Familienmitglied
- Peer-Probleme
- Schulische Frustrationserlebnisse

Negative Lebensereignisse (einmalig)

- Elterliche Scheidung / Trennung
- Neues Familienmitglied (z.B. Stiefelternteil)
- Elterlicher Verlust der Arbeit
- Schwere Erkrankung / Unfall des Kindes
- Schwere Erkrankung eines Familienmitglieds
- Grösseres schulisches Frustrationserlebnis
- Tod eines Elternteils, Geschwister, Grosseltern, Haustier

Familiäre / soziale Belastungen (chronisch)

- Umzug / Immigration
- Elterliches / mütterliches Bildungsniveau
- Ökonomische Benachteiligung / soziale Unterstützung
- Abweichende Familiensituation
- Unzureichende elterliche Aufsicht und Steuerung
- Junge Mutterschaft (<19 J)

Prävalenz

Psychosomatische Störungen

	N of children	At least one psychosomatic or emotional symptom
		% of children
Survey centres		
Belgium	343	42.6
Cyprus	469	42.9
Estonia	763	55.8
Germany	337	43.6
Hungary	643	40.3
Italy	520	50.2
Spain	472	49.8
Sweden	519	35.5

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Prävalenz

Psychosomatische Störungen

- **45.7% min. 1 PES**
- **38.2% geringes emotionales Wohlbefinden vergangene Woche**
- **Keine Geschlechtsunterschiede**
- **Korrelation PES – Alter der Kinder**
- **Ungünstige Einflüsse mit / ohne PES:**

Peer-Probleme	**13.3% vs. 3.9%**
Abweichende Familienstruktur:	**25.4% vs. 17.4%**

- **Anzahl ungünstiger Einflüsse ↑:** **Risiko für PES ↑**

Zusammenfassung

- Psychosomatische Störungen sind häufig
- Organische Symptome können durch psychosoziale Belastung ausgelöst oder verstärkt werden
- Aufklärung von Kindern, Jugendlichen, Eltern (Krankheitsmodell)
- Abklärung integrativ > parallel veranlassen
- Zusammenhang offen ansprechen, keine Tabuisierung
- Partnerschaftliche Arzt-Patient-Beziehung
- Umfeld einbeziehen, stufengerecht informieren (z.B. Schule)

Dr. med. Kurt Albermann
Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ)
Departement Kinder- und Jugendmedizin

SOZIALPÄDIATRISCHES ZENTRUM SPZ

Frühkindliche Regulationsstörungen

new…

Ambulantes und stationäres Angebot

Kontakt

Departement Kinder- und Jugendmedizin
Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Sekretariat Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik
Albanistrasse 24
Tel. 052 266 29 19
Fax 052 266 35 58
spz@ksw.ch

KSW
KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Frühkindliche Regulationsstörungen

Ihre Ansprechspersonen:

Ambulantes Angebot

Erika Imhof Nielsen
Interaktionstherapeutin
Tel. 052 266 37 30
erika.imhof@ksw.ch

Dr. med. Corsin Bischoff
Oberarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie
Tel. 052 266 37 16
corsin.bischoff@ksw.ch

Stationäres Angebot

Dr. med. Corsin Bischoff
Oberarzt Kinder- und Jugendpsychiatrie
Tel. 052 266 37 16
corsin.bischoff@ksw.ch

Dr. med. Regula Schmid
Leitende Ärztin Kinderneurologie SPZ
und Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Tel. 052 266 41 79
regula.schmid@ksw.ch

Beispiele
- exzessives Schreien, Weinen, Trotzen, Klammern
- Fütterstörungen, Ernährungs- und Gedeihprobleme
- Schlafstörungen
- Schwierigkeiten in der Eltern-Kind-Beziehung

Gestresste Kinder und Jugendliche

Erkennen, Verstehen, Be-Handeln

12. SPZ-Symposium

Winterthur, 19. November 2015

Festsaal Banana-City

Wir freuen uns auf Sie!

Sozialpädiatrisches Zentrum SPZ

Departement Kinder- und Jugendmedizin

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

Die Bedeutung des therapeutischen Milieus für die Behandlung von dissoziativen Störungen bei Jugendlichen

Daniel Marti 7. Mai 2015

Das Spital der
Eleonorenstiftung

PSYCHOSOMATISCHE
THERAPIESTATION

Psychosomatisch Psychiatrische Therapiestation (PPTS)

Stationäre psychiatrische Behandlung von 13 Kindern und Jugendlichen im Alter von 10 - 17 Jahren.

Hauptsächliche Störungsbilder:

- Somatoforme Störungen
- Dissoziative Störungen
- Essstörungen

Behandlungsdauer: 3 - 4 Monate

Behandlungsteam

Adoleszentenmediziner

Ergotherapeutin

Lehrer/innen

Leitender Arzt

Oberärztin

Psychologin

Psychomotorikerin

Sozialpädagoginnen/
Pflegefachfrauen/-männer

Stationsärztin

und weitere...(Physiotherapie,

Neurologie, Endokrinologie etc.)

Mind - Body Problem

Organische Pathologie
(„Medizinisch“ erklärbar) → **„Legitime Krankheiten“**

Keine organische Pathologie
(“Medizinisch“ nicht erklärbar) → **„Illegitime Krankheiten“**

Dissoziation

Trennung, Auflösung

Komplexer psychophysiologischer Prozess, bei dem es zu *Desintegration* und *Fragmentierung* des Bewusstseins und anderer verwandter höherer psychischer Funktionen (Gedächtnis, Identität, Wahrnehmung) von sich selbst und der Umwelt kommt.

Kein grundsätzlich pathologischer Prozess: Dissoziative Phänomene im Alltag: Tagträume, Gedankenabschweifen und daraus resultierende Amnesien

Dissoziationsfähigkeit bei Kindern besonders ausgeprägt

Dissoziative Störungen

Störungen des Bewusstseins

Dissoziative Amnesie

Dissoziative Fugue

Dissoziativer Stupor

Trance- und Bessenheitszustände

Depersonalisation

Dissoziative Identitäts-störung

Störungen körper-symptomatischer Art (Konversionsstörungen)

Dissoziative Bewegungs-störungen

Dissoziative Krampfanfälle

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

Dissoziative Krampfanfälle

ICD-10 F44.5

Sog. psychogene Anfälle. Ähnlichkeit zu epileptischen Anfällen. Grosse Spannbreite.

Vollständige oder partielle Amnesie

Epilepsietypische Merkmale wie Zungenbiss, Urin-Inkontinenz und Verletzung bei Sturz sind selten

Statt Bewusstseinsverlust oft stupor- oder tranceähnlicher Zustand

UNIVERSITÄTS-
KINDERSPITAL
ZÜRICH

Differentialdiagnose

	Psychogener Anfall	*Epileptischer Anfall*
Somatische Anamnese	Meist normal	Meist normal
Psychosoziale Anamnese	Oft auffällig	Meist normal
Begleitumstände	Fast immer dramatisch	Zufällig
Anwesenheit Dritter	Fast immer	Zufällig
Anfallsmerkmale	Variabler Ablauf	Gleichbleibender Ablauf
Anfallsdauer	meist > 2‘	sehr selten > 2‘
Augen	Meist geschlossen	Fast immer offen
Pupillenreaktion im Anfall	Normal	Aufgehoben
EEG	Normal	Meistens auffällig
Medikamente	Geringe Wirksamkeit	Gute Wirksamkeit

Dissoziative Krampfanfälle

Prävalenz: 2 - 33 pro 100`000

(10 - 20% in Epilepsiezentren)
Häufig „Status epilepticus“
Mehr weibliche Jugendliche

Verlauf: 29 - 58% anfallsfrei
(Günstig: Frühe Diagnose, kurzer Verlauf)

Dissoziative Krämpfanfälle: Komorbidität

	Dissoziative Krampfanfälle	Somatoforme Störungen
Depressive Störungen	57%	52%
Angststörungen	39%	30%
PTSD	35%	13%
Bipolare Störungen	22%	4%
Phobische Störungen	13%	26%
Zwangsstörungen	9%	4%
Andere	13%	0%

Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

ICD-10 F44.6

Teilweiser oder vollständiger Verlust aller normalen Hautempfindungen an Körperteilen oder am ganzen Körper (Hypo-, Hyper- oder Parästhesien)

Kein Zusammenhang mit neurologisch definierten Segmenten

Teilweiser oder vollständiger Verlust der Funktionen bestimmter Sinnesmodalitäten

Dissoziative Bewegungsstörungen

ICD-10 F44.4

Vollständiger oder partieller Verlust der Bewegungsfähigkeit eines oder mehrerer Körperglieder

Koordinationsstörungen

Betrifft meistens die oberen oder unteren Extremitäten

Zuweisung

Telefonische Triage
(Therapeuten oder andere Klinik)

Vorgespräch

- Somatische und psychiatrische Evaluation
- Formulierung der Erwartungen von Eltern/Patientin
- Erläutern des Therapiekonzepts (Besichtigung der Station)
- Beurteilung der Dringlichkeit
- Festlegen des Procedere

Chronologie der Behandlung

Zuweisung

Vorgespräche

Behandlungsbeginn

Vorgeschichte

Therapieverlauf PPTS

Uebergang zur ambulanten Nachbehandlung

Michaela, 13-jährig

Zuweisung

Durch Kinderärztin

Verdachtsdiagnose Dissoziative Störung

Problem

M. kann seit einem Jahr das rechte Bein nicht mehr strecken und geht an Krücken. Totalflexion im Kniegelenk.

Seit Monaten kein Schulbesuch mehr.

Verbringt die Zeit fast vollständig zuhause

1. Vorgespräch

Teilnehmer: Eltern und Michaela

Rehabilitationsarzt (Affoltern)
Adoleszentenmediziner
Psychiater

Vereinbarung: Keine weitere somatische Diagnostik im KISPI
Familie hat die Wahl zwischen Rehablitations-klinik Affoltern oder Psychosomatisch-Psychiatrischer Therapiestation (PPTS)

Patientin: Wirkt distanziert, passiv

2. Vorgespräch (fünf Wochen später)

Teilnehmer:	Eltern und Michaela
	Leitender Psychologe
	Psychiater
Verlauf:	Weiterhin Totalflexion im rechten Bein
	Kein Schulbesuch
	Deutliche weitere Gewichtszunahme (>20 kg)
	Beginn einer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung
Patientin:	Aktiver, wünscht Aufnahme auf die PPTS

Beginn der stationären Behandlung (PPTS)

Eintritt vier Wochen nach dem 2. Vorgespräch

M. geht an Krücken, kann bei vielen Aktivitäten nicht mitmachen
Verweigert somatische Untersuchung des Beines

Geht zweimal die Woche in die Physiotherapie, Psychomotorik, Ergotherapie und Einzelpsychotherapie

Alle paar Wochen sind Familiengespräche geplant

Vorgeschichte I

Keinerlei Auffälligkeiten in der Vorgeschichte bis und mit Uebertritt in Oberstufe

Ende 1. Semester 1. Sek. A: Bagatelltrauma zuhause. Erst im Skilager Knieschwellung und Schmerzen, anhaltend

Drei Wochen später:

Arthroskopie. Diagnose: Verdacht auf Meniskusläsion oder Pseudoblockade

Therapie: Physiotherapie mehrmals wöchentlich.

Vorgeschichte II

Nach zwei Monaten:

MRI (Hinweise auf Sturzverletzung)

Trotz Physiotherapie wird die Flexion im Kniegelenk immer stärker

Nach drei Monaten: (Neues Behandlungsteam)

Bein wird in Narkose gestreckt und anschliessend eingegipst.

Nach einer Woche Gipsentfernung. Sehr schnell erneute Flexion im Kniegelenk

Therapie: Physiotherapie
Akupunktur

Vorgeschichte III

Nach vier Monaten:

2. MRI (Hinweise auf Fehlstellung)

Bein wird erneut in Narkose gestreckt und soll für sechs Wochen eingegipst bleiben. Wegen zunehmender Schmerzen und Gehunfähigkeit Gipsentfernung nach wenigen Tagen

Erneute Flexion im Kniegelenk

Nach sechs Monaten (Neues Behandlungsteam)

Neurologische Abklärungen
Psychiatrisches Konsil

Therapie: Intensive Physiotherapie
Botox Behandlung
Psychiatrische Gespräche (als intrusiv erlebt)

Vorgeschichte IV

Nach sechs Monaten (Forts.):

Leichte Besserung, Flexion besteht weiter, Schmerzen besser. Patientin geht weiterhin an Krücken

Nach acht Monaten (Altes Behandlungsteam)

Durch die Schule zunehmend belastet (Katze verschwindet, Schmerzen werden stärker)

Neurologische Abklärungen und 3. MRI (Kopf und Wirbelsäule, Normalbefund)

Therapie: Neuraltherapie

Bei leichter Extension bereits Schmerzen.

Während der Untersuchung werden massive Schmerzen ausgelöst, vollständige Blockade des Gelenkes

Vorgeschichte V

Nach zwölf Monaten:

Flexion besteht weiter, Schmerzen besser.
Patientin geht weiterhin an Krücken

Spinalanästhesie (Neues Behandlungsteam)

Schmerzmedikation auch wegen Rückenschmerzen

Keine Besserung

Schulbesuch unmöglich

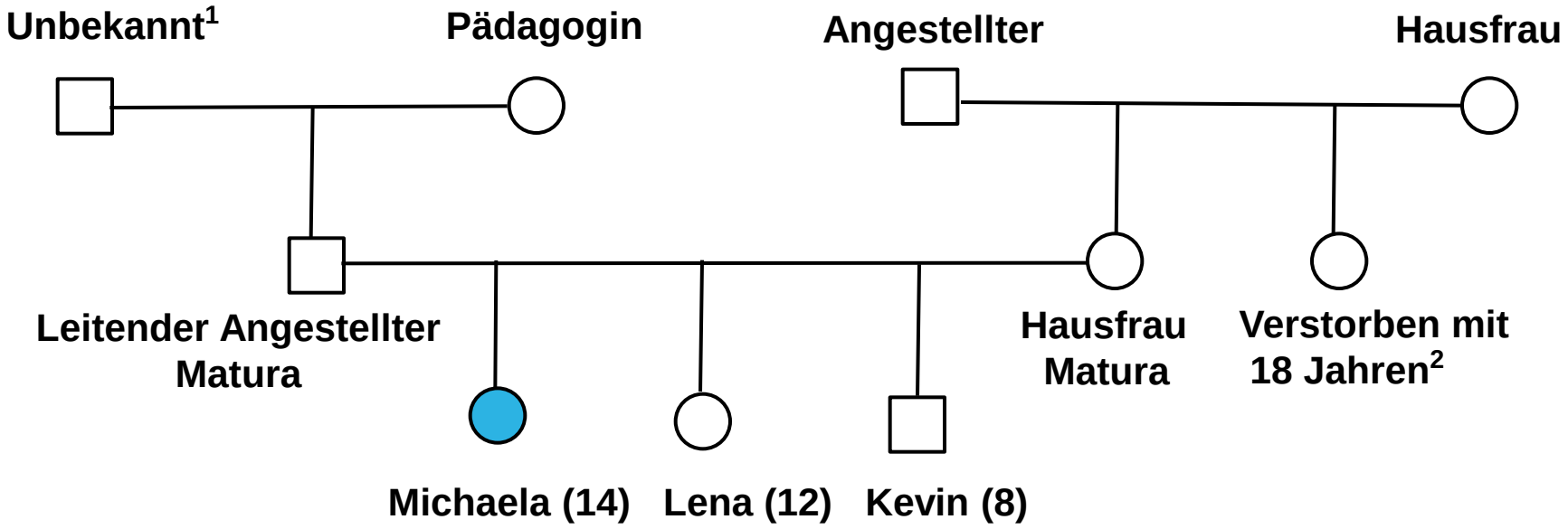
Ambulante Psychotherapie

1. Vorgespräch PPTS

Nach 13 Monaten:

2. Vorgespräch, vier Wochen später Eintritt PPTS

Familiengeschichte



[1]Nie Kontakt zum Vater

[2]Mit 14 Jahren an Knochenkrebs erkrankt, rechtes Knie

Familiengeschichte II

Familienbeziehungen werden als eng und immer harmonisch beschrieben.

Zu Grosseltern ms enger und harmonischer Kontakt

Grossmutter vs wünscht Kontakt zur Familie.
Hat Brief an M. auf der PPT geschrieben
Familie lehnt aber engere Beziehung zu ihr ab

Vater hat im Alter von 15 Jahren einen Unfall erlitten (absichtlich herbeigeführt?) mit Verletzung des rechten Knies und war in der Folge zweimal über Wochen hospitalisiert.
Autonomieversuch?

Verlauf der stationären Behandlung I

Integration in die Gruppe nach Anfangsproblemen gelungen

Hat viele Spezialregeln weil sie durch die Gehbehinderung an vielen Aktivitäten nicht mitmachen kann

Physiotherapie regelmässig. Versuch mit Bällen die Extension zu forcieren missglückt, auch Psychomotorik bringt keine Verbesserung

Schmerzmedikation wird abgesetzt

M. beginnt Ernährungsberatung, macht motiviert mit und verliert langsam aber konstant an Gewicht.

Verlauf der stationären Behandlung II

Einzelpsychotherapie

Schwierig, M. beklagt sich über den „psychologischen Ansatz“

Familie wird als harmonisch und glücklich beschrieben

Thema Grossmutter ms und der unbekannte Grossvater kommt intensiv zur Sprache wird aber gleichzeitig als unwesentlich negiert (Brief Grossmutter an M.)

Thema der Tante, die mit 14 Jahren an Knochenkrebs im rechten Knie erkrankt ist wird wahrgenommen aber als einzig für die Mutter vor vielen Jahren als Belastung beschrieben (zu Beginn Behandlung als „rheumatoides Geschehen“, dann Diagnose an einem anderen Zentrum)

Verlauf der stationären Behandlung III

Einzelpsychotherapie (Forts.)

M. wird ungeduldig, aggressiv, verlangt Therapeutenwechsel und mehr Zeit in der Familie. Wünscht dringend mit der Schulklasse in ein Lager zu verreisen.

Familientherapie

Eltern skeptisch, wünschen keine intensiven Gespräche.

Bereitschaft für Anamnesegespräche zögerlich, nach je einem Einzelgespräch zur Familiengeschichte wünschen die Eltern keine Sitzungen mehr (Vater zeigte starke psychosomatische Symptome)

Verlauf der stationären Behandlung IV

Krise

M. verlässt die PPT und geht ohne das Team zu informieren nach Hause. Weigert sich zurückzukommen

Für eine Krisensitzung am Folgetag sind die Eltern einverstanden.

M. kommt an die Sitzung ohne Krücken und streckt Bein fast vollständig.

Jüngere Schwester habe das Bein massiert, seither sei das Knie wieder beweglich.

Patientin tritt gleichentags aus

Follow up

M. hat am Lager teilgenommen, ohne Gehhilfen.

Anschliessend Schulbesuch am Wohnort

Im Verlauf von über einem Jahr kein Wiederauftreten der dissoziativen Störung bzw. der Knieflexion

Keine ambulanten psychotherapeutischen Interventionen

Epidemiologie dissoziativer Störungen

Normalbevölkerung

- Erwachsene: 1-6% (Blazer, 2000; Norquist & Narrow, 2000)
- Kinder: 0.35-5% (Lieb et al., 1998)

Klinik

- Erwachsene: 2-12% (Rifkin et al., 1998; Friedl & Draijer, 2000)
- Kinder: 5-17% (Blanz & Lehmkuhl, 1986; Waterbury, 1991; Hornstein & Tyson, 1991)

Mädchen : Knaben -> 2:1 bis 14:1

Hohe Komorbidität mit PTBS, Angststörungen und Depression

Psychiatrische Differentialdiagnosen

Dissoziative Symptome als Teil anderer psychischer Störungen

Akute Belastungsstörung
Posttraumatische Belastungsstörung
Angststörungen (Tachykardie, andere vegetative Symptome)
Depression (Müdigkeit, Appetitlosigkeit)
Schizophrenie (bes. körperbezogener Wahn)
Persönlichkeitsstörung
ADHD

Simulation
Artifizielle Störung (Münchhausen Syndrom)

Prognose somatoformer und dissoziativer Störungen

14-56% der Patienten mit Störungsbeginn im Kindes- und Jugendalter zeigen längerfristig Symptome

(Jans & Warnke, Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother, 1999, 27: 139-150)

Mit schlechtem Outcome assoziiert:

- Früher Beginn
- Späte Diagnose
- Langer Zeitraum bis zur Behandlung

Häufig Entwicklung anderer psychiatrischer Störungen im Erwachsenenalter

(Zwaigenbaum et al., Pediatrics, 1999, 103: 1203-1209)

Begriffewandel

P. Briquet (1859)

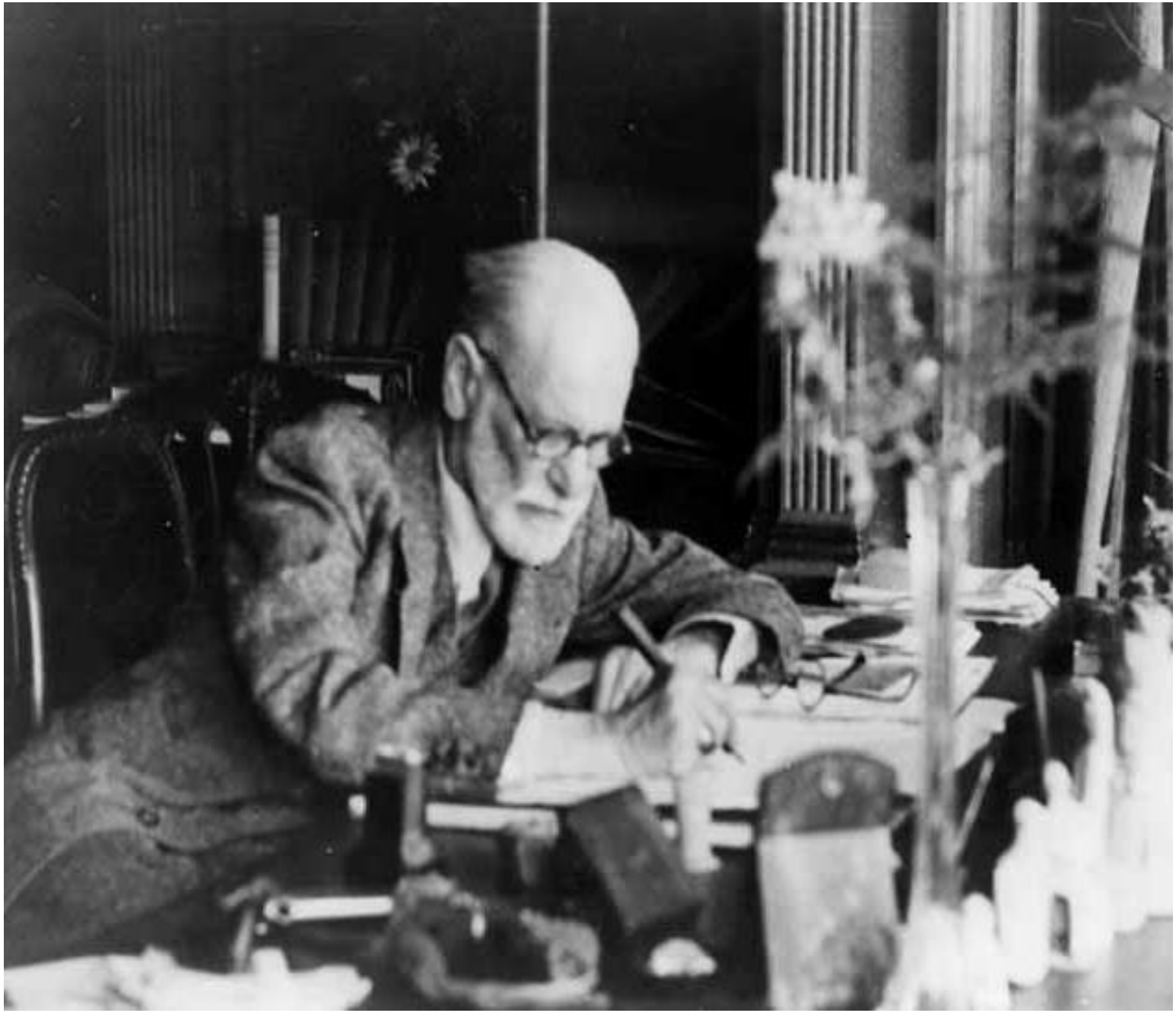
Hysterie: Körperliche Beschwerden in

Abwesenheit einer organischen Pathologie

J. M. Charcot (1862 - 1893, Salpêtrière)
Hysterie und Hypnose

S. Freud & J. Breuer (1895)
Studien über die Hysterie

P. Janet (1904)
L'amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion



Psychoanalyse und Dissoziation (Hysterie)

„Sie hebt die Wirksamkeit der ursprünglich nicht abreagierten Vorstellung dadurch auf, dass sie dem eingeklemmten Affekte derselben den Ablauf durch die Rede gestattet, und bringt sie zur assoziativen Korrektur, indem sie dieselbe ins normale Bewusst-sein zieht (in leichterer Hypnose) oder durch ärztliche Suggestion aufhebt...“

S. Freud 1895

Dissoziationsmodell von Janet (1889)

Abspaltung von Erlebnissen aus dem Bewusstsein („desaggretation“) als Abwehrmechanismus

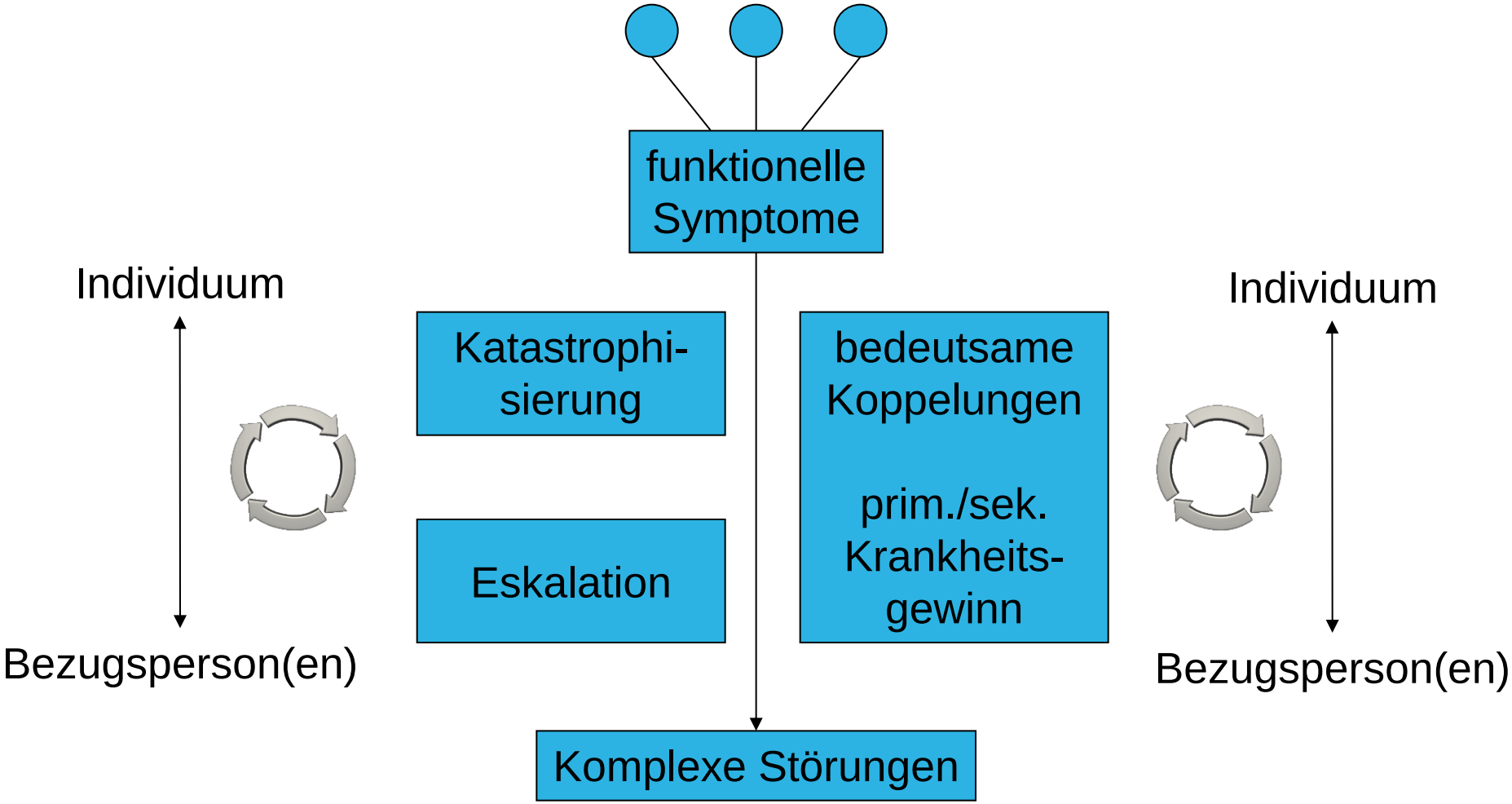
Trauma als „unterbewusste fixe Idee“

- sensorisch
- viszeral-somatisch
- visuell
- Automatismen

Einfluss von konstitutionellen Faktoren („Dégénérescence“), Temperament - Individuelle Stressreagibilität

P. Janet (1909)

Pathogenese



Resch (2011)
Mod. n. Noeker, 2008

Prototypes of Structural Dissociation

Alternations between and co-existence of

Trauma-avoidant part(s) with daily life perspectives

Apparently Normal Parts of the Personality (ANPs)

Trauma-fixated part(s) with threat-related perspectives and engaging maladaptive defense

Emotional Parts of the Personality (EPs)

Onno van der Hart (2011)

Apparently Normal Part of the Personality

The ANP's normality is only apparent, because this part of the personality physically and mentally avoids trauma-related cues, including his or her intrapsychic world, resulting in life "lived on the surface of consciousness" (Appelfeld, 1994, p. 18).

Positive Kriterien als Hinweis für eine dissoziative Symptomatik

Übernahme von Symptomen in Anlehnung an ein Modell

Belle indifferènce

Symbolgehalt der Symptomatik

Gehäuftes Auftreten von psychosomatischen / psychiatrischen Erkrankungen in der Herkunftsfamilie

Frühere Somatisierungsphänomene

Organische Erkrankungen vor dem Beginn der Konversionssymptomatik

Symptomwechsel, -ausdehnung, -veränderung im Rahmen der medizinischen Untersuchungen

Roberto, 14-jährig

Zuweisung

Oberarzt Psychiatrie ausserkantonales Kinderspital

Verdachtsdiagnosen:

- Multiple psychosomatische Beschwerden
- Dissoziative Störung
- Depressives Syndrom

Problem

R. ist gehunfähig, beide Beine gelähmt, Arme teilweise

Komplexe familiäre Situation, Kooperation der Eltern schwierig. Zahlreiche unklare somatische Befunde

Vormundschaftsbehörde involviert, Beistandsschaft & Obhutsentzug. Bereits 3 Monate hospitalisiert

1. Vorgespräch

Teilnehmer: Vater und Roberto (kommt auf der Ambulanz-Bahre)
Verantwortliche der Schweizerischen Patientenorganisation (SPO)
Beiständin

Psychologe
Psychiater

Gespräch: Vater erlebte die Interventionen aggressiv und unverständlich („Ueberraschung SPO“). Mutter werde ausgeschlossen

Patient: Will weder mit einem Psychologen noch Psychiater jemals reden

1. Vorgespräch (Forts.)

Intervention: Aufnahme des Pat. nicht möglich.

Eintritt denkbar falls:

R. kurze Strecken selbständig bewältigen kann

R. muss bereit sein sich auf eine Behandlung auf der PPT einzulassen

Eltern müssen mit einer Behandlung einverstanden sein

2. Vorgespräch (vier Monate später)

Teilnehmer:	Vater und Roberto
	Beiständin
	Pflegeleitung
	Psychiater
Roberto:	R. kann kurze Strecken gehen, z.T. mit Stock
	Habe keine spezifischen Beschwerden
	R. möchte zur Schule gehen & kann sich einen Aufenthalt auf der PPT vorstellen
Vater:	Ist an einer Rehabilitation interessiert (auch an einer „psychischen“ Rehabilitation)

Beginn der stationären Behandlung (PPT)

Eintritt drei Wochen nach dem 2. Vorgespräch

R. kann gehen ohne Stock. Benötig aber für kleinste Distanzen sehr viel Zeit

Geht zweimal die Woche in die Physiotherapie, Psychomotorik, Ergotherapie und Einzelpsychotherapie

Alle paar Wochen sind Gespräche mit dem Vater geplant
(Die Mutter hat zu Beginn Kontaktverbot)

Vorgeschichte I

Roberto

Komplikationsreiche Schwangerschaft

Nach der Geburt viele Infektionen

Unfälle mit Beschwerden in allen Extremitäten

Odyssee (viele Spitäler und Aerzte) und in der Folge immer neue unklare Befunde und Diagnosen.

Eskalation der hochtechnisierten Diagnostik

Verdacht auf eine Autoimmunerkrankung (vor vier Jahren)

10-jährig erstmals Verdachtsdiagnose einer funktionellen Störung

Subjektive Krankheitstheorien der Eltern kollidieren mit Schulmedizin

Psychiatrische Hospitalisation

Vorgeschichte II

Weitere Diagnostik im Ausland

Diagnosen

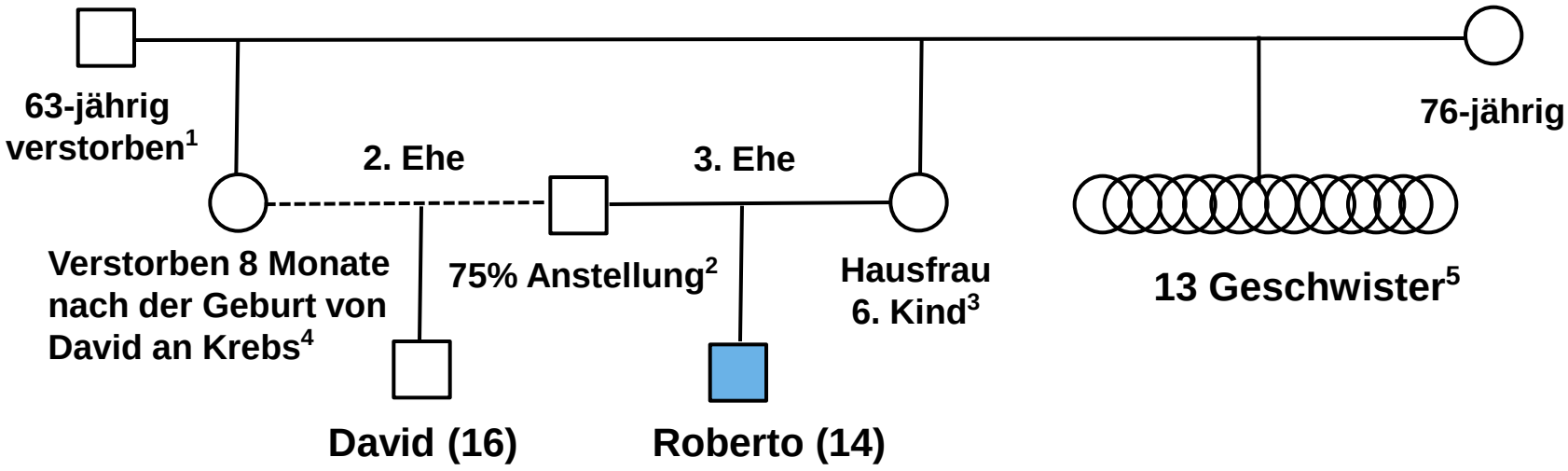
Autoimmunerkrankung (alle Organe betroffen), Malabsorption, Infektionen, Unterfunktion des endokrinen Systems

Medikation

Euthyrox, Cortison, Omeprazol, Motilium, Creon, Proxen, Spasmoctyl, Lexapro, Baclofen, Myonal, Lyrica, Nootropil, Fenistil, Vitamin D3

Rückkehr in die Schweiz (während der Reise ist R. schwerkrank) und direkt Eintritt in ein Kinderspital

Familiengeschichte



[1]Schmerzen bereits als Kind, invalide

[2]Reduzierte Anstellung wegen psychischer Belastung. Aus 1. Ehe zwei erwachsene Kinder. Grosseltern an Krebs bzw. Hirnblutung verstorben

[3]Schwester kam in die Schweiz um die „Mutterschaft“ zu übernehmen. Schmerzsymptomatik als Kind mit Schulabbruch. Schilddrüsenkarzinom 2001

[4]Hatte in der Jugend etwa 2 Jahre eine Gehstörung

[5]Eine weitere Schwester war vom 6. bis 14. Lebensjahr invalide aufgrund von Schmerzen

Verlauf der stationären Behandlung

R. Integriert sich schnell in die Gruppe

Wird verbal zunehmend aktiver

Gehfähigkeit vorhanden, ist aber extrem langsam

Die Mutter darf R. auf der PPT besuchen

Kooperativität gegenüber Psychosomatischer Rehabilitation nimmt zu, auch Vertrauen.

Vormundschaftsbehörde beginnt Nachbehandlung zu suchen

Voraussichtlich Übertritt in Schulinternat

R. im Gang der PPT

Unterwegs

Verlauf nach 3 Monaten

ZÜRICH

Behandlungsansätze

Bei drohender Chronifizierung frühzeitig stationäre Intervention in Betracht ziehen

Biographische Daten helfen zu verstehen

Subjektive Krankheitstheorien wirken aus der Vergangenheit in die Gegenwart

Keine voreiligen Zusammenhänge mit psychogenen oder psychodynamischen Faktoren der Familie präsentieren

Leiden von Patient und Familie ernst nehmen und „Wirklichkeit“ der Symptome nicht in Frage stellen

Behandlungsansätze II

Zuversichtliche Haltung einnehmen (Neutrale Position, keine aggressiven (diagnostischen) Massnahmen oder therapeutische Interventionen

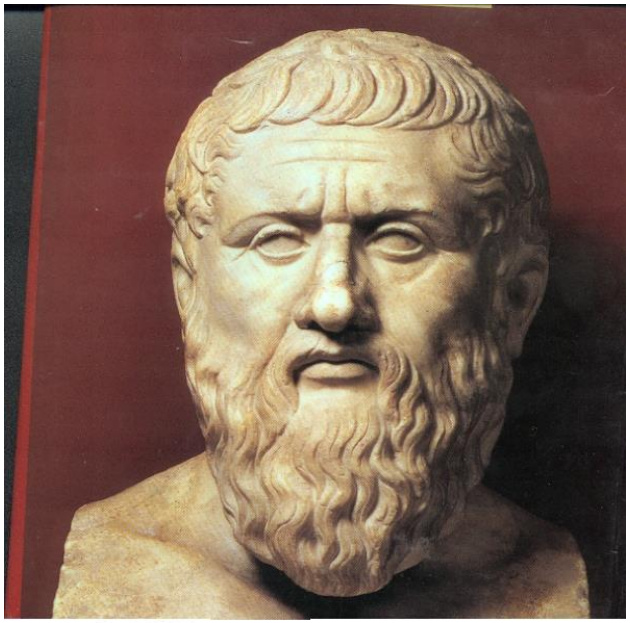
Rehabilitationsansatz (Copingstrategien)

Möglichst stabiles interdisziplinäres Behandlungsteam, Systemischer Behandlungsansatz

Kooperation mit ausserhalb des Behandlungsteams involvierten Spezialisten, Behörden

Der grosse Fehler in unserer Zeit ist, dass Ärzte die Seele vom Körper trennen

Platon (428 – 348 v. Chr.)



Bust of Plato

Fortbildung SPZ

Somatisierungsstörung: Ein Fallbeispiel der psychosomatischen Station

Fiona Schorn, Psychologin
Ann-Kristin Wüst, Dipl. Sozialpädagogin
Alexandra Wattinger, Pflegeexpertin Kinder- und Jugendpsychiatrie

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Inhaltsverzeichnis

- 1. Konzept, Behandlungsteam, Therapeutisches Viereck
- 2. Anamnese, Familie, Genogramm
- 3. Diagnostik
- 4. Überblick Lena’s Problembereiche
- 5. Umsetzung Alltag – Plan, Essen, Bedürfnisse, Stimmungsflip, Ziele
- 6. Desensibilisierungsplan
- 7. Therapie – Bilder KGT
- 8. Übergangsphase
- 9. Abschluss – Austritt – Besuch

Konzept - Behandlungsteam

Ärzte- und Therapeutenteam

- Ärzte
- Psychologen
- Kunst- und Gestaltungstherapie
- Physiotherapie
- Musiktherapie
- Ernährungsberatung

Alltagsteam

- Pflege
- Pädagogik
- Klinikschule

- Interdisziplinäres Behandlungsteam
- Gliederung Aufenthalt (Eintritt – somatische Stabilisierung - Beobachtungsphase – Aufbauphase – Übergangsphase – Austritt)
- Gefässe (wöchentlicher Rapport, Fall-Supervision, Standortgespräche)
- Therapeutisches Viereck

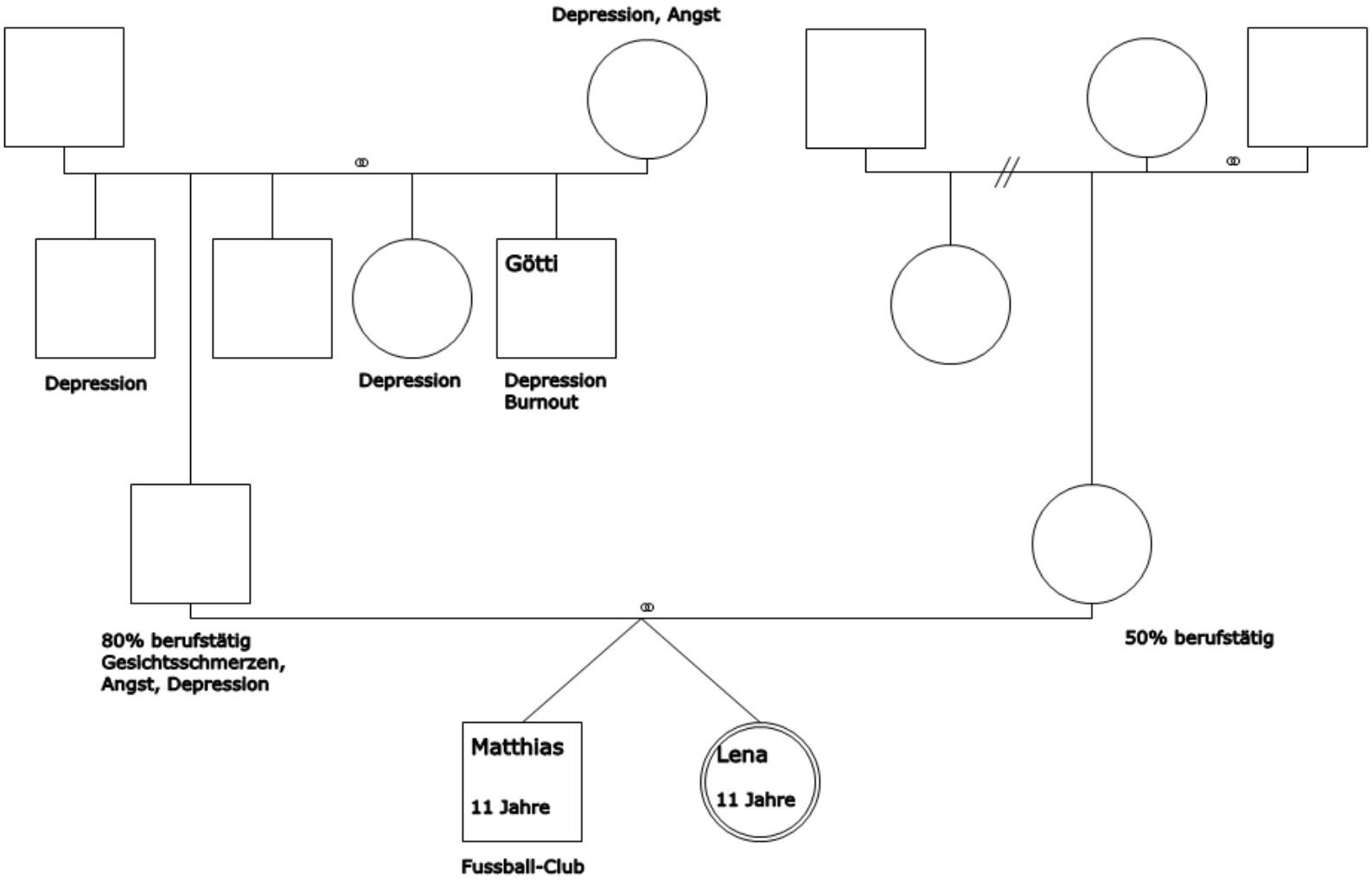
Lena (11 Jahre)

- **Zuweisung:** durch ambulante Psychologin: starker Gewichtsverlust aufgrund Übelkeit, Angst vor Erbrechen, fragliche Essstörung

- **Körperlicher Zustand:** 27kg/147cm, BMI 12.4 (<P3), RR 84/55mmHg, Schwindel, Elektrolyte unauffällig

- **Psychischer Zustand:** bedrückte Stimmung, Müdigkeit, reduzierter Antrieb, Konzentrationsschwierigkeiten, sozialer Rückzug, Schlafstörungen

Genogramm



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Anamnese

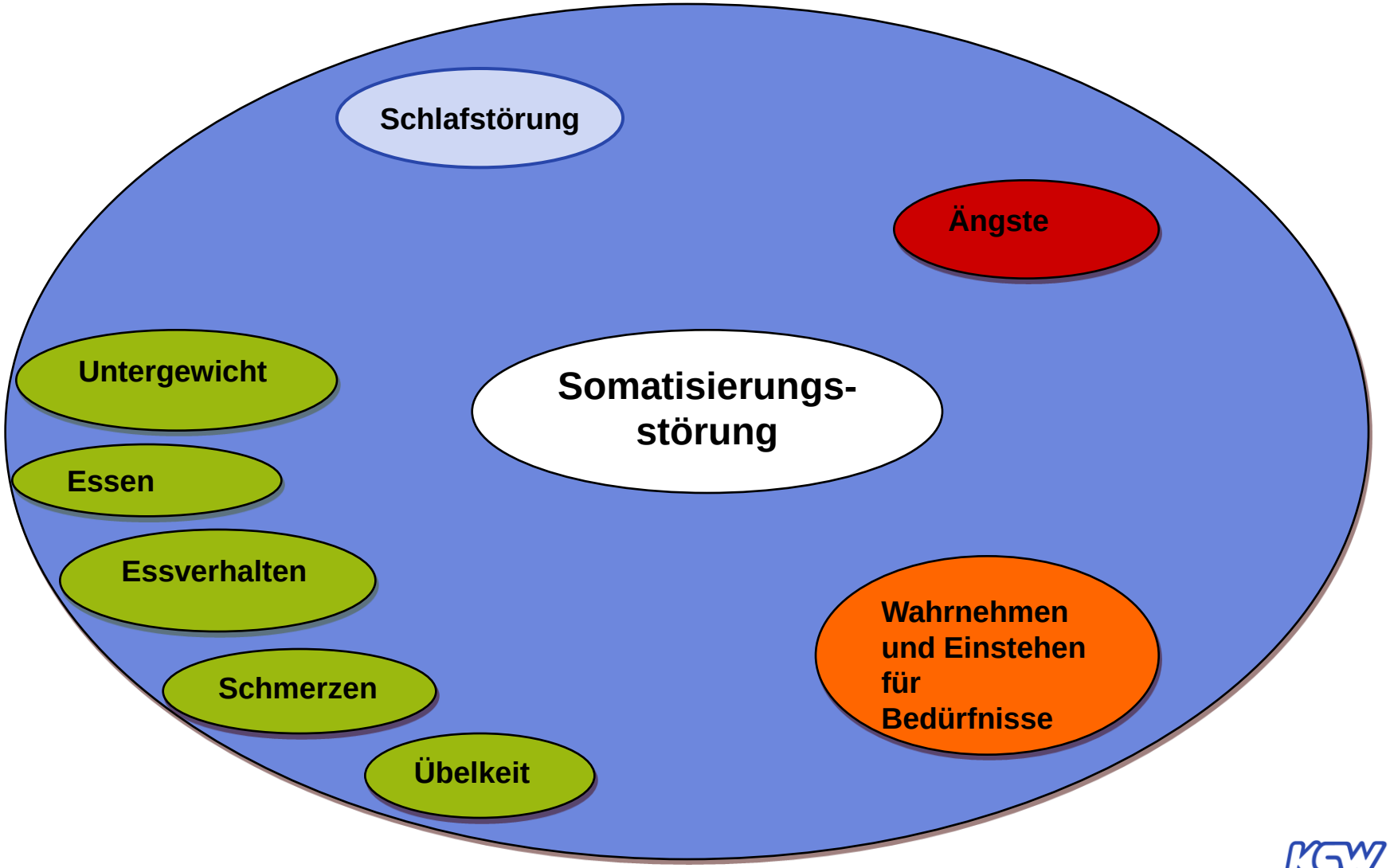
- **Kleinkindliche Entwicklung**: 36. SSW Frühgeburt, nicht genug Kraft zum Saugen → Gewichtsverlust → Magensonde
- **Kindergarten**: getrennt von Bruder: aufgeblüht, viele Sozialkontakte
- **Schule**: 5. Klasse mit Bruder, seit 4. Klasse eher Rückzug, keine engen Freundinnen/Freunde
- **Freizeit**: Eishockey, Badminton, gleiche Freunde wie Bruder

Diagnostik

- **Somatische** Ausschlussdiagnostik: unauffällig
- **IQ** 104, diskrepantes Profil: WLD 115 vs. AGD 96, VG 91
- Beurteilungsskalen: **Keine** Hinweise auf **Ess- od. Körperbildstörung**, deutliche **Angstsymptome**: soziale Angst, Angst vor (Reise-) Übelkeit, Ansteckung
- **Projektive Verfahren**: unter Druck, kraftlos, Verletzlichkeit, Humor als Ressource

Diagnose → Somatisierungsstörung mit Angst

Lena’s Problembereiche



KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Umsetzung Alltag

- Problembereiche

Untergewicht

Schmerzen

Übelkeit

Essverhalten

- Ziele

Gesundes Essverhalten

Gewichtszunahme

- Pädagogische Förderung

Essbegleitung

Essziele

Kochtraining

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Umsetzung Alltag

- Problembereich

Wahrnehmen und Einstehen für Bedürfnisse

- Ziel

Mut entwickeln, für die eigenen Bedürfnisse einstehen

- Pädagogische Förderung

Stimmungsflip

Tägliches 1:1

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Umsetzung Alltag

- Problembereich

Ängste

- Ziel

Umgang mit der Angst

- Pädagogische Förderung

Desensibilisierungsplan

Desensibilisierungsplan

Woche	Essen	Soziales	Fahrten Bus/Zug
1	Salat Erbsen	Brief an die Klasse schreiben Hobby suchen mit SP	2x Bus kurz mit Mama 2x Bus kurz mit Papa 2x Bus lang mit Eltern 2x Bus kurz mit Team
2	+ Zusätzlich 2 neue Speisen: Bohnen Milchreis	Teilnahme Adventsingen	1x Bus lange mit Team (Eishalle) 2x Bus alleine kurz
3	+ Zusätzlich 2 neue Speisen: Rivella Pommes frites	Kollegin anrufen	2x alleine lange 1x mitfahren im Auto
4	+ Zusätzlich 2 neue Speisen: Schnitzel Rüeblisalat	Freundin anrufen/ Aktivität mit Freundinnen od. Nachbarn	2x alleine lange 1x mitfahren im Auto
5	+ Zusätzlich 2 neue Speisen: Cola Pizza Auswärts essen	Schnuppern beim Hobby	Mit dem Zug zu Grossmutter

Therapien

Einzeltherapie

- Umgang mit Schlafstörung Medikation
- Gefühle hinter Körpersymptomen
- Humor als Ressource
- Umgang mit Ängsten

Familientherapie

- Umgang mit Wut
- Unterstützende Haltung der Ke
- Eigene Belastungen der Ke
- Individualität Zwillinge

Physiotherapie

- Entspannung
- Körperlicher Aufbau

KGT

- Freche/kecke Seite ausleben
- Gefühlsausdruck
- Mut stärken

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

KANTONSSPITAL WINTERTHUR

Übergangsphase

- Gekennzeichnet durch Merkmale wie:
- Desensibilisierungsplan zunehmend nach Extern ausgelegt
- Ablösung vom Spitalalltag
- Orientierung nach «Draussen»
- Mehr in der Familie – zu Hause übernachten mit MZ
- Aufbau Schule extern
- Aufnahme von Hobbies
- Soziale Kontakte fördern

Austritt

- Nach 4 Monaten
- **Körperlich**: 35kg (BMI 16.0 P10-25), mehr Energie
- **Psychisch**: Stimmung ↑, Ängste ↓, Somatisierungstendenzen ↓, kann freche/kecke Seite zeigen
- Gute **Integration** in Patienten/innen-Gruppe, Start Hobbies
- **Ambulante Behandlung**: Psychotherapie, Hausärztin, EB
- **2 Monate später**: Zielgewicht erreicht (36-37kg), Übelkeit ↓, mehr soziale Kontakte, Teilnahme Hobbies, geht Ängste an

Danke für die Aufmerksamkeit!

KANTONSSPITAL WINTERTHUR