

Karoline Zessin

Evaluation der pädiatrisch-psychosomatischen
Komplextherapie

Inauguraldissertation zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt.

Die rechtliche Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Buches liegt ausschließlich bei dem Autor dieses Werkes.

Jede Verwertung ist ohne schriftliche Zustimmung des Autors oder des Verlages unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung in und Verarbeitung durch elektronische Systeme.

1. Auflage 2017

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or otherwise, without the prior written permission of the Author or the Publishers.

1st Edition 2017

© 2017 by VVB LAUFERSWEILER VERLAG, Giessen
Printed in Germany



édition linguistique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

STAUFENBERGRING 15, D-35396 GIESSEN
Tel: 0641-5599888 Fax: 0641-5599890
email: redaktion@doktorverlag.de

www.doktorverlag.de

Evaluation der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie

Inauguraldissertation
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Justus-Liebig Universität Gießen

vorgelegt von

Karoline Zessin
aus Gießen

Gießen 2016

Aus dem Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin,

Leitung: Prof. Dr. Klaus-Peter Zimmer

Abteilung Familienpsychosomatik

Leitung: Prof. Dr. Burkhard Brosig

Gutachter: Prof. Dr. Brosig

Gutachter: Prof. Dr. Leichsenring

Tag der Disputation: 18.01.2017

Für meine Eltern

und

Torben

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Evaluation in der Psychosomatik.....	1
1.1.1	Notwendigkeit der Evaluation	1
1.1.2	Evaluation psychosomatischer Therapiekonzepte	2
1.1.3	Evaluation pädiatrisch-psychosomatischer Therapiekonzepte.....	4
1.2	Stationäre pädiatrisch-psychosomatische Therapie.....	9
1.2.1	Etablierung stationärer psychosomatischer Therapiekonzepte	9
1.2.2	Organisationsstruktur psychosomatischer Patientenversorgung.....	11
1.2.3	Die Versorgungssituation innerhalb der stationären pädiatrischen Psychosomatik.....	12
2	Behandlungskonzept der Komplexbehandlung im Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin am UKGM Gießen.....	15
2.1.1	Indikation und Prozedere der stationären Aufnahme	15
2.1.2	Das Behandlungskonzept.....	17
3	Fragestellungen	24
4	Material und Methoden	25
4.1	Stichprobe.....	25
4.2	Instrumente der Datenerhebung.....	25
4.2.1	Allgemeine Angaben.....	25
4.2.2	Allgemeiner Familienbogen (FB)	26
4.2.3	Youth Self-Report (YSR)	26
4.2.4	Toronto Alexithymie Skala 26 (TAS-26)	27
4.2.5	Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI).....	28
4.2.6	Fragebogen zu Therapieangeboten	29
4.3	Datenauswertung.....	30
5	Ergebnisse	34
5.1	Beschreibung der Stichprobe	34
5.1.1	Allgemeine Merkmale	34
5.1.2	Krankheitsbezogene Merkmale	36
5.2	Beschreibung der Datenerhebung.....	38
5.2.1	Allgemeiner Familienbogen	39
5.2.2	Youth Self-Report	44
5.2.3	Toronto Alexithymie Skala 26	50
5.2.4	Junior Temperament und Charakter Inventar.....	52

5.2.5	Fragebogen zur Therapiezufriedenheit.....	56
5.2.6	Störungsbildervergleich: F 45 vs. F50	61
6	Diskussion	66
6.1	Pädiatrisch-psychosomatische Patienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung.....	67
6.2	Pädiatrisch-psychosomatische Patienten vor und nach der Komplexbehandlung	71
6.3	Evaluation der Therapieangebote.....	73
6.4	Die Störungsbilder F45 und F50 im Vergleich	75
7	Zusammenfassung.....	79
8	Summary	80
9	Abkürzungsverzeichnis	I
10	Abbildungsverzeichnis	III
11	Tabellenverzeichnis	IV
12	Literaturverzeichnis.....	V
13	Ehrenwörtliche Erklärung.....	VIII
14	Danksagung.....	IX
15	Lebenslauf	X

1 Einleitung

1.1 Evaluation in der Psychosomatik

1.1.1 Notwendigkeit der Evaluation

Evaluationen stationärer Behandlungen und Reha-Konzepte fallen unter den Bereich der Qualitätssicherung. In dem seit Dezember 1988 bestehenden Gesetz des 5. Sozialgesetzbuches § 135a wurden qualitätssichernde Maßnahmen von Einrichtungen medizinischer Leistungen festgelegt. Dort heißt es, dass die Leistungsbringer zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität von ihnen erbrachter Leistungen verpflichtet sind. Des Weiteren müssen die Leistungen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden [1].

Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser und Erbringer von Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen sind somit verpflichtet, sich an qualitätssichernden Maßnahmen zu beteiligen. Ziel dieser Maßnahmen soll in erster Linie die Verbesserung der Ergebnisqualität darstellen. Darüber hinaus sind sie dazu verpflichtet, ein intern abgestimmtes Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.

A. Donabedian definiert Qualität in der Gesundheitsversorgung als Ausmaß, in dem die tatsächliche Versorgung mit festgelegten Kriterien für medizinische Versorgung übereinstimmt [2]. Zur genaueren Einteilung definiert er drei Dimensionen der Qualitätssicherung im medizinischen Bereich:

1. Strukturqualität:

- Material: Einrichtung und Ausstattung der Institution
- Personal: Anzahl und Qualifikation des Personals
- Organisation: Personal-, Fortbildungs- und Kommunikationsstrukturen

2. Prozessqualität:

- Prozesse im Verlauf einer Behandlung, mit dem Ziel Gesundheit zu erlangen bzw. wiederherzustellen
- Angebote, die Patienten in Anspruch nehmen können: Ärzte aufsuchen, eine Behandlung in Anspruch nehmen, diese gegebenenfalls abrechnen

- Prozesse, die Ärzte anbieten können: Diagnoseverfahren abwägen und durchführen, Therapie anbieten und durchführen
3. Ergebnisqualität:
- Behandlungseffektivität
 - Verbesserung des medizinischen Wissens des Patienten
 - Verbesserung des Wohlbefindens und der Gesundheit des einzelnen Patienten und der Gesamtheit der Gesellschaft
 - Zufriedenheit des Patienten

[2]

1.1.2 Evaluation psychosomatischer Therapiekonzepte

Auf der Basis oben genannter Gesetze und dem Bestreben vieler Kliniken die eigenen Therapiekonzepte zu evaluieren und daraufhin möglicherweise verbessern zu können, entstanden in der Vergangenheit viele Konzepte zu Evaluation eigener Behandlungsverfahren. Nicht nur im somatischen Bereich, sondern auch im Bereich der psychosomatischen Medizin beschäftigten sich viele Kliniken, Universitäten und Institutionen mit der Erstellung eines solchen Konzeptes.

Lamprecht et al. beschäftigten sich 1992 grundsätzlich mit der Möglichkeit der klinikinternen Qualitätssicherung an psychosomatischen Kliniken. Man entwickelte ein standardisiertes Basisdokumentationsinstrument, spezifisch für psychosomatische Fachkliniken, und konzentrierte sich dabei speziell auf das Monitoring folgender Parameter: Inanspruchnahme, Diagnose, Verweildauer, nichtreguläre Entlassungen, Fehlindikationen, Leistungen, Motivationsarbeit des Patienten und Outcome der Behandlung. Darüber hinaus wurde ein standardisierter Patientenfragebogen zur Zufriedenheit mit der stationären Versorgung und ein standardisierter Selbst- und Fremdbeurteilungsbogen inklusive Katamnese entwickelt. Der Schwerpunkt lag somit auf der Ergebnisqualität. Diese Evaluation wurde in drei verschiedenen Studien im Zeitraum von fünf Jahren an fünf unterschiedlichen psychosomatischen Fachkliniken durchgeführt. Insgesamt konnten dabei über 1400 Patienten in die Studien eingeschlossen werden. Zielsetzung war dabei das Entwerfen eines praktikablen Evaluationskonzeptes im Rahmen der Qualitätssicherung, um eine Einschätzung darüber zu erhalten, ob solch eine Evaluation auch an psychosomatischen Fachkliniken durchführbar ist. Mit Abschluss der Studie konnte gezeigt werden, dass eine Evaluation durchaus praktikabel ist, aber einige Voraussetzungen benötigt: Erstens muss die geeignete Infrastruktur, sprich Personal und Material, an allen

Kliniken vorhanden sein. Zweitens sollte ein geeignetes Konzept, spezifisch für die jeweilige Klinik mit spezieller Fragestellung bezogen auf die klinikinterne Qualitätssicherung entwickelt werden. Drittens sollte eine Zusammenarbeit mit unabhängigen, externen Institutionen stattfinden, um eine Evaluation der Evaluation und die Objektivität der Untersuchung zu gewährleisten. Zuletzt wurde deutlich, dass eine Evaluation nur dann praktikabel war, wenn die Bereitschaft und Motivation des Klinikpersonals vorhanden ist. Dabei zeigte es sich als förderlich, die Mitarbeiter in die Ausarbeitung des Evaluationskonzeptes einzubeziehen [3].

Nübling et al. berichten in einer weiteren Studie über die Evaluation psychosomatischer Heilverfahren im Rahmen einer Outcome-Untersuchung. Dabei wurden im Jahre 1989 560 Patienten einer psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Fachklinik in die Studie einbezogen. Die Datenerhebung erfolgte mittels Fragebogen zur Selbst- und Fremdeinschätzung zu drei unterschiedlichen Zeitpunkten: Vor Aufnahme, nach Entlassung und ein Jahr darauf, im Sinne einer Katamneseerhebung. Schwerpunkt dieser Untersuchung war auch in diesem Fall die Messung der Ergebnisqualität. Subjektive Ergebniskriterien umfassten vor allem die Beschwerdebesserung, Nutzen der Behandlung, Zufriedenheit mit dem Behandlungsergebnis und die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Kostenrelevante Ergebniskriterien umfassten folgende Merkmale: Anzahl von Arztbesuchen, Arbeitsunfähigkeit, Krankenhaustage, Einnahme von Medikamenten gegen Ängste und Depression. Insgesamt konnten in dieser Outcome-Studie positive Ergebnisse, wenn auch in einer noch kleinen Patientengruppe, gewonnen werden. Sowohl die subjektive Einschätzung, als auch die objektiven Merkmale zeigten verbesserte Ergebnisse nach der psychosomatischen Behandlung [4].

Eine weitere Studie im Bereich der Evaluation psychosomatischer Therapiekonzepte wurde 2008 an der Justus-Liebig-Universität Gießen veröffentlicht. Beutel et al. verglichen dabei über 200 Patienten, die sich in den Jahren 2000 und 2001 einerseits in einer kurzfristigen und andererseits in einer langfristigen psychosomatischen stationären Therapie befanden. Als Untersuchungszeitpunkte wurden dabei die Zeitpunkte vor der Aufnahme, bei Entlassung, ein und drei Jahre nach Entlassung gewählt. Gemessen wurden die Ergebnisse mittels eigenanamnestischen Fragebögen in den Bereichen psychologische Symptome, interpersonale Probleme und Persönlichkeitsorganisation. Weiterhin wurden die Behandlungsindikation, die Dauer der Behandlung und das Nutzen von Nachbehandlungsmöglichkeiten mit einbezogen. Zusammenfassend zeigte sich, dass beide Therapiearten, ob kurz oder -langdauernd, eine deutliche Beschwerdeminderung und stabile Langzeitergebnisse erbrachten.

Patienten, die sich nur kurzzeitig in einer stationären Therapie befanden, litten unter stärkeren, akuter auftretenden Symptomen und beschrieben einen deutlich höheren Leidensdruck. Patienten, die sich länger in der Therapie befanden, litten zuvor unter chronischen Symptomen, Persönlichkeitsstörungen oder somatischen Komorbiditäten. Negative Ergebnisse in beiden Behandlungskonzepten wurden vor allem dann erzielt, wenn bei den Patienten frühkindliche Beziehungsstörungen vorlagen und sich große interpersonale Probleme erheben ließen. Im Fazit schließen Beutel et al., dass die Entscheidung über die Therapiedauer von psychosomatischen Behandlungen sehr individuell, abhängig von der Chronifizierung und der Entstehungsnatur des Störungsbildes, zu wählen ist [5].

Insgesamt zeigen die oben genannten Studien, dass eine Evaluation, wenn auch mit der Erfüllung genauer Voraussetzungen, von psychosomatischen Behandlungskonzepten praktikabel ist. Weiterhin konnte in der zweiten dargestellten Studie der Behandlungs- und Langzeiterfolg der psychosomatischen Therapie dargestellt werden. Auch die zuletzt vorgestellte Studie beschäftigt sich mit Langzeitergebnissen, unterscheidet darüber hinaus zwei Gruppen gemessen an der Therapiedauer und zeigt den Nutzen von Fragebögen mit verschiedenen Schwerpunkten auf. Die Ergebnisqualität im Bereich der stationären psychosomatischen Therapie scheint somit auf verschiedene Weise eine sinnvolle, messbare Größe darzustellen.

1.1.3 Evaluation pädiatrisch-psychosomatischer Therapiekonzepte

Wie oben gezeigt, beschäftigte man sich spätestens nach 1989 in allen medizinischen Bereichen, auch der psychosomatischen Medizin, mit Evaluationsmöglichkeiten von Therapiekonzepten.

Die Tatsache, dass in der 2003 erschienenen und 2013 überarbeiteten Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer erstmalig der „Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ aufgeführt wurde, zeigt, dass es sich dabei um einen im Vergleich zu beispielsweise dem „Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie“ noch jungen medizinischen Fachbereich handelt. Vorher wurde dieser dem Gebiet der Psychiatrie untergeordnet. In der Konsequenz lässt dies vermuten, dass erst nach der Etablierung des Fachbereiches eine Vielzahl eigener Institutionen und Fachkliniken entstanden, welche sich wiederum mit Therapie- und Evaluationskonzepten auseinandersetzten. In der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wird bisher jedoch kein Facharzt für pädiatrisch

psychosomatische Medizin erwähnt. Dieser Bereich wird dem „Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie“ untergeordnet. Dabei kann bei einer Gesamtweiterbildungszeit von 60 Monaten ein Zeitraum von 12 Monaten in einer psychosomatischen Einrichtung anerkannt werden. In der Konsequenz lässt dies vermuten, dass sich im Bereich der pädiatrisch- psychosomatischen Medizin aufgrund der Unterordnung in andere Gebiete, nur wenig eigene Kompetenzzentren und -institutionen, die sich mit der Erarbeitung von speziellen Evaluationskonzepten auseinandersetzen, entwickelten [6].

Eine vorangegangene Studie der Familienpsychosomatik der Kinder- und Jugendmedizin Gießen zur psychometrischen Basiserhebung befragte 17 Kliniken, die stationäre psychosomatische Therapieangebote für Kinder- und Jugendliche in ihrem Konzept einschlossen. Dabei wurde gezielt nach Maßnahmen der Basisdokumentation und -diagnostik, sowie nach deren Effektstärke gefragt. Gezeigt werden konnte dabei, dass die Kliniken sowohl Fragebögen zur Beschwerdeerfassung (16 von 17 Kliniken), als auch zur Persönlichkeitstestung (5 von 17 Kliniken) verwendeten. Nur eine sehr kleine Zahl von Kliniken verwendete Fragebögen, die auch eine Familieninteraktion miteinbezogen (eine von 17 Kliniken) oder die Affektregulation (2 von 17 Kliniken) betrachtete. Deutlich wurde, dass der Schwerpunkt dabei eindeutig auf der Erhebung des genauen Beschwerdebildes liegt. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass im Bereich der Beschwerdebildmessung die Mehrzahl der Kliniken (neun von 16 Kliniken) hausintern entworfene Fragebögen nutzten. Ein kleinerer Teil (7 von 16 Kliniken) der befragten Kliniken nutzte Teile der Achenbachskalen der Child Behavior Checklist, welche sowohl Selbst- als auch Fremdeinschätzungen mit einbeziehen. Deutlich wurde aber, dass bisher kein einheitliches Konzept zur psychometrischen Basiserhebung von stationär pädiatrisch-psychosomatischen Therapiekonzepten existiert [7]. Auch die Darstellung eines Salzburger Therapiekonzeptes aus dem stationären Setting der pädiatrischen Psychosomatik, bestätigt dies. Dort heißt es, man verfüge leider noch über keinerlei Evaluationsdaten, eine objektive Aussage über Heilung, Verbesserung und Veränderungen geben könnten. Bisher könne man lediglich einen subjektiven Eindruck gewinnen [8].

Eine Kontaktaufnahme mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. ergab ebenfalls, dass diese zu Evaluationszwecken von pädiatrisch psychosomatischen Therapiekonzepten keine eindeutige Empfehlung bezüglich einer Testbatterie herausgibt.

Arbeit mit Kindern und Jugendlichen, sowohl im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik, und -medizin schließt immer auch eine intensive Zusammenarbeit mit den Familien der betroffenen Patienten mit ein. Dies deutet daraufhin, dass auch bei Evaluationskonzepten ein Einbeziehen der Familie stattfinden sollte. Daher stellten Brosig et al. 2011 eine Testbatterie für die psychoanalytische Familienpsychosomatik zusammen und unternahmen einen ersten Versuch der Basiserhebung in diesem Bereich. Bei der Auswahl des Testinventars war die Ausrichtung der psychoanalytischen Familientherapie leitend und Fragebögen wurden diesem Konzept entsprechend zusammengestellt. Dabei sollten die folgende Bereiche repräsentiert sein: Depressivität, Angst, Alexithymie, Somatisierung und Familiendynamiken. Dabei wurden sowohl Fremd- als auch Selbstbeurteilungsbögen, unter Berücksichtigung der Erfassung je nach Patientenalter, vorgestellt [9].

Angelehnt an dieses erste Konzept der Testbatterieentwicklung und die oben gezeigten Ergebnisse erstellten die Organisatoren der oben genannten Studie im Bereich der Familienpsychosomatik am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Gießen eine eigene Testbatterie. Ziel war es dabei, einen ersten Entwurf einer Evaluation von psychosomatischen Patienten aus dem Bereich der Kinder- und Jugendmedizin zu entwickeln und diesen gegebenenfalls zu etablieren. Dabei sollten die Bereiche Symptome, Persönlichkeits- und Familienstruktur, sowie Affektregulation untersucht werden. Übergeordnetes Ziel war dabei die Ermittlung der Effektstärke im Rahmen einer Ergebnisqualitätsuntersuchung von pädiatrisch-psychosomatischen Behandlungskonzepten [7].

Diese Untersuchung der Ergebnisqualität schloss sich an zwei vorangegangene, durch die Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) geleitete Untersuchungen zur Struktur- und Prozessqualität an. Innerhalb dieser Arbeitsgruppe entwickelte sich 2010 eine spezielle Arbeitsgruppe, die sich mit der Thematik des Qualitätsmanagements beschäftigte. Ziel dieser Gruppe war es allgemeingültige Anhaltspunkte hinsichtlich Struktur und Prozess zur Entwicklung von pädiatrisch-psychosomatischen Behandlungskonzepten zu formulieren. Dabei konzentrierte man sich auf Behandlungen von Kindern und Jugendlichen, welche im stationären Setting einer pädiatrischen Klinik mitbetreut wurden. Dies betraf Patienten, die sich in einer pädiatrisch-psychosomatischen Therapie, diagnosespezifischen oder diagnoseunabhängigen psychosomatischen Komplexbehandlung befanden. Allgemein definierte man solche Therapiekonzepte im Sinne eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodelles, welches körperliche Aspekte, die psychosoziale Situation des Patienten und dessen individuelle Entwicklung berücksichtigen sollte. Darunter sollte

keine Entwicklung eines eigenen Spezialgebietes, sondern vielmehr eine Vernetzung von mehreren Fachgebieten entstehen [10].

2010 beschäftigte man sich zunächst mit einer Formulierung der Strukturqualität. Dabei wurde festgelegt, dass diese Therapieformen durch ein multiprofessionelles Team, welches je nach Stationsgröße variiert, durchgeführt werden und folgende Berufsgruppen vertreten sein sollten; Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin als ärztlicher Leiter, Kinder- und Jugendpsychotherapeut als therapeutische Leitung, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Erzieher und Lehrer. Des Weiteren sollten mindesten zwei der folgenden Gruppen vertreten sein; Pädagogen, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Physio-, Moto-, Ergo-, Körper-, Musik-, Kunsttherapeuten, Ernährungsberater oder je nach medizinischen Gebiet weitere Spezialtherapeuten oder Berater (z.B. Diabetes-Berater). Für das therapeutische Setting wurde festgelegt, dass ein Konzeptionspapier formuliert werden muss. Darin sollten Zuständigkeiten, Diagnostik- und Behandlungsschwerpunkte, Kontraindikationen und die Möglichkeiten der Qualitätssicherung aufgeführt werden. Zur individuellen Therapieplanung eines jeden Patienten sollte ein schriftlich festgehaltener Behandlungsplan, inklusive Behandlungsziel, formuliert werden. Im Mittelpunkt der Therapie steht die Arbeit mit dem Patienten und seiner Familie bzw. Bezugsgruppe. Das therapeutische Milieu sollte durch feste Tagesstrukturen und -abläufe gekennzeichnet sein. Dies sollte vor allem durch die Präsenz von Erziehern und Pflegepersonal, das Einnehmen geregelter Mahlzeiten und gemeinsamen Gruppenaktivitäten gewährleistet werden. In diesen festen Ablauf sollte eine Integration von störungsspezifischen Schulungen möglich sein. Zu Kommunikationszwecken sollte einerseits übergeordnet mit den zuständigen Kinder- und Jugendpsychiatrien ein Austausch stattfinden. Andererseits sollte zur internen Kommunikation mindestens einmal pro Woche eine Teambesprechung unter Teilnahme aller oben aufgeführten Berufsgruppen stattfinden [10].

2011 wiederum beschäftigte man sich mit der Entwicklung von Kriterien zur Prozessqualität in der stationären pädiatrischen Psychosomatik. Dabei definierte man Prozessqualität als Ablauf aller diagnostischen, therapeutischen, pflegerischen und pädagogischen Maßnahmen im Rahmen dieser Therapie. Auf dem Boden des biopsychosozialen Konzeptes wurden folgende Grundhaltungen formuliert: Die therapeutische Haltung des Teams sollte sich durch Wertschätzung, Empathie und Kongruenz auszeichnen. Die therapeutische Arbeit sollte sowohl Geborgenheit, als auch Autonomie gewährleisten. Sie sollte darüber hinaus am Patienten, seiner individuellen Krankengeschichte, seinen Ressourcen und an seinem familiären und sozialen Umfeld orientiert sein. Als übergeordnetes Behandlungsziel legte man fest,

dass die Patienten ihren Alltagsanforderungen gewachsen sein sollten und trotz der Erkrankung möglichst viel Normalität erlangen können. Im Sinne der Prozessqualität wurden genaue Vorstellungen zum Ablauf des gesamten stationären Aufenthaltes entwickelt. Vor jeder Aufnahme, welche in der Regel geplant wurde und nach Überweisung durch andere Fachärzte oder Institutionen erfolgt, sollte ein ausführliches Vorgespräch stattfinden. In diesem Gespräch sollte die Aufnahmeindikation, welche in ihrer Schwere eine stationäre Behandlung rechtfertigen muss, und der therapeutische Auftrag geklärt werden. Dabei sollten vor allem die Therapiemotivation und die individuellen Bedürfnisse des Patienten und seiner Familie angesprochen werden. Im Ablauf der multimodalen Diagnostik sollte der somatische Teil einer stationären Behandlung möglichst vorgeschaltet und abgeschlossen sein. Eine psychosoziale Diagnostik schließt sich im Rahmen des stationären Aufenthaltes an und orientiert sich an der individuellen Krankheitsgeschichte des Patienten und seines Umfeldes. Dabei stellt das Diagnose-Klassifikationssystem ICD-10 die formale Diagnosegrundlage dar. Darüber hinaus wird aber auch die Nutzung mindestens eines anderen Diagnose- und Klassifikationsschemas der psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter empfohlen. Zum Ablauf der psychosomatischen Behandlung werden die Gestaltung des stationären Settings und die Struktur im Stationsalltag als tragend beschrieben. Dabei sollte ein strukturiertes, lebendiges Milieu, vor allem durch die Präsenz von Erziehern und Krankpflegern, gewährleistet werden. Im Ablauf dieses Alltags sollten neben gemeinsamen Mahlzeiten und Aktivitäten bei Bedarf auch spezielle Trainings (z.B. Toilettentraining) integriert werden und so ebenfalls alltäglich werden. Ein Regelkatalog der Station sollte festgelegt werden, dabei aber fürsorglich und flexibel gestaltet sein. Dies sollte Spielraum für eine individuelle Therapiegestaltung eines jeden Patienten lassen. Ein weiterer Behandlungsaspekt stellt die psychotherapeutische Therapie dar. Diese sollte individuell angepasst sein und je nach Fall eine Auswahl folgender Angebote enthalten: Einzel-, Gruppen-, und Familientherapie. Darüber hinaus sollte es Angebote aus den Bereichen Kreativ- und Körpertherapie, Entspannungsverfahren und Psychoedukation und bei Bedarf Physio-, Ergo- oder Logopädische Behandlungen geben. Eine somatische Behandlung darf vor allem bei chronisch kranken Kindern nicht vernachlässigt werden und kann beispielsweise spezielle Schulungen oder auch eine medikamentöse Therapie umfassen. Ein weiterer wesentlicher Baustein der Therapie stellt die Beschulung durch Lehrkräfte einer Schule für Kranke dar. Dabei kann Gruppen- oder Einzelbeschulung stattfinden und die Lehrkräfte sollten in Kontakt mit der Heimatschule des Patienten stehen. Bei entsprechenden Fragestellungen sollten auch Sozialarbeiter und Mitarbeiter des psychosozialen Dienstes als Ansprechpartner vor Ort zur Verfügung

stehen und wenn nötig in die Therapie einbezogen werden. Nach Abschluss einer Behandlung wurden ebenfalls genaue Ideen zum Gewährleisten einer Nachsorge formuliert. Dabei sieht man die Aufgabe des stationären Teams vor allem darin, die Indikation einer Nachsorge zu stellen, diese zu empfehlen und die Patienten und ihre Familien gegebenenfalls in eine ambulante Therapie weiterzuleiten [11].

1.2 Stationäre pädiatrisch-psychosomatische Therapie

1.2.1 Etablierung stationärer psychosomatischer Therapiekonzepte

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die historische Entwicklung und Etablierung des Faches Psychosomatik zusammengestellt werden. Der Begriff Psychosomatik wurde wesentlich im 19. Jahrhundert durch den Leipziger Professor der „psychischen Therapie“ August Heinroth (1773-1849) geprägt [12]. Er entwickelte das Konzept der „Wesenseinheit von Leib und Seele“ und etablierte die Idee einer Therapie auf Basis einer ganzheitsmedizinischen Sicht [13]. Grundsätzlich ist das Fach der Psychosomatik bis heute stark mit dem Begriff der Psychotherapie verknüpft und lässt sich daher nur in Verbindung mit der Entwicklung dieses Bereiches betrachten. Stärkere Präsenz erfuhr das Fach der Psychosomatik in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts als Reaktion auf das oft einseitig naturwissenschaftlich orientierte Denken, vor allem in den großen Fachbereichen der Inneren Medizin und Neurologie. 1957 wurde die Psychotherapie als Zusatzbezeichnung in die ärztliche Weiterbildungsordnung aufgenommen, 1967 galt sie erstmals als eine Kassenleistung. 1970 gelangte das Fach der Psychosomatik in die universitäre Lehre und wurde als Pflichtfach an deutschen Hochschulen eingeführt. Erst im Jahre 1992 wurde die Zusatzqualifikation durch einen eigenen Facharzt für psychotherapeutische Medizin in der ärztlichen Weiterbildungsordnung aufgeführt. 2003 wurde dieser dann in den „Facharzt für psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ geändert [12].

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Bereich der Psychosomatik schon längere Zeit Präsenz im medizinischen Denken und Handeln erfährt, eine Etablierung eines eigenen Fachbereiches und eigener Institutionen jedoch erst in der nahen Vergangenheit geschah.

Im Weiteren soll ein genauerer Einblick in die institutionelle, stationäre Versorgung von psychosomatischen Patienten gewonnen werden. Erste Ansätze zur stationären Versorgung zeigten sich in Arabisch geprägten Medizin- und Therapieansätzen. Dort entwickelten sich eigenständige Behandlungs- und Pflegestätten. Ziel war dabei nicht

das Wegsperrten von geistig erkrankten Menschen, sondern deren Therapie und erstmals wurde beispielsweise die Musik als Therapieangebot genutzt. Unter Ausbreitung des Islams in Europa entstanden auch dort ähnliche Einrichtungen. Mit dem Niedergang des islamischen Reiches ab dem 11. Jahrhundert verschwanden all diese Therapieansätze aus der Medizin und lange Zeit wurden geistig Erkrankte weggesperrt oder verfolgt. Erst gegen Ende des 18. Jahrhunderts, unter dem Einfluss der Aufklärung, entwickelten sich wieder Konzepte der stationären Einrichtungen von psychisch erkrankten Patienten, nicht nur zur Unterbringungszwecken in Asylen, sondern auch mit dem Ziel einer Heilung. Die erste Hälfte des 19. Jahrhunderts brachte eine große Veränderung in der stationären Arbeit auf Basis des Psychotherapie-Konzeptes. Zwei wichtige, bis heute bestehende Therapieansätze wurden damals etabliert. Zum einen rückte das therapeutische Milieukonzept, zum anderen die Arzt-Patienten-Beziehung in den Vordergrund. Das sich damals entwickelnde Diagnosespektrum, als Nervenleiden bezeichnet, stellte bis heute einen Großteil der in psychosomatischen Kliniken behandelten Diagnosen dar und deren Behandlung war durch einen neurologischen Einschlag gekennzeichnet. Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden vermehrt Privatkliniken für Patienten mit Nervenleiden gegründet. Behandlungskonzepte umfassten dabei Ruhe und Entspannung, ärztliche Gespräche und psychologische Beeinflussung. Ende des 19. Jahrhunderts rückte die integrative Versorgung gemeinsam mit der Inneren Medizin in den Mittelpunkt. Dabei wurden sogenannte Stadt-Asyle gegründet. Dort sollten akut geistig erkrankte Patienten kurzfristig im Verbund mit den allgemeinen Stadtkrankenhäusern behandelt werden [13]. In den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts entstanden in Deutschland in Zusammenarbeit von Internisten und Psychoanalytikern erste Therapieansätze zur stationären Versorgung von Patienten mit psychosomatisch geprägten Störungsbildern. In der Zeit des Nationalsozialismus wurden all diese Therapieansätze vernachlässigt oder zerstört. Erst nach Beendigung des Zweiten Weltkrieges konnten sich neue Konzepte entwickeln und etablieren. Wiederum durch Fachärzte für Innere Medizin geprägt, entstanden teils eigenständige stationäre Behandlungskonzepte in deren Kliniken, unter anderem auch in Gießen (v.Uexküll/Cremerius/Richter). Man orientierte sich meist an psychodynamischen Konzepten und legte einen ersten Meilenstein für die stationäre psychosomatische Versorgung. [14]. In den 70er Jahren wurden vermehrt auch verhaltenstherapeutische Elemente in die Therapie eingebaut und immer mehr Kliniken entwickelten multimethodale Konzepte [13]. Deutlich wird bei diesen Betrachtungen, dass die Entstehung des Fachbereiches der Psychosomatik seinen Ursprung unter dem

Deckmantel der Inneren Medizin und nicht unter wesentlicher Beteiligung der Psychiatrie findet [14].

1.2.2 Organisationsstruktur psychosomatischer Patientenversorgung

Formal kann die Patientenversorgung in drei Organisationsformen eingeteilt werden. Erstens als psychosomatische Grundversorgung, die durch Haus- und Fachärzte aller Disziplinen in ihre Patientenversorgung integriert wird. Zweitens eine Ergänzung dieser Grundversorgung durch Fachabteilungen und Fachärzte, die in Allgemeinkrankenhäusern integriert sind und deren Ziel vor allem kurativen Hintergrund hat und eine Akutversorgung gewährleisten soll. Drittens überregional spezialisierte Fachzentren und -kliniken, deren Ziel vor allem die psychosomatische Rehabilitation darstellt. Der größte Teil der Patienten wird zunächst in der hausärztlichen Primärversorgung oder gegebenenfalls durch Fachärzte anderer Abteilungen betreut. Dabei sollte es Aufgabe dieser Ärzte sein, Störungsbilder zu identifizieren, Differentialdiagnosen abzuwägen und eine angemessene Diagnostik durchzuführen oder einzuleiten. Im nächsten Schritt sollten dann Therapieindikationen gestellt werden und eine Beratung und falls nötig eine Therapiemotivation erfolgen. In der Realität zeigt sich jedoch, dass die hausärztliche Identifikationsrate nur zwischen 30 und 50% liegt. Im zweiten Schritt sollte eine fachspezifische Therapie durch ambulante Fachärzte oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes in Akutkrankenhäusern erfolgen. Ziel sollte es dabei sein, eine möglichst flächendeckende Versorgung zu gewährleisten. Gerade im ambulanten Bereich scheint diese jedoch regional sehr unterschiedlich verteilt und gerade ländliche Regionen sind stark unterversorgt. Die ambulante Versorgung durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zeigt noch größere Defizite auf. Die stationäre Versorgung zeigt meist einen erheblichen Bettenmangel für psychosomatische Patienten auf. Kliniken, die in andere Fachabteilungen integriert sind und spezifische psychosomatische Stationen können den Bedarf an stationären Patienten nicht abdecken. Im folgenden Schritt des Krankheitsfolgenmodells schließt sich die psychosomatische Rehabilitation an. Diese zeigt sich im internationalen Vergleich gut ausgebaut, findet vor allem an speziellen Fachkliniken statt und ist konzeptionell stark an die Rentenversicherung angelehnt. Zusammenfassend lässt sich zeigen, dass nicht einmal die Hälfte aller Patienten von Haus- oder anderen Fachärzten als psychosomatisch erkrankt identifiziert wird und somit nicht oder nur unzureichend bezüglich einer angemessenen Therapie beraten wird. Findet diese Identifikation dennoch statt, scheint aber eine weitere Versorgung durch ambulante Therapeuten

oder im Rahmen eines stationären Aufenthaltes nur für wenige Patienten möglich. Lediglich die psychosomatische Rehabilitation scheint angemessen ausgebaut. Uexküll et al. sehen daher vor allem in der Primär- und Akutversorgung Verbesserungsbedarf und empfehlen eine verstärkte Etablierung psychosomatischer Grundkompetenzen in die fachärztliche Ausbildung der primärversorgenden Ärzte. Darüber hinaus raten sie zu einer Förderung der psychotherapeutischen Spezialisierung, sowohl im Bereich der Facharztausbildung Psychiatrie und Psychosomatik, als auch im Bereich der Zusatzqualifikation anderer Fachärzte. Sie empfehlen außerdem eine fokussierte Einrichtung von psychosomatischen Abteilungen in Allgemeinkrankenhäusern, deren Konsultationsdienste gegebenenfalls von jeder anderen Abteilung wahrgenommen werden können. Grundlegend scheint dabei vor allem eine Vernetzung verschiedener Berufsgruppen, sowohl der psychotherapeutisch tätigen, als auch aller anderen Abteilungen untereinander [14].

Zaudig et al. legen die Entwicklung der Bettenbelegung in psychosomatischen Kliniken dar und geben so einen genauen Eindruck der Versorgungssituation. 2001 gab es 81 Krankenhäuser und Fachabteilung mit der Spezialisierung Psychosomatik und einer Bettenauslastung von 94,4 %, jedoch 391 Krankenhäuser mit dem Schwerpunkt Psychiatrie und einer Bettenauslastung von 90,3%. Seit 1991 erhöhte sich die Bettenzahl in psychosomatischen Kliniken um 30,4 %, die der psychiatrischen Kliniken reduzierte sich jedoch um 35,4 %. Diese Untersuchung zeigt, dass die Nachfrage von psychosomatischen Therapiekonzepten deutlich zu steigen scheint und einen Teil der vorher psychiatrischen Behandlungsansätze effektiv ersetzen kann [13].

1.2.3 Die Versorgungssituation innerhalb der stationären pädiatrischen Psychosomatik

Angelehnt an die oben genannten drei Säulen der Organisationsstrukturen in der Erwachsenenpsychosomatik könnte man versuchen, dieses Modell auch auf die psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen zu übertragen. Im Folgenden soll versucht werden, dieses Konzept rein hypothetisch auf den Bereich der Pädiatrie zu übertragen. Die oben genannte Primärversorgung müsste dann durch niedergelassene Pädiater und gegebenenfalls Hausärzte gewährleistet sein. Dabei könnten diese im Rahmen von Weiterbildung in der Identifikation von psychosomatischen Erkrankungen und einer Empfehlung hinsichtlich Therapieoptionen geschult werden. Eine besondere Position in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen könnte den pädagogischen tätigen Berufsgruppen, Lehrern und

Erziehern zugeordnet werden. Diese erhalten einen alltäglichen, über das familiäre Umfeld hinausgehenden Einblick und sehen die betroffenen Kindern in der Regel häufiger als deren Ärzte. Eine Schulung dieser Berufsgruppen könnte eine Beratung hinsichtlich eines weiteren Vorgehens bei möglicherweise erkrankten Kindern und Jugendlichen umfassen. Eine anschließende Sekundärversorgung könnte durch integrierte Fachabteilungen und stationäre Behandlungsangebote im Rahmen von gemeintätigen Kinderkliniken gewährleistet werden. Deren Ziel könnte angelehnt an das Versorgungskonzept in der Erwachsenenpsychosomatik zunächst eine Akutversorgung mit eventuell daran anschließendem kurativem Ansatz sein. Um dies leisten zu können, könnte die fachspezifische Ausbildung von pädiatrisch-psychosomatischen Bestandteilen in den Facharztbereichen „Kinder- und Jugendmedizin“ und „Kinder- und Jugendpsychiatrie“ verstärkt integriert werden. Beide Berufsgruppen müssten eine Versorgung in dem jeweiligen Krankenhaus gewährleisten können und sich untereinander vernetzen. Eine erste Vermittlung von entsprechenden Inhalten könnte schon in der universitären Ärzteausbildung begonnen werden. Die dritte Säule der psychosomatischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen würde nach dem oben genannten Konzept deren Rehabilitation in speziellen Fachkliniken umfassen.

Die „Arbeitsgruppe für Kinder- und Jugendpsychiatrie an Kinderkliniken“ entwickelte 1996 ein ähnliches, gestaffeltes Modell der Versorgungsebenen von Kindern mit psychischen Auffälligkeiten an Kinderkliniken. Frank et al. beschreiben in einem Umsetzungsversuch ein komplexes Spannungsfeld zwischen Spezialisierung und Ganzheitlichkeit. Dies umfasst erstens die Basisversorgung im Rahmen der pädiatrischen Grundversorgung. Dabei soll unter Einbeziehung von bio-psycho-sozialen Faktoren den Eltern und Patienten ein umfassendes Krankheitsverständnis, angepasst an deren jeweilige Situation und Ressourcen, vermittelt werden. Ziel soll dabei die Vermittlung eines ganzheitlichen Verständnisses von Krankheiten und das Erreichen einer verbesserten Früherkennung und Compliance sein. Die Autoren stellen sich dabei eine übergreifende Zusammenarbeit von mehreren Fachbereichen vor. Sie schlagen beispielsweise das Einbeziehen von kinderpsychiatrischen Elementen in die Aus- und Fortbildungsbausteine der Pädiatrie vor. Zweitens nennen sie die Versorgung von verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen im Rahmen von Kinderkliniken und meinen dabei in erster Linie das Erkennen solcher Patienten und eine darauf folgende adäquate Diagnostik. Häufig werden diese Patienten und Familien sehr wohl als „schwierig“ beschrieben, aber lediglich bei einem Anteil von 4-7% wird dieses Verhalten als Symptom eines Störungsbildes eingeordnet. Werden Störungsbilder

nicht erkannt und entsprechend behandelt, leidet zumeist die Compliance der Patienten und das "schwierige" Verhalten, nicht die eigentliche Krankheit, steht im Vordergrund. Dies kann zu einer erheblichen Therapiebeeinträchtigung und der damit folgenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes und einer Verfestigung des auffälligen Verhaltens führen. Frank et al. schlagen zu Diagnostikzwecken die Verwendung einheitlicher Symptom-Checklisten und Klassifikationssystem vor. Im nächsten Schritt des gestaffelten Modells steht die Versorgung über Konsiliar- und Liaisondienste. Diese dient in erster Linie der Unterstützung von organmedizinischen Spezialisten und kann durch solche angefordert werden. Dabei kann die Aufgabe des Konsiliarius sein, eine Einschätzung bezüglich Diagnose und Therapie abzugeben. Die eigentliche therapeutische Verantwortung liegt jedoch im Bereich der spezialisierten Teams. In anderen Fällen hat sich die ständige Anwesenheit von kinderpsychiatrischen Mitarbeitern in speziellen Teams bewährt. Dabei kann sowohl den Mitarbeitern, als auch den jungen Patienten und deren Familien von Beginn an ein mehrdimensionaler Blick auf die Krankheit ermöglicht werden. Dies fördert schon früh den Abbau von Abwehr gegen psychiatrische Mitarbeit. Im letzten Schritt der Versorgungsebenen nennen Frank et al. die psychosomatische Stationsarbeit. Idealerweise sollte diese durch ein multiprofessionelles Team betreut und regelmäßig reflektiert werden. Dabei stehen sowohl Möglichkeiten der psychiatrischen und somatischen Diagnostik und Therapie im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes zur Verfügung [8].

Um die aktuelle Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen zu verdeutlichen, zeigt ein Blick auf das Angebot von pädiatrisch-psychosomatischen Einrichtungen die Realität auf. Auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der pädiatrischen Psychosomatik sind deutschlandweit 37 Kliniken aufgeführt, die solch eine Versorgung übernehmen [15].

Im Vergleich dazu zeigt ein Blick auf die Homepage der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, dass in Deutschland 148 Kliniken zur stationären psychiatrischen Versorgung existieren. Darin sind weder Tageskliniken noch Ambulanzen enthalten [16].

2 Behandlungskonzept der Komplexbehandlung im Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin am UKGM Gießen

2.1.1 Indikation und Prozedere der stationären Aufnahme

Die Zuweisung der Kinder und Jugendlichen an die Familienpsychosomatik des Zentrums für Kinderheilkunde und Jugendmedizin kann auf verschiedene Weise erfolgen. Zum einen können die Patienten durch niedergelassene Pädiater, Hausärzte oder ambulante Therapeuten überwiesen werden. Zweitens kann dies über die verschiedenen pädiatrischen Ambulanzen in der Klinik geschehen, welche die Patienten zum Teil schon über einen längeren Zeitraum betreuen, deren Entwicklung beobachten und in Rücksprache mit dem Team der Familienpsychosomatik eine dortige Vorstellung empfehlen. Dies umfasst meist Kinder, die an einer chronischen Erkrankung oder einer chronischen Beschwerdesymptomatik leiden und deren psychosoziale Situation zudem leidet oder darunter große Probleme aufzeigt. Einige Kinder werden auch zunächst aus anderen Indikationen auf eine der Stationen der Kinderklinik aufgenommen. Im Verlauf dieses Aufenthaltes besteht bei einem Anlass die Möglichkeit ein psychosomatisches Konsiliargespräch zu erhalten und auch dabei kann gegebenenfalls die Empfehlung zu einer stationären Therapie ausgesprochen werden.

Die Indikationsstellung zur stationären psychosomatischen Komplextherapie erfolgt nach einem der stationären Aufnahme vorgeschalteten Erstgespräch. Dabei soll die individuelle Krankengeschichte des Patienten beleuchtet und festgestellt werden, ob der Patient durch seine Beschwerden in einem solchen Ausmaß in seinem Alltag eingeschränkt ist, dass er von einem stationären Aufenthalt und einer zeitweise familienexternen Unterbringung profitieren kann. Dabei wird dem Patienten gemeinsam mit seiner Familie oder seinen Bezugspersonen die Möglichkeiten der stationären Therapie und insbesondere dieses Konzept vorgestellt. In der Regel erhalten die Patienten dann die Möglichkeit, sich mit ihrer Familie einige Tage zu beraten und dann in einem zweiten Gespräch ihre Entscheidung zu verkünden. In diesem Gespräch sollte dann auch die Therapiemotivation des Patienten geklärt und die Erwartung an die Mitarbeit der Familie, insbesondere der Eltern formuliert, werden.

Am Aufnahmetag erfolgt dann in einem Aufnahmegespräch erneut die Feststellung der Therapiemotivation, der Patient erhält einen genauen Wochenplan, Besuchszeiten und Stationsregelungen werden besprochen. Ein beispielhafter Wochenplan ist in

Abbildung 1 dargestellt. Ein stationärer Aufenthalt erfolgt in der Regel für vier Wochen und kann in Einzelfällen auf bis zu sechs Wochen verlängert werden. Aufgenommen werden in den meisten Fällen Kinder und Jugendliche im Schulalter. In einzelnen Fällen werden auch Mutter/Vater-Kindtherapien mit jüngeren Kindern oder junge Erwachsene über dem 18. Lebensjahr, deren Krankheitsgeschichte oder -entwicklung eine pädiatrische Einbeziehung erfordert, betreut. Ein Überblick über die bisher zur Aufnahme geführten Indikationen findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1 Aufnahmeindikationen zur Komplexbehandlung

Überblick über die nach ICD-10 klassifizierten Störungsbilder, die zur Aufnahme einer Komplextherapie geführt haben.

Hauptdiagnose inkl. ICD-10 Schlüssel	Patientenanzahl
F 32= Depressive Episode	1
F 34= Anhaltende affektive Störungen	1
F 41= Andere Angststörungen	2
F 42= Zwangsstörung	1
F 43= Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	8
F 44= Dissoziative Störungen	6
F 45= Somatoforme Störungen	27
F 50= Essstörungen	28
F 51= Nichtorganische Schlafstörungen	2
F 54= Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	24
F 60= Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2
F 82= Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	1
F 91= Störungen des Sozialverhaltens	1
F 93= Emotionale Störungen des Kindesalters	2
F 98= Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	2

[17]

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
7.30 – 8.00	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken	Wecken
8.00 – 8.45	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück	Frühstück
8.45 – 9.30	Physio- therapie	Physio- therapie	Physio- therapie	Physio- therapie	Physio- therapie		
	Visite	Visite	Visite	Visite	Visite		Visite
10.00 – 12.00	Schule	Schule	Schule	Schule	Schule		
12.00 – 13.00	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen	Mittagessen		
14.00 – 15.00	Pantomime	Trommeln	Pantomime	Einzel- gespräch			
15.00 – 16.00	Einzel- gespräch	Kunst- therapie	Einzel- gespräch		Familien- gespräch		
16.00 – 17.00				Skaten			
17.00 – 18.00				Skaten			
18.00 – 19.00	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen	Abendessen
19.00 – 21.00							
Ab 21.00	Nachruhe	Nachruhe	Nachruhe	Nachruhe	Nachruhe	Nachruhe	Nachruhe
		Besuchszeit			Resozialisierung		

Abbildung 1 Wochenplan Komplextherapie

Darstellung eines beispielhaften Wochenplans. Dabei stehen die gelben Felder für die möglichen Besuchszeiten und die blauen Felder für mögliche Resozialisierungszeiten.

2.1.2 Das Behandlungskonzept

Die Basis des Behandlungskonzeptes der Komplextherapie bildet ein psychoanalytisches Verständnis. Konzeptionell orientiert es sich an der psychoanalytischen Familientherapie im Sinne Horst-Eberhardt Richters. [18] Darüber hinaus wird die bio-psycho-soziale Entwicklung und die individuelle Krankheitsgeschichte eines jeden Patienten berücksichtigt. Gerade psychosomatische Krankheitsbilder und deren Behandlungen erfordern individuelle Therapieplanung mit Einbeziehung verschiedener Fachgebiete. Auf dieser Basis lässt sich kein einheitliches Therapiekonzept, sondern ein angepasstes, flexibles Modell formulieren [9].

Seit 2011 werden im Rahmen der allgemeinpädiatrischen Station „Köpfe“ am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Gießen psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche behandelt. Dies geschieht integriert in den Ablauf der zum Teil auch akutversorgenden Station und in der Regel können zwischen drei und sechs Patienten gleichzeitig behandelt werden.

Übergeordnetes Ziel ist es dabei, die Patienten und ihre Familien in einem selbstverantwortlichen Umgang mit der Erkrankung zu unterstützen und so ein möglichst beschwerdefreies Leben zu ermöglichen. Im Sinne einer Resozialisierung ist in der Regel ein tägliches Besuchen ab 16 Uhr durch die Angehörigen möglich. Darüber hinaus werden die Patienten ab dem zweiten Wochenende in der Klinik für einen Tag beurlaubt und sollen gemeinsam mit ihren Familien das Alltagsleben zu Hause erneut erproben. Diese Regelungen können im Einzelfall, falls sie sich als für die Therapie kontraproduktiv oder eine Kindesgefährdung darstellen, alternative Lösungen erfordern.

Behandlungsteam

Das multimodale Behandlungskonzept umfasst die Zusammenarbeit von einem Team, das sich aus verschiedenen Fachbereichen und Schwerpunktbereichen zusammensetzt. Ein regelmäßiger Austausch findet dabei zwei Mal wöchentlich in gemeinsamen Sitzungen statt. Unter den folgenden Punkten des Konzeptes sind auch die dabei wirksamen Fachkräfte erwähnt.

Einzelgespräche

Einzelgespräche mit dem Bezugstherapeuten dauern zwischen 45 und 60 Minuten und finden drei Mal pro Woche statt. Dieser Prozess findet laut Renschmidt et al. an festen Elementen orientiert statt. Dabei sind Ort, Dauer und Zeit, ebenso wie die Interaktion zwischen Patient und Therapeut konstant zu halten. [19] In täglich stattfindenden Supervisionen hat der Bezugstherapeut mindestens einmal in der Woche, die Möglichkeit, sich zu besprechen. In den Einzelgesprächen können neben der Gesprächstherapie auch Bestandteile der Spieltherapie angewandt werden. Weiterhin fallen ebenfalls einzelne spielerische oder projektive Diagnostikelemente in den Aufgabenbereich des Bezugstherapeuten.

Familiengespräche

Familiengespräche oder Gespräche mit den nächsten Bezugspersonen des Patienten finden einmal pro Woche statt. Diese werden von ausgebildeten Familientherapeuten, nicht aber von den Bezugstherapeuten, geleitet und ebenfalls in den

Supervisionssitzungen eingebracht, um ein möglichst ganzheitliches Bild des Patienten und seines Umfeldes zu gestalten. An den Familiengesprächen nehmen in der Regel der Patient und alle Personen, die gemeinsam mit ihm zusammen leben, also der enge Familienkreis, teil. Hiller et al. bezeichnen es als sinnvoll, alle „Unter einem Dach“ Lebenden einzuladen, um eine Diagnostik familiärer Beziehungsstörungen vornehmen zu können [20]. Je nach familiärer Situation kann auch eine Teilung der Familie erfolgen oder der Familienkreis kann um beispielsweise die Großeltern oder andere Bezugspersonen erweitert werden.

Milieuthherapie

Deister et al. definieren Milieuthherapie als disziplinübergreifenden Therapieansatz, welcher psychotherapeutische Bestandteile in den erziehenden Alltag der Kinder integriert und so Pädagogik und Psychotherapie nicht als einzelne Disziplinen versteht. Milieuthherapie stellt daher ein vernetztes, komplexes Interventionsgeflecht dar, welches die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten fordert [21]. Im Rahmen der stationären Komplexbehandlung und vor allem bei der gemeinsamen Mahlzeitenaufnahme, die von Erziehern und Pflegepersonal begleitet wird, erfolgt ein tägliches Zusammentreffen und die Auseinandersetzung mit den anderen Patienten. Dies wird in den zum Teil in Gruppen angebotenen Therapieangeboten noch vertieft. Dabei ist die Patientengruppe durch ein heterogenes Patientenbild gekennzeichnet und wird zum Teil von Patienten, die nur konsiliarisch mit der psychosomatischen Abteilung in Berührung kommen, ergänzt. Dabei soll ein weitgehend beschwerdefreies Alltagskonzept, das die speziellen Therapieangebote ergänzt, erzeugt werden. Fokus soll dabei nicht auf dem einzelnen Patienten und seinem individuellen Krankheitsbild, sondern auf der Bewältigung eines strukturierten Alltags mit klar formulierten Regeln im stationären Kontext liegen.

Physiotherapie

Täglich nach dem Frühstück erhalten die Patienten 30 bis 45 Minuten Physiotherapieangebote. Patienten, deren körperliche Verfassung dies zulässt, werden gemeinsam in der Gruppe therapiert. Dabei stehen Körperwahrnehmung, Bewegungstraining, Entspannungstechniken und Spiele in der Gruppe im Vordergrund. Falls Patienten an diesem Angebot nicht teilnehmen können, besteht die Möglichkeit des Einzel-Physiotherapieangebotes, bei dem gezielt die körperlichen Beschwerden

des Patienten berücksichtigt werden. Je nach individueller Entwicklung kann im Verlauf die Teilnahme am gemeinsamen Angebot angebracht sein. Morschitzky et al. sehen eine körperliche Therapie neben den kognitiven Verfahren als erforderlich an, da die Patienten dort neue Erfahrungen mit ihrem Körper machen können und negative mit dem kranken Körper verbundene Empfindungen durch angenehme Erlebnisse ergänzen können [22].

Schule

Die tägliche Beschulung der Patienten stellt einen wesentlichen Therapiebestandteil der Komplexbehandlung dar. Dieser wird durch die Lehrkräfte der dem Klinikum angebotenen Hans-Rettig-Schule für Kranke, meist in Einzelunterricht, gewährleistet. Zu Beginn einer Behandlung nehmen die Lehrer der Klinik-Schule Kontakt zu den Klassen- und Fachlehrern der Stammschulen der Patienten auf. Dabei soll ihre individuelle Unterrichtsplanung an die Lehrpläne und Ansprüche der Ursprungsschulen angepasst sein und ein Austausch über Leistungsstand, Probleme, Stärken und Förderbedarf der Patienten findet statt. Eine regelmäßige Beschulung soll den Patienten ermöglichen, den Anschluss an die Ursprungs-klasse, auch während des Krankenhausaufenthalts zu halten und wenn nötig auf individuelle Stärken oder Schwächen einzugehen. Darüber hinaus erhalten die Lehrer in ihrer Arbeit mit den Patienten und im Austausch mit den Lehrern der Stammschule eine weitere Perspektive auf den Patienten, die sie in den Teamsitzungen einbringen können. Das Lehrerteam der Hans-Rettig-Schule umfasst Lehrer für den Grund-, Haupt-, Real-, Gymnasial- und Förderschulbereich und falls nötig kann beispielsweise eine Intelligenzdiagnostik erfolgen. In Einzelfällen können die Lehrer auch nach einer abgeschlossenen Behandlung bei einer schulischen Resozialisierung hilfreich sein. Dies ist vor allem dann angebracht, wenn regelmäßige Schulbesuche aufgrund der Erkrankung eingeschränkt sind. Dabei kann beispielsweise gemeinsam mit der Stammschule und pädagogischen Förderzentren eine weitere Beschulung besprochen werden, gegebenenfalls kann ein zeitlich begrenzter Haus- oder Förderunterricht stattfinden, um so die schulische Wiedereingliederung zu erleichtern.

Kunsttherapie

Kunsttherapeutische Angebote finden ein bis zwei Mal pro Woche für 45 bis 60 Minuten statt und werden von einer ausgebildeten Kunsttherapeutin angeboten. Deren

Beobachtungen und die Ergebnisse der Therapie werden ebenfalls in die gemeinsamen Besprechungen und die Supervisionssitzungen eingebracht. Je nach Patient umfasst das künstlerische Angebot Malen und Zeichnen, Basteln, aber auch die Arbeit mit Materialien wie Ton und Speckstein. Dabei erhalten die Patienten, neben der verbalen Kommunikation, eine weitere Möglichkeit, ihren Gefühlen und Gedanken Ausdruck zu verleihen und diese zu erarbeiten und gegebenenfalls Ängste oder Erlebtes zu verarbeiten. Waller et al. stellen verschiedene Funktionen der Kunsttherapie dar: Kinder können dabei ein Zugang zu Gefühlen entdecken, die sie mittels Sprache nicht ausdrücken können. Kunst kann „Abfallbehältnis“ für starke Gefühle sein und eine besondere Kommunikationsebene zwischen Therapeut und Patient schaffen [23].

Musiktherapie – Trommeln

Einmal pro Woche findet ein einstündiger Gruppen-Trommelworkshop statt. Dabei werden gemeinsam mit allen Patienten auf unterschiedlichen Rhythmusinstrumenten verschiedene Rhythmusinstrumente erarbeitet. Dies wird von einem ausgebildeten Musiker an das jeweilige Niveau des einzelnen Patienten und der Gruppe angepasst. Dabei soll der Patient die Möglichkeit erhalten seinen Gefühlen freier und ungehemmter Raum zu geben. Darüber hinaus stellt es im Sinne der Milieutherapie und Gruppenfindung ein wesentliches Therapieelement dar. Avers et al. stellen Musiktherapie bei Kindern auch für sonst eher unmusikalische Patienten als ressourcenstärkend in vielen Bereichen dar. So können Gefühle ausgedrückt, motorische Prozesse erlernt und Kognitionen gestärkt werden. Musiktherapie kann zur verbalen und nonverbalen Kommunikation genutzt werden und die Gruppensozialisation fördern [24].

Pantomime

Ein bis zwei Mal pro Woche treffen die Patienten für 60 bis 90 Minuten auf einen ausgebildeten Pantomime- und Akrobatikünstler. Einerseits besucht dieser die Patienten in ihrem stationären Umfeld und versucht mit seiner nonverbalen Art der Kommunikation eine Kommunikationsbasis „ohne Worte“ zu schaffen. Dies stellt für verschlossene, ängstliche und vor allem für junge Patienten eine Möglichkeit dar, sich zu öffnen. Ein anderes Angebot besteht darin, in einem Pantomime-Workshop selbst einfache Elemente der Pantomime zu erarbeiten und Jonglieren oder andere

Akrobatikkünste zu erlernen. Dabei kann zum einen die nonverbale Kommunikation gestützt werden und die jungen Patienten können beim Erlernen neuer Fähigkeiten eigene Stärken entwickeln. Hartmann-Kottek beschreibt, dass in diesem improvisierten Rollenspiel eine besondere Ausdrucksform steckt, welche heilsame, therapeutische und nutzbare Komponenten haben kann. Die Spontaneität und das Schlüpfen in eine andere Rolle, nehmen dabei einen großen Raum ein [25].

Tanzworkshop

Einmal im Monat, für die meisten Patienten einmalig während ihres Aufenthaltes, findet an drei aufeinanderfolgenden Tagen ein vom Stadttheater Gießen begleiteter Tanzworkshop statt. Dieser wird durch professionelle Tänzer, einer Tanztherapeutin und einer Theaterwissenschaftlerin betreut. In gemeinsamer Arbeit werden mit den Patienten nach einem ausführlichen Aufwärmen einzelne Tanzelemente einstudiert. Am Ende der drei Tage soll ein aus diesen Elementen selbstständig zusammengestelltes Tanzstück entstanden sein. Zum Ende einer Probe werden ebenfalls Entspannungs- und Ruhetechniken integriert. Der Workshop soll die individuellen Fähigkeiten und die Körperwahrnehmung der Patienten stärken und stellt ein wichtiges Element der Gruppenbildung dar. Dabei geht das Projekt über den die klassische Tanztherapie hinaus und initiiert Erkenntnisprozesse von Gefühlen und Konflikten und deren Bewältigung. Dabei sollen erlebte Erfahrungen mit dem Körper mittels Tanz in den Vordergrund gestellt werden [26]. Einmal im Monat wird darüber hinaus auch ein Besuch der Proben des Tanztheaters angeboten, um den Patienten einen ganzheitlichen Einblick in das Gelernte zu ermöglichen.

Skaterprojekt

Einmal in der Woche findet für zwei Stunden gemeinsam mit einer Therapeutin und professionellen Skatern dieses Sportprojekt statt. Dabei erlernen die Patienten in einer kleinen Gruppe auf einem Skate- oder Longboard zu skaten und können je nach Vorkenntnissen individuell gefördert werden. Sie erwerben rasch Grundkenntnisse und können diese nach Wunsch und eigenem Zutrauen ausbauen. Dabei werden Körperwahrnehmung und eigene Fähigkeiten erarbeitet und gefördert. Eigene Grenzen können überwunden werden und dies kann im Sinne der Selbstwertstärkung zu einem anderen Umgang mit dem eigenen Selbst, dem Körper und der Krankheit führen.

Sozialdienst

Die Zusammenarbeit mit dem Sozialdienst, vertreten durch einen in der Klinik tätigen Sozialarbeiter, kann in einigen Fällen nötig sein. Der jeweilige Sozialarbeiter ist in den wöchentlich stattfindenden Teamsitzungen anwesend und kann beratend eingreifen. Dies geschieht vor allem dann, wenn eine Zusammenarbeit mit dem Jugendamt oder dem Sozialamt nötig ist. Dabei kann er sich für Familienhilfen, pädagogische Hilfen oder auch eine familienexterne Unterbringung der Patienten einsetzen oder das Behandlungsteam und gegebenenfalls die Familien dahingehend beraten.

Visite

Eine täglich stattfindende Visite mit einem Stationsarzt, Pflegepersonal sowie einem therapeutischen Mitarbeiter und eine einmal pro Woche stattfindende Chefarztvisite, bei der alle tätigen ärztlichen und therapeutischen Disziplinen anwesend sind, geben die Möglichkeit des interdisziplinären Austausches in direkter Patientennähe. Dabei können Therapiefortschritt, Therapieziel und anstehende Untersuchungen und Therapieschritte besprochen werden. Darüber hinaus ermöglicht es dem Patienten täglich, Probleme, Unklarheiten und Fragen loszuwerden und diese mit den verschiedenen Disziplinen zu besprechen.

Schulungen und Beratungen

Je nach Krankheitsbild und Ursache kann eine Einbeziehung spezieller Berater nötig sein. Dabei können beispielsweise Ernährungs- oder Diabetesberater in Rücksprache mit dem therapeutischen Team Patienten und ihre Familien gezielt schulen, beraten und Wissen vermitteln, um einen möglichst komplikationslosen Umgang mit der Erkrankung, auch nach Krankenhauserlassung, zu erreichen.

3 Fragestellungen

1. Unterscheiden sich die Patienten bei Aufnahme und Entlassung nach stationärer Komplexbehandlung hinsichtlich ihres Störungsbildes und damit verbundenen Symptomen, Alexithymieverhaltens und der Familiendynamik innerhalb der Familien?
2. Zusätzlich soll ein Vergleich der oben genannten Merkmale mit den in Handbüchern angegebenen und von den Autoren ermittelten Rohmittelwerten erfolgen.
3. Welche Persönlichkeitsmerkmale lassen sich bei Patienten, deren Krankheitsbild eine psychosomatische stationäre Therapie erfordert, ermitteln?
4. Welche Therapieangebote erbrachten aus Perspektive der Patienten den größten Erfolg?
5. Gegenüberstellung der beiden größten Patientengruppen hinsichtlich ihres Störungsbildes, Alexithymieverhaltens und der Familiendynamik. Dabei werden die Gruppen „Essstörungen“ (ICD-10: F50) und „Somatoforme Störungen“ (ICD-10: F45) gegenübergestellt. Es soll aufgrund der Stichprobengröße lediglich ein klinisch-qualitativer Eindruck und eine Tendenz gewonnen werden.

4 Material und Methoden

4.1 Stichprobe

Die Datenerhebung wurde von Frühling 2012 bis Frühling 2015 durchgeführt. Bereits im Jahr 2011 wurden erstmals Patienten im Sinne einer pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Gießen behandelt, die Datenerhebung startete bei steigenden Patientenzahlen und einem damit verbundenen Anspruch der Evaluation erst im Laufe des Jahres 2012. Insgesamt wurden seit Beginn der Behandlungsphase 2011 bis zum Frühling 2015 108 Patienten therapiert. In die Stichprobe der hier vorgestellten Evaluation wurden 45 Patienten eingebracht. Teilnahmevoraussetzungen wurden zunächst festgelegt und reduzierten die Anzahl der Patienten, die insgesamt Teil der Stichprobe darstellten. Dabei müssen die Patienten zwischen elf und 18 Jahren alt sein, mindestens zwei Wochen in stationärer Behandlung sein, diese nicht vor diesem Zeitpunkt abbrechen, der deutschen Schriftsprache mächtig sein und gemeinsam mit ihren Erziehungsberechtigten der Studienteilnahme zustimmen.

4.2 Instrumente der Datenerhebung

4.2.1 Allgemeine Angaben

Dieser erste Teil des Fragebogens enthält folgende Angaben zum Patienten: Zunächst werden Name und Geschlecht, sowie Geburtstag und Alter erfasst. Im Weiteren wird die Schulform und Klasse der Patienten, sowie ihr durchschnittliche Schulleistung in Noten erhoben. Ebenso werden die Berufe der Eltern erfragt. In die Auswertung geht ebenfalls die Diagnose der Patienten ein, die nach Abschluss der Erhebung in fünf Kategorien eingeteilt wurde (siehe Tabelle 2). Außerdem wird die durchschnittliche Verweildauer aller an der Studie teilnehmenden Patienten ermittelt.

Tabelle 2 Diagnosekategorien

Darstellung der zur Aufnahme geführten Diagnosen. Die Gliederung in fünf Kategorien erfolgte in Anlehnung an den ICD-10 Katalog.

Diagnose inkl. ICD-10 Schlüssel	Kategorie
F 50 = Essstörungen	1
F 54= Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	2
F 45 = Somatoforme Störungen	3
F 44 = Dissoziative Störungen	4
Sonstige	5

4.2.2 Allgemeiner Familienbogen (FB)

Der allgemeine Familienbogen ist Teil eines von Cierpka et al. entwickelten Fragebogensets, bestehend aus einem Inventar von drei Fragebögen, die unterschiedliche Perspektiven der Familienfunktionen einschätzen sollen. Dabei existieren neben dem allgemeinen Familienfragebogen noch ein Selbstbeurteilungsbogen und ein Zweierbeziehungsbogen. Im hier verwendeten allgemeinen Familienbogen wird die Familie als System fokussiert. Referenzwerte wurden für fünf verschiedene Lebensbereiche, in denen Familien sich befinden können, entwickelt. In der vorliegenden Studie wurden die Referenzwerte der Lebensphase 4 „Familien mit Kindern in der Pubertät und Adoleszenz“ verwendet. In dieser Phase liegen eigene Referenzwerte für Kinder vor. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 40 Items und umfasst die sieben Bereiche „Aufgabenerfüllung“, „Rollenverhalten“, „Kommunikation“, „Emotionalität“, „Affektive Beziehungsaufnahme“, „Kontrolle“ und „Werte und Normen“. Darüber hinaus existieren nur im allgemeinen Familienbogen die beiden Kontrollskalen „soziale Erwünschtheit“ und „Abwehr“. Jede der 40 Fragen muss auf einer vierstufigen Antwortskala beantwortet werden. Dabei sind folgende Antwortmöglichkeiten vorgegeben: „Stimmt genau“, „Stimmt ein wenig“, „Stimmt eher nicht“ und „Stimmt überhaupt nicht“ [27].

4.2.3 Youth Self-Report (YSR)

Der Youth Self-Report der Child Behavior Checklist wurde ursprünglich in der amerikanischen Version von Achenbach et al. 1991 publiziert.[28] Unter Zusammenarbeit mit Thomas Achenbach wurde er 1998 von der Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist überarbeitet und von Döpfner et al. als deutsche Version mit dem Titel „Fragebogen für Jugendliche“ publiziert. Er erfasst bei

Jugendlichen zwischen elf und 18 Jahren in Selbsteinschätzung eigene Kompetenzen, Verhaltensauffälligkeiten und emotionale Probleme. Im ersten, freien Teil des Fragebogens sollen die Kompetenzen der Jugendlichen erfasst werden. Von den Autoren durchgeführte Studien zeigten jedoch, dass die Ergebnisse nicht statistischen Kriterien entsprachen und werden in der Fragebogenauswertung daher außer Acht gelassen. Im zweiten Teil des Fragebogens werden in 119 Items Verhaltensauffälligkeiten, emotionale Auffälligkeiten, körperliche Beschwerden und sozial erwünschte Verhaltensweisen beschrieben. Die Beantwortung der Items erfolgt in dreistufig gegliederten Antworten; 0=„nicht zutreffend“, 1=„etwas oder manchmal zutreffend“ und 2=„genau oder häufig zutreffend“. Die Bereiche bilden acht Syndromskalen, welche wiederum in drei Gruppen zusammengefasst werden. Die erste Gruppe der „internalisierenden Auffälligkeiten“ enthält die Skalen „Sozialer Rückzug“, „Körperliche Beschwerden“ und „Ängstlichkeit/Depressivität“. Die zweite Gruppe der „externalisierenden Auffälligkeiten“ umfasst die beiden Skalen „Dissoziales Verhalten“ und „Aggressives Verhalten“. Die dritte Gruppe der „gemischten Auffälligkeiten“ beschreibt die Skalen „Soziale Probleme“, „Schizoid/Zwanghaftes Verhalten“ und „Aufmerksamkeitsprobleme“. Abschließend kann ein Gesamtwert der Syndromskalen gebildet werden und gibt einen Überblick über die gesamte Ausprägung der verschiedenen Auffälligkeiten [29].

4.2.4 Toronto Alexithymie Skala 26 (TAS-26)

Die TAS-26 wurde in der englischen Originalversion von Taylor et al. 1997 entwickelt und etabliert. Eine überarbeitete deutsche Version wurde dann 2001 von Kupfer et al. publiziert. Der Begriff Alexithymie setzt sich aus den griechischen Begriffen A=Negation, Lexis=Wort und Thymos=Gefühl zusammen. Er bezeichnet die Unfähigkeit Gefühle wahrzunehmen, diese sprachlich auszudrücken und anschließend psychisch zu verarbeiten [30]. Gündel et al. fassen den Begriff der Alexithymie in drei Punkten zusammen. Zum einen handelt es sich dabei um die Unfähigkeit oder Schwierigkeit, Gefühle auszudrücken und von körperlichen Symptomen zu unterscheiden. Belastende Situationen werden scheinbar unbeteiligt dargestellt, Fantasie und Vorstellungsvermögen zeigen sich dabei kaum. Darüber hinaus zeigen die Menschen in ihren zwischenmenschlichen Beziehungen wenig Autonomie und eine hohe soziale Konformität [31]. Der verwendete Fragebogen enthält 26 Items, welche als Aussagen formuliert sind und hinsichtlich ihres Zutreffens auf einer fünfstufigen Ratingskala eingeschätzt werden sollen. Dabei existieren folgende Antwortmöglichkeiten: 1=„trifft gar nicht zu“, 2=„trifft eher nicht zu“, 3=„teils/teils“,

4=„trifft eher zu“ und 5=„trifft völlig zu“. In drei Skalen werden dann die folgenden Dimensionen erfasst: Skala 1 enthält die „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ und umfasst nicht nur die Erfassung von emotionalen, sondern auch von körperlichen Vorgängen. Die zweite Skala umfasst die „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“. Die dritte Skala wiederum enthält den „extern orientierten Denkstil“ und befasst sich mit dem Interesse an tiefgehendem, analytischem Denken im Vergleich zu einer oberflächlichen Betrachtungsweise. Abschließend lässt sich eine Gesamtskala „Alexithymie“ bilden und ergibt einen Globalwert für die Alexithymie-Ausprägung. Hohe Werte stehen dabei für auffällige Werte [30].

4.2.5 Junior Temperament und Charakter Inventar (JTCI)

Dieser Fragebogen zur Persönlichkeitserfassung von Kindern und Jugendlichen wurde als Gesamtinventar für drei verschiedene Altersgruppen entwickelt. Dabei erfolgt die Erhebung der Altersstufen drei bis sechs und sieben bis elf als Fremdbeurteilung. Der in der vorliegenden Studie verwendete JTCI für die Altersstufe 12 bis 18 hingegen ist ein Selbstbeurteilungsbogen. Er besteht aus 103 Items, welche in einer fünfstufigen Antwortskala zu bearbeiten sind. Dabei existieren folgende Antwortmöglichkeiten: 0=„Nein“, 1=„Eher nein“, 2=„Teils/teils“, 3=„Eher ja“ und 4=„Ja“. Die Ergebnisse werden in die zwei Bereiche „Temperament“ und „Charakter“ und darunter untergeordnete Hauptdimensionen, welche wiederum aus Subdimensionen bestehen, zusammengefasst.

Unter Temperament wird dabei der quasi-automatische emotionale Reaktionsstil verstanden und umfasst die Hauptdimensionen „Neugierverhalten“, „Schadensvermeidung“, „Belohnungsabhängigkeit“ und „Beharrungsvermögen“. Die Dimension des Neugierverhaltens beschreibt dabei eine Verhaltensaktivierung durch neue Reize und Belohnungssignale und umfasst die Subdimensionen „explorative Erregbarkeit“, „Impulsivität“, „Extravaganz“ und „Regellosigkeit“. Die Dimension der Schadensvermeidung geht wiederum auf die Verhaltenshemmung durch Strafandrohung und Signale von Nichtbelohnung ein und umfasst die Subdimensionen „Angst vor Ungewissem“, „Zukunftssorgen“, „Schüchternheit“ und „Ermüdbarkeit“. Die dritte Temperamentdimension der Belohnungsabhängigkeit beschreibt die Verhaltensregulation durch das Ansprechen auf soziale Verstärker und umfasst die Subdimensionen „Empfindsamkeit“, „Emotionale Offenheit“, „Bindung“ und „Abhängigkeit“. Die zuletzt genannte Hauptdimension des Beharrungsvermögens beschreibt das Aufrechterhalten von Verhalten ohne verstärkende Mechanismen und

trotz Frustrationserlebnissen und beinhaltet die Subdimensionen „Arbeitseifer“, „Ausdauer“, „Ehrgeiz“ und „Perfektionismus“.

Charakter beschreibt das zentrale Selbstkonzept, um mit der Umwelt in Interaktion zu treten und umfasst die Hauptdimensionen „Selbstlenkungsfähigkeit“, „Kooperativität“ und Selbsttranszendenz“. Die Selbstlenkungsfähigkeit geht dabei auf die Fähigkeit mit sich selbst, dem eigenen Können und Bedürfnissen zu Recht zu kommen ein und umfasst die Subdimensionen „Verantwortlichkeit“, „Einfallsreichtum“, „Zielbewusstheit“ und „Selbstakzeptanz/-kongruenz“. Die Dimension der Kooperativität beschäftigt sich mit der Fähigkeit mit seinem direkten Umfeld in Kontakt zu treten und umfasst die Subdimensionen „soziale Akzeptanz“, „Einfühlungsvermögen/Empathie“, „Hilfsbereitschaft“, „Mitleid“ und „Gewissen“. Die zuletzt genannte Dimension der Selbsttranszendenz beschreibt den Umgang mit abstrakten Umweltkonzepten und beinhaltet die Subdimensionen „Fantasie“ und „Spiritualität“ [32].

4.2.6 Fragebogen zu Therapieangeboten

In einem eigens auf das Therapieangebot zugeschnittenen Fragebogen werden am Ende der Behandlung die unterschiedlichen Therapieangebote aus Sicht der Patienten evaluiert. Dabei werden die folgenden Angebote seit 2011 abgefragt: „Einzelgespräche mit dem Therapeuten“, „Visitengespräche mit dem Stationsarzt“, „Chef- bzw. Oberarztvisite“, „Familiengespräche“, „Kunsttherapie“, „Musiktherapie“, „Tanzworkshop“, „Gespräche mit dem Pflegepersonal“, „Krankengymnastik“, „Gespräche mit Mitpatienten“ und „Wochenendentlassung bzw. Gespräche zu Hause“. Unter einem weiteren Punkt „Sonstiges“ können die Patienten weitere Angebote oder ihnen wichtige Punkte auflisten. Die jeweiligen Angebote können in einer sechsstufigen Antwortskala beantwortet werden und enthalten folgende Antwortmöglichkeiten: 1=„Schädlich/Furchtbar“, 2=„Nicht hilfreich“, 3=„Neutral“, 4=„Hilfreich“, 5=„Sehr hilfreich“ und 6=„Nicht erhalten“. Im zweiten Teil des Fragebogens erhalten die Patienten in folgenden fünf Fragen, die mittels Freitexten beantwortet werden, zusätzlich die Möglichkeit ihre abgeschlossene Behandlung zu evaluieren: „Was konnte ich im Rahmen der Behandlung klären?“, „Welche Aufgaben kommen in der nächsten Zeit auf mich zu?“, „Welche Dinge haben mir in der Behandlung besonders geholfen?“, „Welche Dinge waren besonders schwierig?“ und „Was müsste passieren, um sagen zu können, dass die Behandlung ein Erfolg war?“. Während der Stichprobenumfang der teilnehmenden Patienten der gesamten Befragung bei N= 45

lag, nahmen an diesem Fragebogen nur 39 Patienten den ersten Teil und 33 Patienten den zweiten Teil der Evaluationsmöglichkeit wahr.

4.3 Datenauswertung

Der Stichprobenumfang, definiert durch alle Teilnehmer, die den Angaben in 4.1. entsprachen, ergibt einen Gesamtumfang N . Des Weiteren können nur solche Fragebögen in die Untersuchung eingehen, deren Bearbeitung vollständig und korrekt ausgeführt wurde. Dabei werden die Kriterien darüber den jeweiligen Handbüchern der vier verwendeten Fragebögen entnommen [27, 29, 30, 32]. Zur Auswertung wird das computergestützte Auswertungssystem „SPSS“ für Windows und zur Darstellung der Daten Excel für Windows genutzt. [33] Für die Fragebögen „FB“, „TAS-26“, „YSR“ und „JTCl“ werden die in den jeweiligen zugehörigen Handbüchern aufgeführten Grenzen zur T-Wert-Berechnung aus den Ergebnissen der Fragebogenitems und dabei errechneten Rohwerten verwendet und computergestützt dargestellt [32] [29] [27] [30].

In den Handbüchern aller vier oben genannten Fragebögen sind die Mittelwerte der erhobenen Rohwerte zur Repräsentation der Gesamtbevölkerung der Kinder und Jugendlichen dieses Alters einzusehen. Im Persönlichkeitsfragebogen JTCl sind Mittelwerte getrennt für beide Geschlechter ermittelt worden [32]. Da in der vorliegenden Studie jedoch beide Geschlechter gemeinsam betrachtet werden, werden die Mittelwerte gewichtet addiert. Da ein Vergleich mit diesen erhobenen Rohwerten in Fragestellung 2 angestrebt wird, erfolgt zunächst mittels SPSS-Software eine Mittelwertbildung für alle in den vier Fragebögen ausgewerteten Rohwerten. Zum Vergleich der beiden Zeitpunkte „Aufnahmetag“ und „Entlassungstag“ in Fragestellung 1 werden zu beiden Zeitpunkten die jeweiligen Mittelwerte errechnet. Der Mittelwert \bar{x} , hier MW, beschreibt dabei den Schwerpunkt der Messwerte, wobei jeder einzelnen Beobachtung das gleiche Gewicht zukommt [34].

Zum Vergleich von Mittelwerten wird im nächsten Schritt das statistische Verfahren des T-Tests gewählt. Dieser ist laut Schumacher et al. zum Mittelwertvergleich schon geringer Stichprobenumfänge geeignet [35]. Der T-Test setzt eine Normalverteilung der Zufallsvariablen voraus, ist allerdings sehr robust gegenüber Abweichungen von dieser [36].

In den Fragestellungen 1, 2 und 5 sollen verschiedene Vergleiche getätigt werden, daher werden zur Auswertung verschiedene Verfahren des T-Tests angewandt. In Fragestellung 1 soll zunächst ein Vergleich zwischen den zwei Zeitpunkten „Zeitpunkt

1“ = Aufnahmetag und „Zeitpunkt 2“ = Entlassungstag angestellt werden. Dabei wird der T-Test für zwei verbundene Stichproben genutzt, der die Gleichheit zweier Erwartungswerte überprüfen soll. Dieser setzt voraus, dass die beiden Stichproben verbunden, das heißt aus einer Grundgesamtheit mit einheitlichem Stichprobenumfang N stammen und so zwei Wertepaare (Wert Zeitpunkt 1; Wert Zeitpunkt 2) bilden. Dieses Wertepaar wird hier also aus den ermittelten Mittelwerten x_1 und x_2 zu den zwei genannten Zeitpunkten gebildet und ergibt daher $(x_1; x_2)$. Fragestellung 2 hingegen beschäftigt sich mit dem Vergleich der erhobenen Werte am Aufnahmetag und den von den Herausgebern der Fragebögen ermittelten Rohwerten der Gesamtbevölkerung des jeweiligen Alters. Die in der Literatur vorgegebenen Rohwerte, ebenfalls Mittelwerte, stellen dabei einen vorgegebenen Sollwert dar, mit dem die erhobenen Werte verglichen werden sollen. Dabei wird der T-Test für eine Stichprobe genutzt, welcher einen Mittelwert x einer Stichprobe mit einem vorgegebenen Sollwert μ vergleicht. In diesem Fall wird also der Sollwert der Literaturwerte μ , hier der Mittelwert der Normwerte mit dem schon in Fragestellung 1 verwendeten Mittelwert zum Zeitpunkt der Aufnahme x_1 verglichen. Zuletzt sollen in Fragestellung 5 die häufigsten Patientengruppen, die in der Studie ermittelt werden gegenübergestellt werden und es wird der T-Test für zwei unverbundene Stichproben angewendet. Dabei wird eine Grundgesamtheit durch die Patientengruppe des einen Störungsbildes und die andere Grundgesamtheit durch die zweite Patientengruppe repräsentiert. Die in die Studie eingehenden Patienten stellen dann jeweils eine Stichprobe aus diesen beiden Grundgesamtheiten dar und können so in einem unverbundenen Test gegenübergestellt werden. Dabei kann berücksichtigt werden, dass die Stichproben nicht den gleichen Umfang haben und zwei Stichproben mit N_1 und N_2 existieren. In Fragestellung 5 sollen die Patientengruppen des Störungsbildes „Essstörungen“ (F50) denen des Störungsbildes „Somatoforme Störungen“ (F45) gegenübergestellt werden und man erhält daher zwei Stichproben, N_{50} und N_{45} , welche mittels der erhobenen Mittelwerte x_{50} und x_{45} für die jeweiligen erhobenen Fragebogenskalen verglichen werden können [36].

Um eine Aussage über die Signifikanz der Ergebnisse zu treffen, werden mittels computergestützter Auswertung beidseitige 95%-Konfidenzintervalle und p-Werte berechnet. Dabei gibt der p-Wert eine Aussage darüber, ob ein statistisch signifikanter Unterschied besteht. Zu diesem Zweck werden folgende Signifikanzniveaus von Weiß et al. übernommen und festgelegt: p-Werte $< 0,05$: signifikant (*), p-Werte $< 0,01$: hoch signifikant (**), p-Werte $< 0,001$: höchst-signifikant (***). Darüber hinaus werden die Aussagen auch hinsichtlich einer schwachen Signifikanz von p-Werte $< 0,1$ (s) geprüft

[36]. Um eine Einschätzung der Größenordnung des Effektes auf der Merkmalskala zu erhalten, empfehlen Hilgers et al. die Darstellung der Ergebnisse anhand von Konfidenzintervallen, welche ebenfalls durch die SPSS-Software berechnet wurden [34].

In Fragestellung 3 soll eine Analyse der Persönlichkeitsstruktur der pädiatrisch psychosomatischen Patienten, die sich in der Komplextherapie befinden, vorgenommen werden. Dabei werden die Daten des zum Zeitpunkt 1 „Aufnahmetag“ ausgefüllten Fragebogens genutzt, da davon ausgegangen werden kann, dass eine Persönlichkeit nicht durch eine vier bis sechswöchige Therapie verändert werden kann und somit konstante Ergebnisse vorliegen. Dies soll unter anderem in Fragestellung 1 belegt werden. Goth et al. beschreiben im zugehörigen Fragebogenhandbuch in ihren theoretischen Überlegungen, dass schon Kleinkinder eine unverwechselbare Persönlichkeit haben, die sich Laufe der Entwicklung, trotz Änderung von Verhaltensweisen, nicht wesentlich verändert. Zur Auswertung werden die jeweiligen durch die Autoren vorgegebenen T-Werte für die sieben Hauptdimensionen und deren Subdimensionen zusammengetragen. Im folgenden Schritt erfolgt eine dreigeteilte Darstellung in den Kategorien „Unterdurchschnittlich“ ($T < 40$), „Durchschnittlich“ ($T = 40-60$) und „Überdurchschnittlich“ ($T > 60$), um so ein Gesamtbild der Persönlichkeitsstrukturen „Temperament“ und „Charakter“ zu erhalten. Diese T- Werte werden daraufhin mittels Mittelwertbildung zusammengetragen und können einen Gesamteindruck über die Persönlichkeitsstruktur der behandelten Patienten geben [32].

In Fragestellung 4 sollen die verschiedenen Therapieangebote evaluiert werden. Wenn in den bisher beschriebenen Vorgängen im Sinne der induktiven Statistik, welche die Aufgabe der Fragestellung- und Hypothesenprüfung hat, gearbeitet wird, so wird nun die deskriptive Statistik gewählt. Diese fasst Daten strukturiert zusammen und stellt sie übersichtlich dar. Dabei werden Mittelwerte, Standardabweichung, Schiefe g_1 und Wölbung g_2 angegeben. Die Schiefe wird definiert als ein Maß, dass die Symmetrie bzw. Asymmetrie eine Verteilung anzeigt und kann sowohl positive, als auch negative Werte annehmen. Falls sich positive und negative Werte ausgleichen, ist eine Verteilung bezüglich des Mittelwertes symmetrisch. Dies wäre also bei $g_1 = 0$ der Fall. Ist $g_1 > 0$ liegt eine rechtsschiefe Verteilung, bei einem Wert < 0 eine linksschiefe Verteilung vor. Die Wölbung hingegen stellt die Massenhäufung an den Enden bzw. im Mittelwertbereich der Verteilung dar. Bei symmetrischen Verteilungen gilt daher: $g_2 = 0$ stellt eine Normalverteilung dar, bei $g_2 > 0$ häufen sich die Werte im Mittelwert- und

Endbereich und bei $g_2 > 0$ zeigen sich Häufungen in anderen Bereichen, es bilden sich sogenannte „ausgeprägte Schulterpartien“. Werte für Schiefe und Wölbung sind nur dann als „echte“ Werte definiert, wenn ein Stichprobenumfang von $N > 100$ vorliegt und zeigen in der hier dargestellten Umfrage lediglich eine Tendenz auf [36].

5 Ergebnisse

5.1 Beschreibung der Stichprobe

5.1.1 Allgemeine Merkmale

Die Ergebnisse der allgemeinen Merkmale sind Tabelle 3 dargestellt. Bei einem Stichprobenumfang von N= 45 nahmen insgesamt 62,22 % weibliche und 37,78 % männliche Patienten an der Studie teil.

Zum Zeitpunkt der Erhebung waren 13,33 % 11 Jahre alt, 11,11 % 12 Jahre alt, 6,67 % 13 Jahre alt, 17,78 % 14 Jahre alt, 6,67 % 15 Jahre alt, 11,11 % 16 Jahre alt, 31,11 % 17 Jahre alt und 2,22 % 18 Jahre alt.

8,89 % besuchten die Hauptschule, 22,22 % waren Realschüler und Gymnasiasten, 36,67 % hingegen besuchten eine Gesamtschule. Des Weiteren besuchten 8,89 % der Patienten eine Berufsschule und 6,67 % eine Förderschule. 4,44 % gingen gar nicht mehr zur Schule. Dabei waren von der fünften bis zur zwölften Klasse alle Stufen nach Besuchen der Grundschule vertreten. 6,67 % besuchten die fünfte, 15,56 % die sechste, 13,33 % die siebte, 6,67 % die achte, 20 % die neunte und 15,56 % die zehnte Klasse. 11,11% der Patienten besuchten die elfte und 6,67 % die zwölfte Klasse.

Bei der Selbsteinschätzung ihrer Schulleistung in Noten gab der größte Teil der Patienten eine Einschätzung der eigenen Leistung im Mittelfeld an. 35,56 % schätzten diese mit der Note „2“, 46,67 % mit der Note „3“ und 11,11 % mit der Note „4“ ein. Nur 2,22 % schätzen ihre schulischen Leistungen mit der Note „1“ und der Note „5“ ein und keiner der Patienten vergab seinen Leistungen die Note „6“.

Tabelle 3 Allgemeine Merkmale

Darstellung der allgemeinen Merkmale der behandelten und evaluierten Patienten. Dabei sind folgende Merkmale durch absolute und relative Zahlen aufgeführt: Geschlecht, Alter, Schulform, Schulklasse und Schulleistung.

Geschlecht	Anzahl Absolut	Anzahl Relativ
- Männlich	17	37,78 %
- Weiblich	28	62,22 %
Alter		
- 11 Jahre	6	13,33 %
- 12 Jahre	5	11,11%
- 13 Jahre	3	6,67 %
- 14 Jahre	8	17,78 %
- 15 Jahre	3	6,67 %
- 16 Jahre	5	11,11%
- 17 Jahre	14	31,11 %
- 18 Jahre	1	2,22 %
Schulform		
- Grundschule	0	0 %
- Hauptschule	4	8,89 %
- Realschule	10	22,22 %
- Gymnasium	10	22,22 %
- Gesamtschule	12	26,67 %
- Berufsschule	4	8,89 %
- Förderschule	3	6,67 %
- Kein Schulbesuch	2	4,44 %
Klasse		
- 5. Klasse	3	6,67 %
- 6. Klasse	7	15,56 %
- 7. Klasse	6	13,33 %
- 8 Klasse	3	6,67 %
- 9. Klasse	9	20 %
- 10. Klasse	7	15,56 %
- 11. Klasse	5	11,11 %

- 12. Klasse	3	6,67 %
- 13. Klasse	0	0 %
- Kein Schulbesuch	2	4,44 %
Schulleistung in Noten		
- Note 1	1	2,22 %
- Note 2	16	35,56 %
- Note 3	21	46,67 %
- Note 4	5	11,11 %
- Note 5	1	2,22 %
- Note 6	0	0 %
- Keine Angabe	1	2,22 %

5.1.2 Krankheitsbezogene Merkmale

Die Ergebnisse der krankheitsbezogenen Merkmale sind in Tabelle 4 dargestellt. Insgesamt wurden alle Patienten nach ihrer Hauptdiagnose in fünf Diagnosekategorien nach ICD-10 Verschlüsselung eingeteilt (siehe Tabelle 2). Dabei litten 26,67 % an einer Essstörung, 11,11 % an psychologischen Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Erkrankungen, 35,56 % an einer Erkrankung aus dem somatoformen Kreis, 8,89 % an einer dissoziativen Erkrankung und 17,78 % an anderen Störungsbildern, die in einer Kategorie zusammengefasst sind. Eine detaillierte Aufstellung aller Hauptdiagnosen ist in Abbildung 2 zu finden. 24,22 % der Patienten hatten bei Aufnahme eine Diagnose, 40 % hatten zwei Diagnosen, 20 % hatten drei und wiederum 15,56 % hatten vier Diagnosen.

Im Konzept der Komplexbehandlung ist eine Verweildauer von vier Wochen mit einer Option der Verlängerung um in der Regel zwei Wochen vorgesehen. In einzelnen Fällen kann aber auch ein Aufenthalt von weniger als vier Wochen, wobei ein Zeitraum unter zwei Wochen als Abbruch gewertet wurde, oder ein über sechs Wochen hinausgehender Aufenthalt sinnvoll sein. 66,67 % der Patienten blieben vier Wochen in stationärer Behandlung, 15,56 % verlängerten und verweilten sechs Wochen. 6,67 % wurden schon vor Ablauf der vier Wochen entlassen, ebenfalls 6,67 % verweilten zwischen vier und sechs Wochen und 4,44 % länger als sechs Wochen in stationärer Therapie. Insgesamt ergab sich daher eine durchschnittliche Verweildauer von 31,24 Tagen.

Tabelle 4 Krankheitsbezogene Merkmale

Darstellung der krankheitsbezogenen Merkmale der behandelten und evaluierten Patienten. Dabei sind folgende Merkmale durch absolute und relative Zahlen aufgeführt: Diagnosekategorie, Anzahl der Diagnosen und Verweildauer.

Diagnose	Anzahl Absolut	Anzahl Relativ
- Kategorie 1= F 50	12	26,67 %
- Kategorie 2= F 54	5	11,11 %
- Kategorie 3= F 45	16	35,56 %
- Kategorie 4= F 44	4	8,89 %
- Kategorie 5= andere	8	17,78 %
Diagnoseanzahl		
- 1 Diagnose	11	24,44 %
- 2 Diagnosen	18	40 %
- 3 Diagnosen	9	20 %
- 4 Diagnosen	7	15,56 %
Verweildauer		
- < 4 Wochen (14 - 27 Tage)	3	6,67 %
- 4 Wochen (28/29 Tage)	30	66,67 %
- 4-6 Wochen (30 – 41 Tage)	3	6,67 %
- 6 Wochen (42 Tage)	7	15,56 %
- > 6 Wochen (> 42 Tage)	2	4,44 %

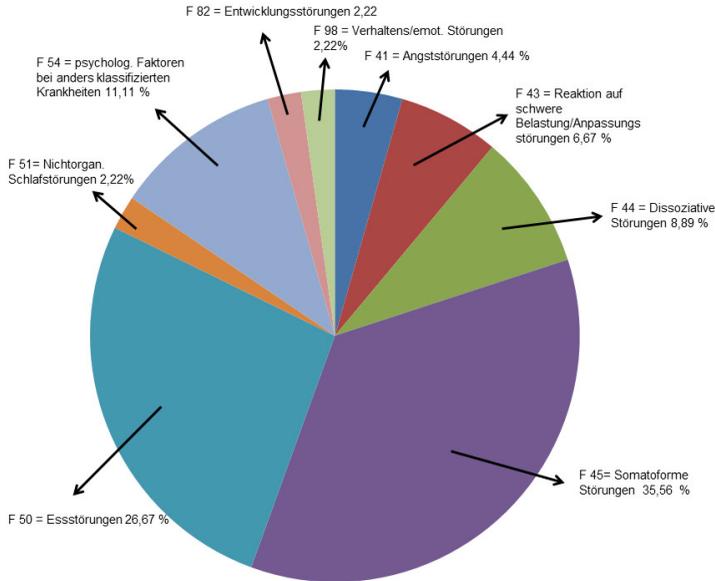


Abbildung 2 Diagnosen

Graphische Darstellung aller Diagnosen der Patienten, die in die Erhebung einbezogen wurden. Dabei erfolgt die Darstellung in relativen Zahlen und inklusive der Angabe der ICD-10 Klassifikationsbezeichnungen.

5.2 Beschreibung der Datenerhebung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Datenerhebung aller vier Fragebögen dargestellt. Dabei werden jeweils die Ergebnisse des Erhebungszeitpunktes 1 mit Normwerten der Allgemeinbevölkerung, sowie die Ergebnisse der zwei Erhebungszeitpunkte miteinander verglichen. Zusätzlich werden die folgenden Fragebögen hinsichtlich der zwei häufigsten Diagnosegruppen genauer betrachtet und miteinander verglichen: YSR, FB, TAS-26 [27, 29, 30, 32].

Dabei werden jeweils für die vier Fragebögen die Ergebnisse zunächst in Tabellen und darunter in Grafiken dargestellt. Zeitpunkt 1 (ZP1) steht dabei für den Erhebungszeitpunkt „Aufnahmetag“ und Zeitpunkt 2 (ZP2) für den Erhebungszeitraum „Entlassungstag“. Die Daten der Normpopulation werden mit N betitelt und in den Tabellen werden jeweils Mittelwerte (MW), Standardabweichungen (SA), das 5% und 95% Konfidenzintervall (KI), sowie der durch den T-Test ermittelte T-Wert (T) dargestellt. Ein Pfeil soll die Tendenz der erhobenen Werte von Aufnahme- und

Entlassungstag darstellen. Die Signifikanzen (S) werden mittels p-Werten sowohl in Tabelle und Grafiken als folgendes Symbol, wie im Material und Methoden Teil (siehe 4.3.) festgelegt, dargestellt: */ **/ ***. Eine schwache Signifikanz wird dabei ebenfalls gekennzeichnet (s).

5.2.1 Allgemeiner Familienbogen

Die erhobenen Werte zeigten zunächst, dass sich die von den Autoren der Fragebogenbatterie angegebenen Normwerte [27] in einigen Bereich von denen der Patienten der pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung unterscheiden. Dabei zeigten diese vor allem in den Bereichen „Aufgabenerfüllung“, „Kommunikation“ und „Kontrolle“ signifikant höhere Werte, im Bereich der Abwehr jedoch signifikant niedrigere Werte auf. Der Vergleich zwischen Aufnahme- und Entlassungstag zeigte Tendenzen und nur schwache Signifikanzen. Dabei wird jedoch deutlich, dass die Werte zum zweiten Messzeitpunkt in allen erfragten Bereichen gefallen waren, lediglich die Abwehr der Patienten schien im Zeitraum der Entlassung gestiegen. Die graphische Darstellung der erhobenen Ergebnisse ist in den Tabellen 5 und 6, sowie den Abbildungen 3 bis 5 zu finden.

Tabelle 5 Allg. Familienfragebogen: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag

Darstellung der im allgemeinen Familienfragebogen erhobenen Werte am Aufnahmetag im Vergleich zu den von den Autoren angegebenen Werten der Normpopulation.

	MW (N)	MW (ZP1)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Vergleich
Aufgabenerfüllung (F_AE)	3,73	5,02	2,92	0,41	2,16	2,96	0,005 (**)	↗
Rollenverhalten (F_RV)	5,76	5,82	2,39	-0,65	0,78	0,18	0,826	↗
Kommunikation (F_KOM)	3,51	4,47	2,65	0,16	1,76	2,43	0,019 (*)	↗
Emotionalität (F_E)	5,53	4,8	3,09	-1,66	0,19	-1,59	0,118	↘
Affektive Beziehungen (F_AB)	3,2	3,87	3	-0,23	1,57	1,49	0,143	↗
Kontrolle (F_K)	4,33	5,4	2,48	0,32	1,81	2,89	0,006 (**)	↗
Werte und Normen (F_WN)	3,87	4,27	2,59	-0,38	1,18	1,04	0,306	↗
Summenwert (F_S)	27,93	33,64	16,4	0,79	10,64	2,34	0,24	↗
Soziale Erwünschtheit (F_SE)	8,56	8,2	4,5	-1,71	0,99	-0,54	0,594	↘
Abwehr (F_A)	7,11	6,09	2,99	-1,92	-0,12	-2,28	0,027 (*)	↘

MW= Mittelwert, N= Normpopulation, ZP1= Aufnahmetag, SA= Standardabweichung, KI=

Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz, *= p<0,05, **= p<0,01

Tabelle 6 Allg. Familienfragebogen: Vergleich Aufnahme- und Entlassungstag

Darstellung der im allgemeinen Familienfragebogen erhobenen Werte am Aufnahme- und Entlassungstag im Vergleich zu den erhobenen Werten am Entlassungstag.

	MW (ZP1)	MW (ZP2)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Tendenz
Aufgabenerfüllung (F_AE)	5,02	4,87	1,88	-0,41	0,72	0,55	0,582	↘
Rollenverhalten (F_RV)	5,82	5,49	1,92	-0,24	0,91	1,17	0,250	↘
Kommunikation (F_KOM)	4,47	4,4	1,98	-0,53	0,66	0,23	0,823	↘
Emotionalität (F_E)	4,8	4,24	1,91	-0,19	1,13	1,95	0,058 (s)	↘
Affektive Beziehungen (F_AB)	3,87	3,73	2,04	-0,48	0,75	0,44	0,663	↘
Kontrolle (F_K)	5,4	5,2	1,85	-0,36	0,76	0,72	0,473	↘
Werte und Normen (F_WN)	4,27	4,24	1,91	-0,55	0,6	0,08	0,938	↘
Summenwert (F_S)	33,64	32,18	8,69	-1,14	4,08	1,13	0,264	↘
Soziale Erwünschtheit (F_SE)	8,2	8,16	2,96	-0,85	0,93	0,1	0,920	↘
Abwehr (F_A)	6,09	6,44	1,79	-0,89	0,18	-1,34	0,189	↗
MW= Mittelwert, ZP1= Aufnahme- und Entlassungstag SA= Standardabweichung, KI= Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz, s= p<0,1								

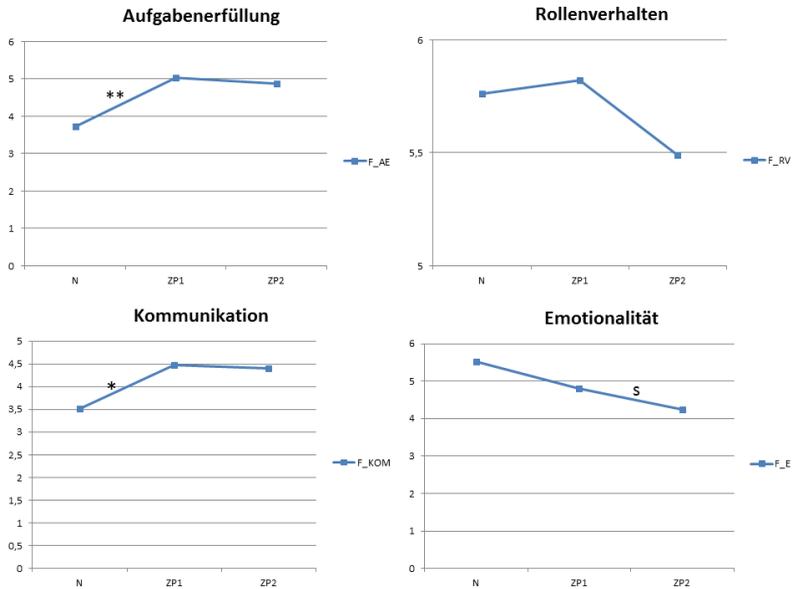


Abbildung 3 Allg. Familienfragebogen Teil 1: Mittelwerte

Graphische Darstellung der im allgemeinen Familienbogen erhobenen Kategorien Aufgabenerfüllung, Rollenverhalten, Kommunikation und Emotionalität. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

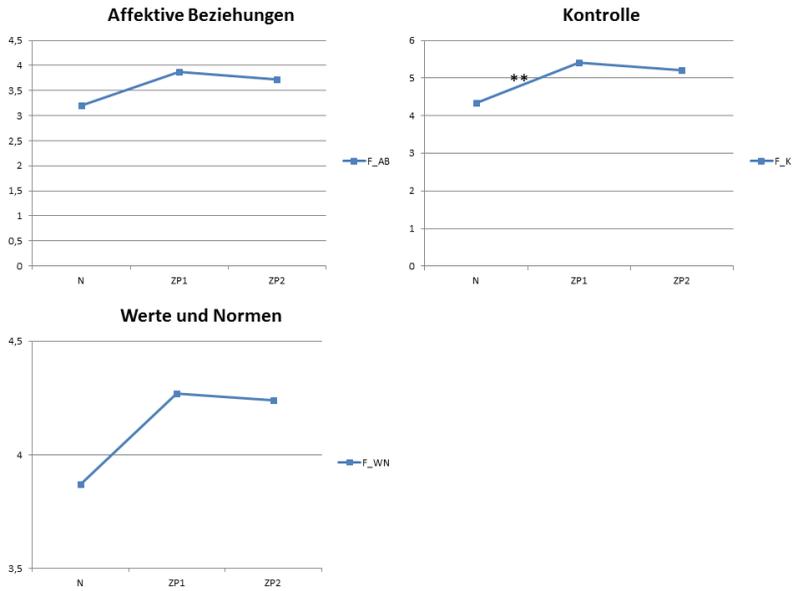


Abbildung 4 Allg. Familienfragebogen Teil 2: Mittelwerte

Graphische Darstellung der im allgemeinen Familienbogen erhobenen Kategorien Affektive Beziehung, Kontrolle und Werte und Normen. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahmezeitpunkt (ZP1) und am Entlassungszeitpunkt (ZP2).

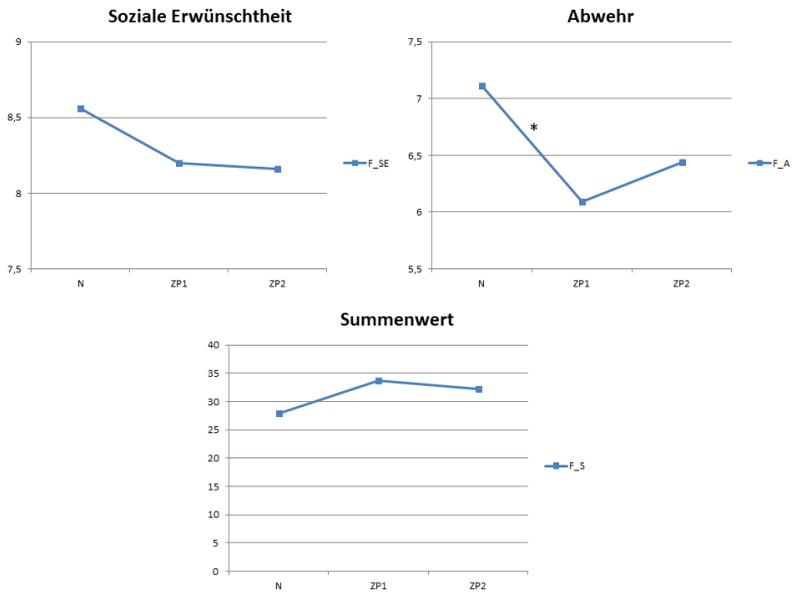


Abbildung 5 Allg. Familienfragebogen Teil 3: Mittelwerte

Graphische Darstellung der im allgemeinen Familienbogen erhobenen Kategorien Soziale Erwünschtheit und Abwehr, sowie des zusammenfassenden Summenwertes. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahmezeitpunkt (ZP1) und am Entlassungstag (ZP2).

5.2.2 Youth Self-Report

Der Youth Self-Report untersucht drei Auffälligkeitsbereiche, deren untergeordnete Kategorien und einen zusammengefassten Gesamtwert aller drei Bereiche. Der Bereich der gemischten Auffälligkeiten ergab, dass die untersuchten Patienten signifikant weniger soziale und Aufmerksamkeitsprobleme als die von den Autoren erfasste Normbevölkerung [29] angaben. Im Vergleich vor und nach der Behandlung zeigte sich, dass sich in diesen beiden Bereiche die angegebenen Werte weiter signifikant verringerten. In Bezug auf internalisierende Auffälligkeiten ergaben sich seitens der Patienten signifikant höhere Werte, vor allem in der Subklasse der körperlichen Beschwerden. Leicht signifikant höhere Werte zeigten sich auch bei der Angabe der gesamten internalisierenden Auffälligkeiten. Bei Entlassung zeigten die Patienten dann einen signifikanten Rückgang der Werte in den Bereichen körperliche Beschwerden, Ängstlichkeit/Depressivität und den übergeordneten Werten. Die Untersuchung der externalisierenden Auffälligkeiten zeigte, dass die Patienten der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie im Vergleich zur Normbevölkerung signifikant niedrige Werte, auch in den Subklassen aggressives und dissoziales Verhalten zeigten. Nach Therapieende zeigten sich in diesem Bereich keine signifikanten Veränderungen. Der Gesamtwert der Auffälligkeiten setzt sich aus allen drei Bereichen zusammen und zeigt daher, dass die Patienten im Vergleich zur Normpopulation einen signifikant niedrigeren Wert angaben, dieser dennoch im Verlauf der Behandlung signifikant reduziert werden konnte. Die graphische Darstellung der erhobenen Ergebnisse lässt sich in den Tabellen 7 und 6, sowie in den Abbildungen 6 bis 9 wiederfinden.

Tabelle 7 Youth Self-Report: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag

Darstellung der im Youth Self-Report erhobenen Werte am Aufnahmetag im Vergleich zu den von den Autoren angegebenen Werten der Normpopulation.

	MW (N)	MW (ZP1)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Ver- gleich
Soziale Probleme (Y_SP)	4,19	3,16	2,91	-1,91	-0,16	-2,39	0,021 (*)	↘
Schizoid/ Zwanghaft (Y_SZ)	1,81	1,62	1,91	-0,76	0,39	-0,66	0,513	↘
Aufmerksamkeits- probleme (Y_AP)	6,68	5,8	2,92	-2,56	-0,8	-3,87	0,000 (***)	↘
Internalisierende Auffälligkeiten (Y_INT)	15,5	18,8	11,66	-0,20	6,8	1,9	0,064 (s)	↗
Sozialer Rückzug (Y_SR)	4,32	4,89	3,37	-0,44	1,58	1,13	0,264	↗
Körperliche Beschwerden (Y_KB)	3,18	4,89	3,22	0,74	2,68	3,56	0,001 (***)	↗
Ängstlichkeit/ Depressivität (Y_ÄD)	8,65	9,51	7,55	-1,41	3,13	0,77	0,448	↗
Externalisierende Auffälligkeiten (Y_EXT)	14,02	9,69	7,34	-6,54	-2,13	-3,96	0,000 (***)	↘
Dissoziales Verhalten (Y_DV)	4,36	2,98	2,69	-2,19	-0,57	-3,44	0,001 (***)	↘
Aggressives Verhalten (Y_AV)	9,66	6,58	5,45	-4,72	-1,44	-3,8	0,000 (***)	↘
Gesamtwert Auffälligkeiten (Y_GES)	58,73	47,69	25,29	-18,64	-3,44	-2,93	0,005 (**)	↘
MW= Mittelwert, N= Normpopulation, ZP1= Aufnahmetag, SA= Standardabweichung, KI= Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz, s= p<0,1, *= p<0,05, **= p<0,01, ***= p<0,001								

Tabelle 8 Youth Self-Report: Vergleich Aufnahme-tag/Entlassungstag

Darstellung der im Youth Self-Report erhobenen Werte am Aufnahme-tag im Vergleich zu den erhobenen Werten am Entlassungstag

	MW (ZP1)	MW (ZP2)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Tendenz
Soziale Probleme (Y_SP)	3,16	2,64	1,62	0,02	1	2,12	0,040 (*)	↘
Schizoid/ Zwanghaft (Y_SZ)	1,62	1,49	1,77	-0,4	0,66	0,51	0,615	↘
Aufmerksamkeits- probleme (Y_AP)	5,8	5	2,04	0,19	1,41	2,63	0,012 (*)	↘
Internalisierende Auffälligkeiten (Y_INT)	18,8	14,98	7,46	1,58	6,06	3,44	0,001 (***)	↘
Sozialer Rückzug (Y_SR)	4,89	4,38	2,45	-0,22	1,25	1,4	0,168	↘
Körperliche Beschwerden (Y_KB)	4,89	3,67	2,72	0,4	2,04	3,01	0,004 (**)	↘
Ängstlichkeit/ Depressivität (Y_ÄD)	9,51	7,44	4,94	0,58	3,55	2,81	0,007 (**)	↘
Externalisierende Auffälligkeiten (Y_EXT)	9,69	9,42	4,54	-1,1	1,63	0,39	0,696	↘
Dissoziales Verhalten (Y_DV)	2,98	3,09	2,18	-0,77	0,54	-0,34	0,734	↗
Aggressives Verhalten (Y_AV)	6,58	6,33	3,24	-0,73	1,22	0,51	0,615	↘
Gesamtwert Auffälligkeiten (Y_GES)	47,69	42,22	17,11	1,58	10,61	2,14	0,038 (*)	↘
MW= Mittelwert, ZP1= Aufnahme-tag, ZP 2= Entlassungstag SA= Standardabweichung, KI= Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz, s= p<0,1, *= p<0,05, **= p<0,01 ***= p<0,001								

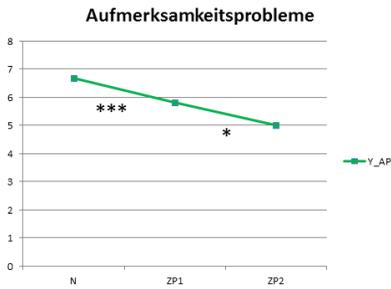
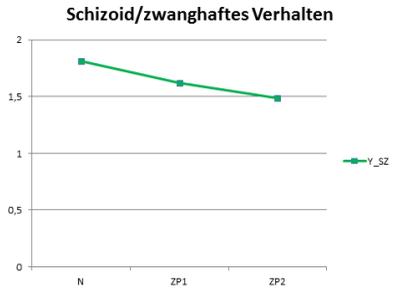
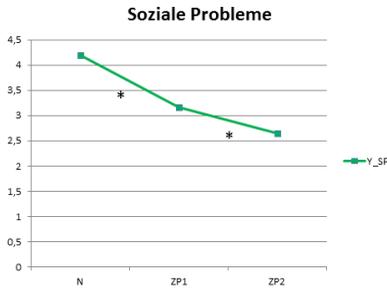


Abbildung 6 Youth Self-Report: Mittelwerte: Gemischte Auffälligkeiten

Graphische Darstellung der im Youth Self-Report erhobenen Kategorien der gemischten Auffälligkeiten: Soziale Probleme, schizoid/zwanghaftes Verhalten und Aufmerksamkeitsprobleme. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

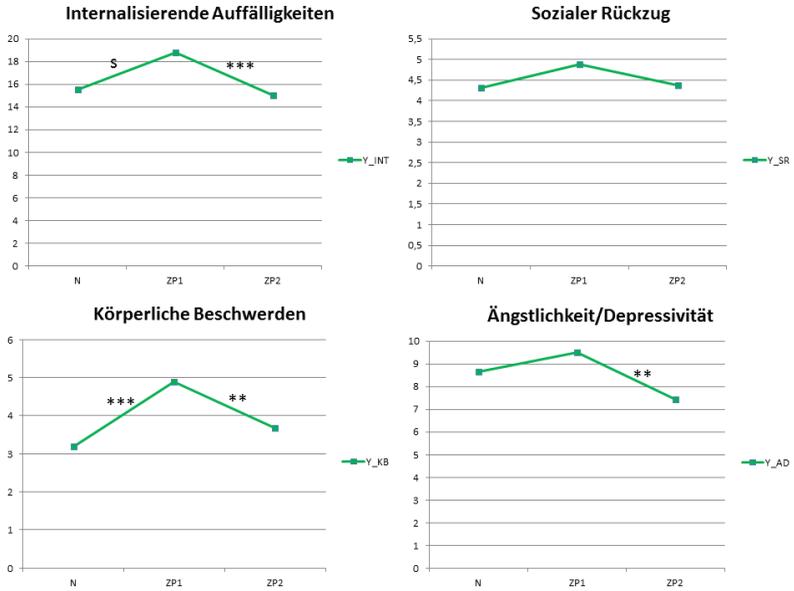


Abbildung 7 Youth Self- Report: Mittelwerte: Internalisierende Auffälligkeiten

Graphische Darstellung der im Youth Self-Report erhobenen Kategorien der internalisierenden Auffälligkeiten und der Unterkategorien sozialer Rückzug, körperliche Beschwerden und Ängstlichkeit/Depressivität. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

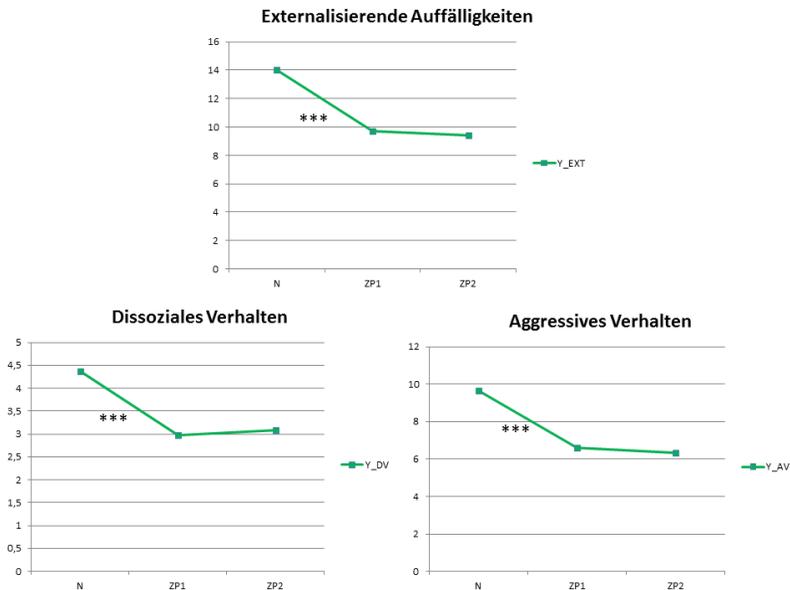


Abbildung 8 Youth Self- Report: Mittelwerte: Externalisierende Auffälligkeiten

Graphische Darstellung der im Youth Self-Report erhobenen Kategorien der externalisierenden Auffälligkeiten und der Unterkategorien dissoziales und aggressives Verhalten. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

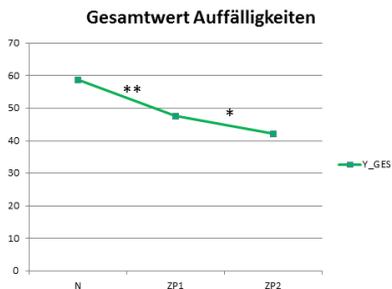


Abbildung 9 Youth Self- Report: Mittelwerte: Gesamtwert Auffälligkeiten

Graphische Darstellung des im Youth Self-Report erhobenen Gesamtwertes der Auffälligkeiten. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

5.2.3 Toronto Alexithymie Skala 26

In Bezug auf die abgefragten Alexithymiewerte zeigte sich, dass sich in einer Therapie von vier bis sechs Wochen keine signifikante Veränderung bezüglich der abgefragten Alexithymieskalen entwickelte. Deutlich wurde jedoch, dass sich das Alexithymieverhalten der pädiatrisch-psychosomatischen Patienten von Beginn an signifikant von dem der durch die Autoren veröffentlichten Normwerte [30] der Gesamtbevölkerung unterscheidet. So zeigten die Patienten einen erhöhten Alexithymiegesamtwert, aber auch erhöhte Werte, sowohl bei der Identifikation und Beschreibung von Gefühlen, als auch im Bereich des extern orientierten Denkstils auf. Die erhobenen Werte sind in den Tabellen 9 und 10, sowie in der Abbildung 10 graphisch dargestellt.

Tabelle 9 Toronto Alexithymie Skala: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag

Darstellung der in der Toronto Alexithymie Skala erhobenen Werte am Aufnahmetag im Vergleich zu den von den Autoren angegebenen Werten der Normpopulation.

	MW (N)	MW (ZP1)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Ver- gleich
Schwierigkeiten b. d. Identifikation von Gefühlen (T_IDENT)	14,14	17,82	7,68	1,38	5,99	3,22	0,002 (**)	↗
Schwierigkeiten b. d. Beschreibung von Gefühlen (T_BESCH)	13	14,31	5,16	-0,24	2,86	1,7	0,096 (s)	↗
Extern orientierter Denkstil (T_DENK)	16,38	18,24	5,42	0,24	3,49	2,31	0,026 (*)	↗
Gesamtwert Alexithymie (T_GES)	44,1	49,62	12,42	1,79	9,25	2,98	0,005 (**)	↗
MW= Mittelwert, N= Normpopulation, ZP1= Aufnahmetag, SA= Standardabweichung, KI= Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz, s= p<0,1, *= p<0,05 **= p<0,01								

Tabelle 10 Toronto Alexithymie Skala: Vergleich Aufnahme/Entlassungstag

Darstellung der in der Toronto Alexithymie Skala erhobenen Werte am Aufnahme/Entlassungstag im Vergleich zu den erhobenen Werten am Aufnahme/Entlassungstag.

	MW (ZP1)	MW (ZP2)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Tendenz
Schwierigkeiten b. d. Identifikation von Gefühlen (T_IDENT)	17,82	16,93	5,39	-0,73	2,51	1,11	0,275	↘
Schwierigkeiten b. d. Beschreibung von Gefühlen (T_BESCHR)	14,31	14,24	3,88	-1,1	1,23	0,12	0,909	↘
Extern orientierter Denkstil (T_DENK)	18,24	17,33	5,42	-0,72	2,54	1,13	0,265	↘
Gesamtwert Alexithymie (T_GES)	49,62	48,46	8,66	-1,45	3,76	0,9	0,376	↘

MW= Mittelwert, ZP1= Aufnahme/Entlassungstag, ZP2= Aufnahme/Entlassungstag, SA= Standardabweichung, KI= Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz

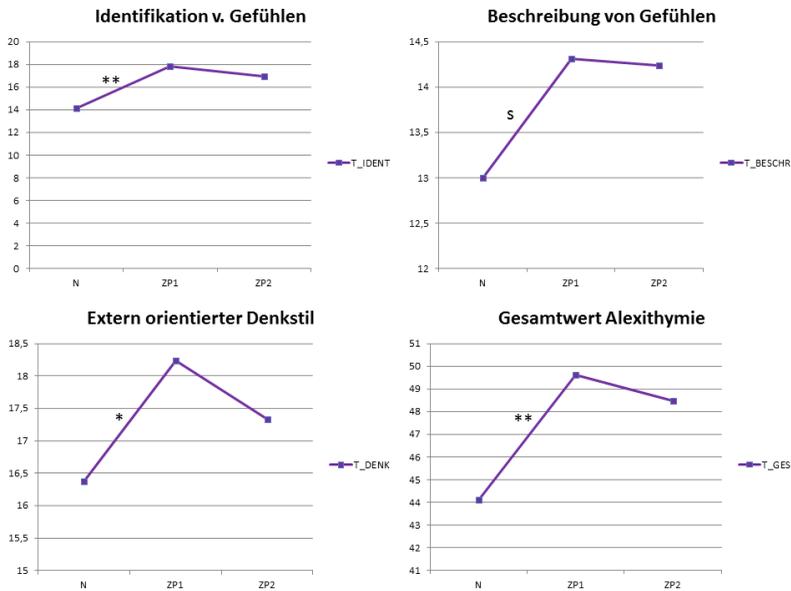


Abbildung 10 Toronto Alexithymie Skala: Mittelwerte

Graphische Darstellung der in der Toronto Alexithymie Skala erhobenen Kategorien Identifikation von Gefühlen, Beschreibung von Gefühlen, extern orientierter Denkstil und des Alexithymiegesamtwerthes. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

5.2.4 Junior Temperament und Charakter Inventar

Bei Betrachtung der Persönlichkeitsstruktur zum Aufnahmezeitpunkt im Vergleich zum Entlassungstag zeigten sich wie in Punkt 3 formuliert und erwartet keine signifikanten Veränderungen der Persönlichkeitsmerkmale (siehe Tabelle 11). Im Vergleich der Werte des Aufnahmetages mit von den Autoren veröffentlichten Werten der Allgemeinbevölkerung [32] zeigten sich jedoch einige signifikante Unterschiede. So stellt sich das Neugierverhalten und die Selbstlenkungsfähigkeit der Patienten als signifikant niedriger, die Schadensvermeidung jedoch signifikant höher da.

Bei der weiteren Auswertung des Persönlichkeitsfragebogens nach Angaben der Autoren [32] wird im Folgenden die Persönlichkeitsstruktur der Patienten betrachtet und, wie in 4.3 erläutert, interpretiert. Dabei zeigte sich, dass die Patienten der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie in der Darstellung mittels T-Wert Mittelwerte aller Befragten sowohl in den Persönlichkeitsbereichen Temperament und Charakter, als auch in deren Subskalen im durchschnittlichen Bereich befanden. Die graphische Darstellung der erhobenen Ergebnisse ist in den Tabellen 12 und 13, sowie in den Abbildungen 11 und 12 zu finden.

Tabelle 11 Junior Temperament und Charakter Inventar: Persönlichkeitsstruktur Überblick (T-Werte+Interpretation)

Darstellung der erhobenen Persönlichkeitsstrukturen der Komplexpatienten. Aufgeführt werden dabei die Mittelwert T-Werte und die daraus hervorgehende Interpretation der Werte.

	Mittelwerte (T-Wert)	Interpretation
Neugierverhalten (J_NV)	46,13	Durchschnittlich
Schadensvermeidung (J_SV)	54,42	Durchschnittlich
Belohnungsabhängigkeit (J_BA)	49,42	Durchschnittlich
Beharrungsvermögen (J_BV)	50,89	Durchschnittlich
Gesamtwert Temperament (J_GesT)	50,22	Durchschnittlich
Selbstlenkungsfähigkeit (J_SL)	44,93	Durchschnittlich
Kooperativität (J_KO)	51,07	Durchschnittlich
Selbsttranszendenz (J_ST)	51,6	Durchschnittlich
Gesamtwert Charakter (J_GesCh)	49,2	Durchschnittlich

Tabelle 12 Junior Temperament und Charakter Inventar: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag

Darstellung der im Junior Temperament und Charakter Inventar erhobenen Werte am Aufnahmetag im Vergleich zu den von den Autoren angegebenen Werten der Normpopulation.

	MW (N)	MW (ZP1)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Vergleich
Neugierverhalten (J_NV)	30,44	26,93	9,25	-6,28	-0,73	-2,54	0,015 (*)	↘
Schadensvermeidung (J_SV)	22,7	26,84	10,28	1,05	7,23	2,7	0,01 (**)	↗
Belohnungsabhängigkeit (J_BA)	39,53	39,07	39,07	-3,17	2,24	-0,35	0,732	↘
Beharrungsvermögen (J_BV)	33,05	33,24	9,78	-2,74	-3,13	0,13	0,895	↗
Selbstlenkungsfähigkeit (J_SL)	38,86	34,04	34,04	-7,65	-1,98	-3,42	0,001 (***)	↘
Kooperativität (J_KO)	47,75	48,96	48,96	-1,96	4,37	0,77	0,446	↗
Selbsttranszendenz (J_ST)	16,62	18,11	18,11	-0,84	3,82	1,29	0,204	↗
MW= Mittelwert, N= Normpopulation, ZP1= Aufnahmetag, SA= Standardabweichung, KI= Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz, *= p<0,05, **= p<0,01, ***= p<0,001								

Tabelle 13 Junior Temperament und Charakter Inventar: Vergleich Aufnahmetag/Entlassungstag

Darstellung der im Junior Temperament und Charakter Inventar erhobenen Werte am Aufnahmetag im Vergleich zu den erhobenen Werten am Entlassungstag.

	MW (ZP1)	MW (ZP2)	SA	KI 5%	KI 95%	T	S	Tendenz
Neugierverhalten (J_NV)	26,93	26,71	5,48	-1,42	1,87	0,27	0,787	↘
Schadensvermeidung (J_SV)	26,84	26,87	6,33	-1,92	1,88	-0,02	0,981	↗
Belohnungsabhängigkeit (J_BA)	39,07	39,76	5,56	-2,36	0,98	0,83	0,411	↗
Beharrungsvermögen (J_BV)	33,24	33,51	6,36	-2,18	1,64	-0,28	0,780	↗
Selbstlenkungsfähigkeit (J_SL)	34,04	34,44	8,19	-2,86	2,06	0,33	0,745	↗
Kooperativität (J_KO)	48,96	49,38	6,38	-2,34	1,49	0,44	0,659	↗
Selbsttranszendenz (J_ST)	18,11	18,42	5,3	-1,9	1,28	-0,39	0,696	↗
MW= Mittelwert, ZP1= Aufnahmetag, ZP2= Entlassungstag SA= Standardabweichung, KI= Konfidenzintervall, T= T-Wert, S= Signifikanz								

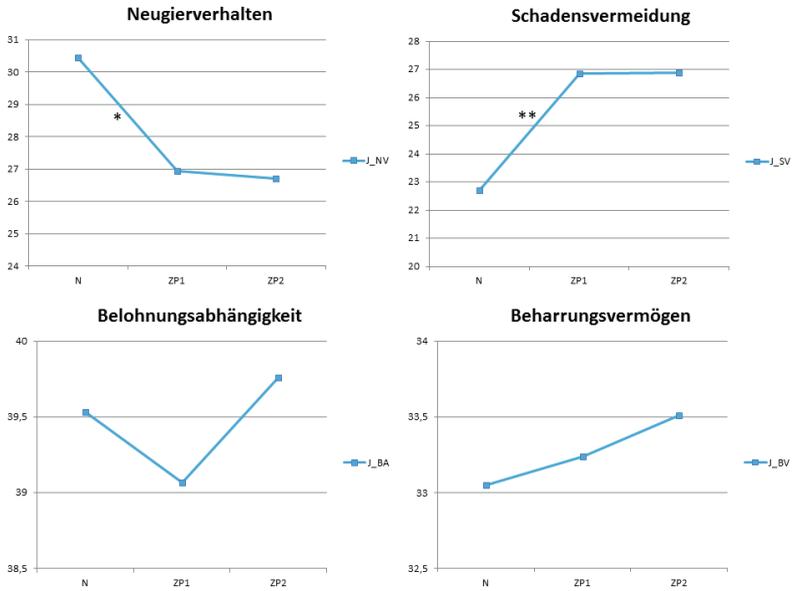


Abbildung 11 Junior Temperament und Charakter Inventar Teil 1: Mittelwerte

Graphische Darstellung der im Junior Temperament und Charakter Inventar erhobenen Kategorien Neugierverhalten, Schadensvermeidung, Belohnungsabhängigkeit und Beharrungsvermögen. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

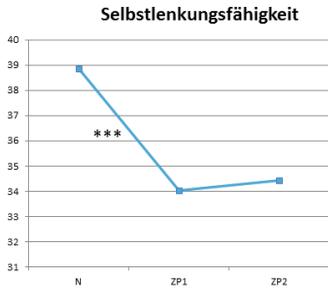


Abbildung 12 Junior Temperament und Charakter Inventar Teil 2: Mittelwerte

Graphische Darstellung der im Junior Temperament und Charakter Inventar erhobenen Kategorien Selbstlenkungstendenz, Kooperativität und Selbsttranszendenz. Aufgeführt sind dabei die Mittelwertangaben der von den Autoren veröffentlichten Werte der Normpopulation (N), die erhobenen Werte am Aufnahme (ZP1)- und Entlassungstag (ZP2).

5.2.5 Fragebogen zur Therapiezufriedenheit

Die Auswertung des Fragebogens zu den Therapieangeboten ergab die in der folgenden Tabellen 14 und den folgenden Abbildungen 13 bis 16 zusammengefassten Ergebnisse. Dabei wurde deutlich, dass insgesamt betrachtet, die Angebote der Einzelgespräche, Gespräche mit Mitpatienten und die Beurlaubungstermine zu Hause aus Sicht der Patienten den größten Erfolg brachten. Auch Gespräche mit dem Pflege- bzw. Erzieherpersonal und die Familiengespräche wurden in vielen Fällen als hilfreich bewertet. Chefarztvisite und die tägliche Visite mit Stationsärzten, welche in der Regel eine konfrontative Situation darstellen, wurden hingegen am schädlichsten bewertet. Die Kreativangebote Kunst, Tanz und Musik wurden sehr homogen bewertet, wobei Kunsttherapieangebote insgesamt am hilfreichsten wahrgenommen wurden.

Tabelle 14 Fragebogen zur Therapiezufriedenheit: Auswertung

Darstellung der Evaluationsergebnisse der einzelnen Therapieangebote der Komplextherapie. Aufgeführt werden dabei die Mittelwerte, Standardabweichung, Schiefe und Wölbung.

	MW	SA	g₁	g₂
Einzelgespräche (EG)	4,05	0,92	-0,75	-0,11
Visite mit Stationsärzten (Vis)	3,13	0,8	0,41	-0,05
Chefarztvisite (ChV)	2,92	1,09	-0,1	-0,19
Familiengespräche (FG)	3,67	0,81	0,06	-0,51
Kunsttherapie (Ku)	3,87	1,13	-0,43	-0,35
Musiktherapie (Mu)	3,38	1,68	0,02	-1,02
Tanzprojekt (Ta)	3,38	1,9	0,07	-1,48
Gespräche mit Erziehern+Pflege (PflG)	3,9	1,07	-0,06	-0,63
Krankengymnastik (KG)	3,79	1,2	-0,07	-0,32
Gespräche mit Mitpatienten (MPG)	4,05	0,92	0,33	-0,91
Beurlaubung zu Hause (zH)	4,32	1,25	-0,3	-0,97
MW= Mittelwerte, SA=Standardabweichung, g ₁ = Schiefe, g ₂ = Wölbung Darstellung in umgekehrten Schulnoten: 1=schädlich, 2= nicht hilfreich, 3= Neutral, 4= Hilfreich, 5= Sehr hilfreich und davon ausgenommen 6= Nicht erhalten				

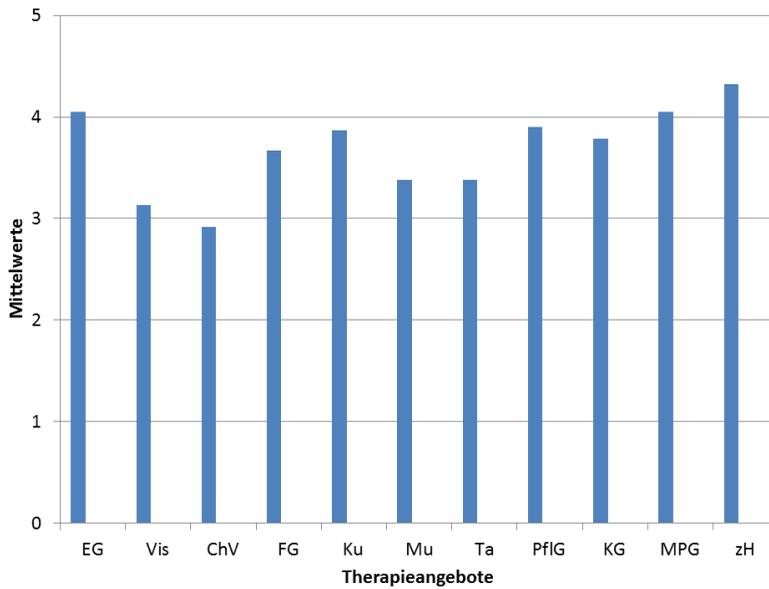


Abbildung 13 Therapeutische Angebote: Überblick Mittelwerte

Graphische Darstellung der Evaluationsergebnisse der einzelnen Therapieangebote in umgekehrten Schulnoten: 1=schädlich, 2= nicht hilfreich, 3= Neutral, 4= Hilfreich, 5= Sehr hilfreich und davon ausgenommen 6= Nicht erhalten

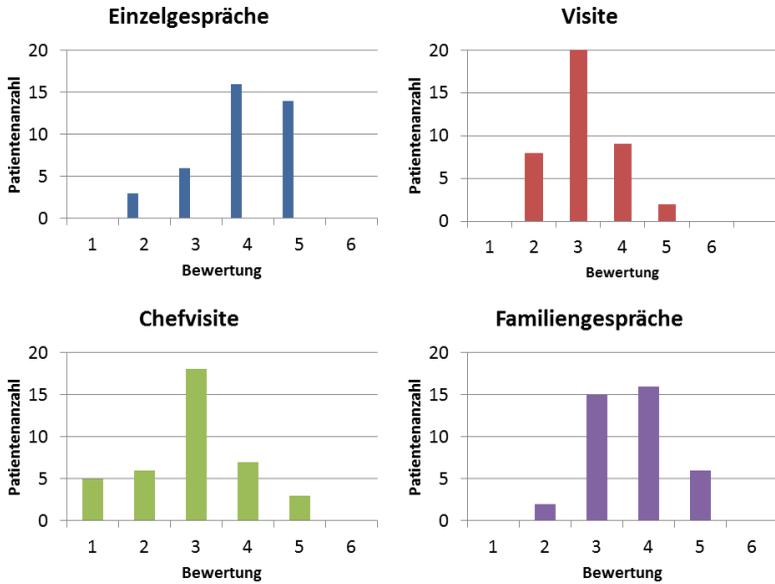


Abbildung 14 Therapeutische Angebote Teil 1: Einzeldarstellung

Graphische Darstellung der Evaluationsergebnisse der Therapieangebote Einzelgespräche, Visite, Chefvisite und Familiengespräch in umgekehrten Schulnoten: 1=schädlich, 2= nicht hilfreich, 3= Neutral, 4= Hilfreich, 5= Sehr hilfreich und davon ausgenommen 6= Nicht erhalten

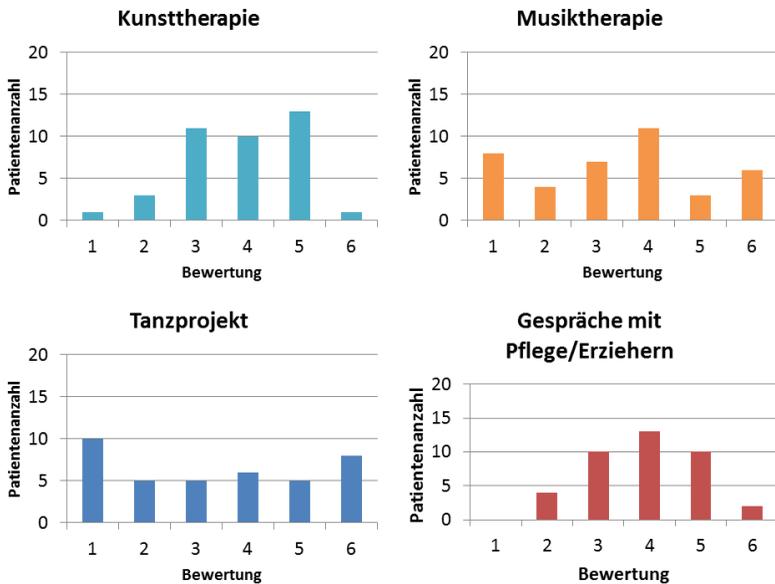


Abbildung 15 Therapeutische Angebote Teil 2: Einzeldarstellung

Graphische Darstellung der Evaluationsergebnisse der Therapieangebote Kunsttherapie, Musiktherapie, Tanzprojekt und Gespräche mit Pflege und Erziehern in umgekehrten Schulnoten: 1=schädlich, 2= nicht hilfreich, 3= Neutral, 4= Hilfreich, 5= Sehr hilfreich und davon ausgenommen 6= Nicht erhalten

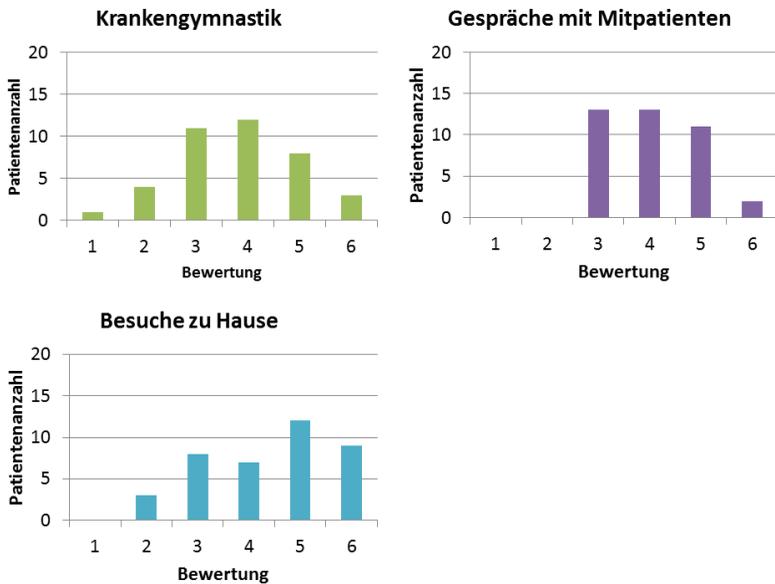


Abbildung 16 Therapeutische Angebote Teil 3: Einzeldarstellung

Graphische Darstellung der Evaluationsergebnisse der Therapieangebote Krankengymnastik Gespräche mit Mitpatienten und Besuche zu Hause in umgekehrten Schulnoten: 1=schädlich, 2= nicht hilfreich, 3= Neutral, 4= Hilfreich, 5= Sehr hilfreich und davon ausgenommen 6= Nicht erhalten

5.2.6 Störungsbildervergleich: F 45 vs. F50

Im Folgenden sollen die erhobenen Therapieergebnisse, vor und nach Therapie, der am häufigsten behandelten Störungsbilder hinsichtlich internalisierenden, externalisierenden und Gesamt-Auffälligkeiten, Familiendynamik mit den Untergruppen, Soziale Erwünschtheit bzw. Abwehr und Alexithymie miteinander verglichen werden. Dabei wird aufgrund des bisher erhobenen Stichprobenumfangs lediglich eine Tendenz dargestellt. Insgesamt wurden 16 Patienten aus der Störungsgruppe F 45= Somatoforme Störungen und 12 Patienten aus der Störungsgruppe F 50= Essstörungen inkl. 1 Patient der Störungsgruppe F 51= Schlafstörungen in die Evaluation aufgenommen. In der Patientengruppe F 50 befanden sich 11 weibliche und 2 männliche Patienten, die im Durchschnitt 15,23 Jahre alt waren und durchschnittlich 34,15 Tage in der stationären Therapie verweilten. Die Patientengruppe F 45 setzte sich aus einer Gruppe von acht weiblichen und acht männlichen Patienten zusammen. Diese Patienten waren im Vergleich zu den F 50 Patienten mit einem Durchschnittsalter von 14,38 Jahren etwas jünger und verweilten im Durchschnitt nur 31 Tage in Therapie. Die Darstellung dieser Werte lässt sich in Tabelle 15 einsehen.

Zum Aufnahmezeitpunkt (Tabelle 16) zeigten sich in der Tendenz in allen erhobenen Bereichen bei den Patienten aus dem Störungsbereich F 45 niedrigere Werte als bei den F 50-Patienten. Lediglich im Bereich der Familiendynamik ergaben sich dort signifikant höhere Werte (Abbildung 18 und 18).

Die Werte zum Entlassungszeitpunkt (Tabelle 17) ergaben eine Veränderung vor allem im Bereich der Auffälligkeiten. So zeigte sich im Bereich der externalisierenden Störungen und im Gesamtbild der Störungen nun bei den F 50-Patienten ein niedrigerer Wert als bei den F 45-Patienten. Insgesamt zeigten die F 50-Patienten einen Rückgang aller Störungsbereiche, während die Patienten der F 45-Störungsgruppe einen Anstieg der Gesamt- und externalisierenden Auffälligkeiten angaben. Insgesamt zeigte sich ein Bild der Beschwerdeverbesserung der F 50-Patienten, während die F 45-Patienten steigende Werte angaben. (Abbildung 18 und 18).

Tabelle 15 Allgemeine Merkmale F50 vs. F45

Darstellung der allgemeinen Merkmale der beiden häufigsten Störungsbilder Essstörung (ICD-10: F 50) und Somatoforme Störung (ICD-10: F 45) . Dabei sind folgende Merkmale durch absolute und relative Zahlen aufgeführt: Patientenanzahl, Geschlecht, Durchschnittsverweildauer und Durchschnittsalter.

	F 50	F 45
Patientenanzahl	13 (28,89%)	16 (35,56%)
Geschlecht (m:w)	2=11 (15,38% = 84,62%)	8=8 (50% = 50%)
Durchschnittsverweildauer (in Tagen)	34,15	31
Durchschnittsalter (in Jahren)	15,23	14,38

Tabelle 16 Vergleich F45/F50: Aufnahmeitag

Darstellung des Vergleichs ausgewählter Kategorien, erhoben von Patienten der beiden häufigsten Störungsbilder Essstörung (F50) und Somatoforme Störung (F45), am Aufnahmeitag. Aufgeführt sind dabei die ausgewählten Kategorien Internalisierende Auffälligkeiten, externalisierende Auffälligkeiten, Gesamtwert der Auffälligkeiten, Gesamtalexithymiewert, der Summenwert des Familienfragebogens und dessen Unterkategorien soziale Erwünschtheit und Abwehr.

			Mittelwertvergleich (T-Test unabhängiger Stichproben)				
	MW1 (F 45)	MW1 (F50)	T	S	KI 5%	KI 95%	Tendenz
Internalisierende Auffälligkeiten (Y_INT)	19,13	23,69	1,02	0,316	-4,61	13,75	45<50
Externalisierende Auffälligkeiten (Y_EXT)	6,35	8,54	-0,56	0,579	-6,51	3,71	45<50
Gesamtwert Auffälligkeiten (Y_GES)	48,38	53,85	0,58	0,564	-13,77	24,71	45<50
Gesamtwert Alexithymie (T_GES)	50,69	54,46	0,902	0,375	-4,81	12,34	45<50
Summenwert (F_S)	41	27,85	-2,11	0,044 (*)	-25,95	-0,36	45>50
Soziale Erwünschtheit (F_SE)	7	9,62	1,64	0,110	-0,63	5,86	45<50
Abwehr (F_A)	5,31	7,38	1,81	0,082 (s)	-0,28	4,42	45<50
MW= Mittelwert, MW1= Aufnahmeitag, MW2= Entlassungstag T= T-Wert b. unabhängigen Stichproben, S=Signifikanz, KI: Konfidenzintervall, *=p<0,05							

Tabelle 17 Vergleich F45/F50: Entlassungstag

Darstellung des Vergleichs ausgewählter Kategorien, erhoben von Patienten der beiden häufigsten Störungsbilder Essstörung (F50) und Somatoforme Störung (F45), am Entlassungstag. Aufgeführt sind dabei die ausgewählten Kategorien Internalisierende Auffälligkeiten, externalisierende Auffälligkeiten, Gesamtwert der Auffälligkeiten, Gesamtalexithymiewert, der Summenwert des Familienfragebogens und dessen Unterkategorien soziale Erwünschtheit und Abwehr.

			Mittelwertvergleich (T-Test unabhängiger Stichproben)				
	MW2 (F45)	MW2 (F50)	T	S	KI 5%	KI 95%	Tendenz
Internalisierende Auffälligkeiten (Y_INT)	16,06 ↓	17,23 ↓	0,28	0,778	-7,26	9,6	45<50
Externalisierende Auffälligkeiten (Y_EXT)	11,63 ↑	7,08 ↓	-1,73	0,096 (s)	-9,95	0,86	45>50
Gesamtwert Auffälligkeiten (Y_GES)	48,56 ↑	40,85 ↓	-0,81	0,426	-27,31	11,87	45>50
Gesamtwert Alexithymie (T_GES)	51,06 ↑	51,54 ↓	0,13	0,896	-6,92	7,87	45<50
Summenwert (F_S)	38,19 ↓	27,08 ↓	-1,54	0,123	-25,41	3,19	45>50
Soziale Erwünschtheit (F_SE)	6,63 ↓	9,69 ↑	2,03	0,053 (s)	-0,41	6,18	45<50
Abwehr (F_A)	5,56 ↑	7,62 ↓	1,86	0,074 (s)	-0,22	4,32	45<50
MW= Mittelwert, MW1= Aufnahmezeitpunkt, MW2= Entlassungstag T= T-Wert b. unabhängigen Stichproben, S=Signifikanz, KI: Konfidenzintervall, s= p<0,1							

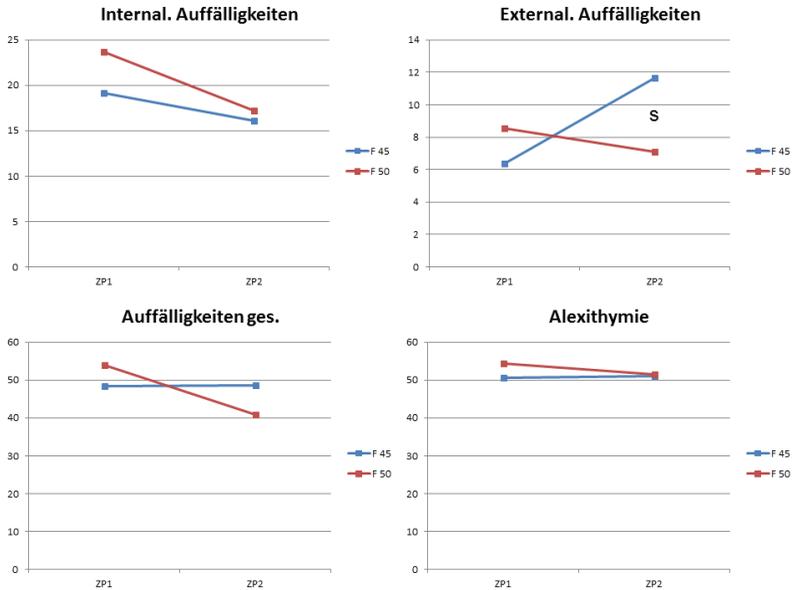


Abbildung 17 Vergleich F45/F50 Teil 1

Darstellung des Vergleichs ausgewählter Kategorien, erhoben von Patienten der beiden häufigsten Störungsbilder Essstörung (F50) und Somatoforme Störung (F45), am Aufnahmetag (ZP1) und am Entlassungstag (ZP2). Aufgeführt sind dabei die ausgewählten Kategorien Internalisierende Auffälligkeiten, externalisierende Auffälligkeiten, Gesamtwert der Auffälligkeiten und der Gesamtalexithymiewert.

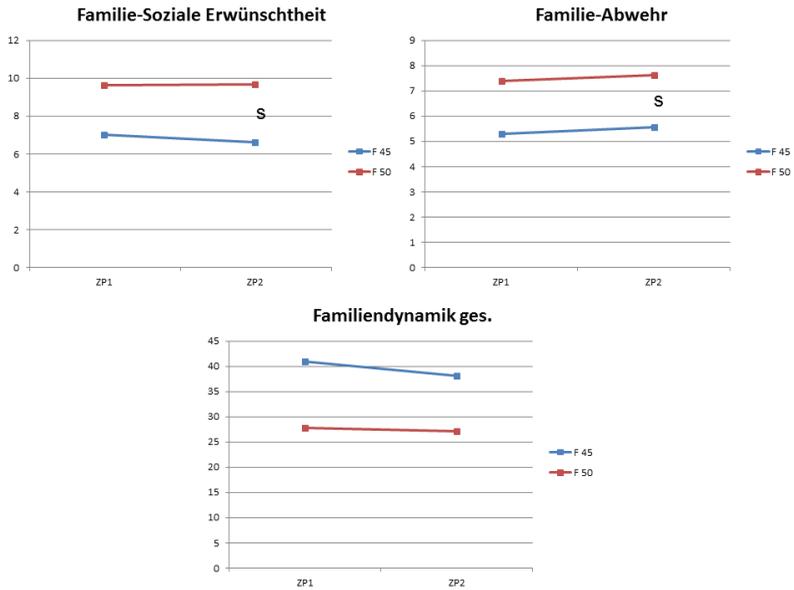


Abbildung 18 Vergleich F45/F50 Teil 2

Darstellung des Vergleichs ausgewählter Kategorien, erhoben von Patienten der beiden häufigsten Störungsbilder Essstörung (F50) und Somatoforme Störung (F45), am Aufnahmetag (ZP1) und am Entlassungstag (ZP2). Aufgeführt sind dabei die ausgewählten Kategorien Summenwert des Familienfragebogens und dessen Unterkategorien soziale Erwünschtheit und Abwehr.

6 Diskussion

Die Evaluation von Therapiekonzepten wird gesetzlich als Pflicht jeder Institution, die Therapien durchführt, gesehen [1] und gewinnt auch im pädiatrisch-psychosomatischen Bereich immer mehr an Stellenwert [11].

Dieser Notwendigkeit nachzukommen und der Versuch ein noch neues Therapiekonzept sinnvoll zu evaluieren, soll in eben dieser Arbeit geschehen. Brosig et al. beschreiben, dass in einem psychoanalytischen Therapiekonzept eine flexible und individualisierte Interviewführung grundlegende Arbeitskonzepte darstellen. Eine Evaluation besteht gerade in diesem therapeutischen Bereich aus einerseits weichen Daten, welche die Therapeutenwahrnehmung, atmosphärische Informationen und die Narration der Behandlungsinhalte beinhaltet. Andererseits existieren harte Daten, welche den wissenschaftlichen Standards der Objektivität, Reliabilität und Validität genügen [9].

In der vorliegenden Arbeit wird an ein erstes Projekt, welches die Evaluation der pädiatrisch-psychosomatischen Komplexbehandlung entwickelte und zunächst prüfte [7], angeknüpft, die Stichprobengröße erweitert und Fragebögen, welche sich in der ersten Erhebung als sinnvoll darstellten, vertieft untersucht. Darüber hinaus wird ein Vergleich zu den Normwerten der Allgemeinbevölkerung vorgenommen. Dabei wird also ein Versuch unternommen, die wissenschaftlichen Standards innerhalb einer Evaluation zu überprüfen. Einen ersten Versuch, weiche Daten zu untersuchen, stellt die Evaluation der Therapieangebote dar. Eine daran anschließende Arbeit könnte sich tiefergehend damit beschäftigen, eine Evaluation der weichen Daten zu unternehmen. Es bestünde beispielweise die Möglichkeit die aktuell diagnostischen Verfahren, anhand ihrer Handbuchvorgaben, welche sich an wissenschaftlichen Standards orientieren, einzubeziehen. Dabei wird aktuell der Scenotest als therapeutisches Hilfsmittel eingesetzt. Er kann darüber hinaus aber auch eine erklärende und beschreibende Funktion auf der Ebene der Hypothesenbildung einnehmen [37]. Weiterhin könnte der projektive Test „Familie in Tieren“ ausgewertet werden. Bei diesem Testverfahren sollen unbewusste Affekte und Emotionen an die Oberfläche gelangen und darüber hinaus können Rückschlüsse auf Persönlichkeitsstrukturen gezogen werden [38]. Außerdem könnte der Schwarzfußtest, welcher sich in erster Linie auf die Untersuchung der kindlichen Persönlichkeit bezieht [39], genauer betrachtet werden.

Die Evaluation mittels klassischer Fragebogeninventare gestaltet sich bezüglich psychosomatischer Fragestellungen nicht immer eindeutig. Psychosomatische Patienten neigen dazu, wenig zu klagen und bis auf die körperlichen Beschwerden häufig pseudo-normale Befunde abzugeben. Innere Abwehr, chronischer Stress, eine lange Krankengeschichte und hoher sozialer Druck führen dazu, dass häufig unauffällige Testergebnisse erhoben werden. Lediglich Fragebögen, die körperliche Beschwerden aufzeigen und Fragebögen, die Hinweise auf die emotionale Wahrnehmung und Verarbeitung im Kontext der Erkrankung geben, scheinen daher auffällige Werte aufzuzeigen [9]. Ob dies auch im pädiatrisch- psychosomatischen Bereich der Fall ist, soll im Folgenden mittels Normwertevergleich der jeweiligen Fragebögen geprüft werden.

6.1 Pädiatrisch-psychosomatische Patienten im Vergleich zur Gesamtbevölkerung

Die von den Autoren des Familienbogens erhobenen Werte stammen aus einer Stichprobe von Familien, die aus Realschulen und Gymnasien rekrutiert wurden und sollen die deutsche Gesamtbevölkerung repräsentieren [27]. Im Vergleich zu den pädiatrisch-psychosomatischen Patienten zeigten sich einige signifikante Unterschiede. So ergaben sich in den Bereichen Probleme in der Aufgabenerfüllung, Kommunikation und Kontrolle höhere Werte, jedoch nicht signifikant niedrigere Werte im Bereich der Stärken. Hohe Werte im Bereich Aufgabenerfüllung stehen für die Unfähigkeit, auf Veränderungen im Familienzyklus angemessen zu reagieren, für Schwierigkeiten bei der Erarbeitung von Lösungswegen und für das Auslösen von familiären Stresssituationen schon bei kleinen Krisen. Hohe Werte im Bereich der Kommunikation zeigen einen mangelnden Informationsaustausch, eine ungenügende Verständigung der Familienmitglieder und die Unfähigkeit etwaige Verwirrungen verbal zu klären. Probleme im Bereich Kontrolle repräsentieren Schwierigkeiten bei der Bewältigung von alltäglichen Anforderungen, ein rigides oder gar chaotisches Kontrollverhalten, einen starren oder chaotischen Kontrollstil und Kontrolle, welche durch Machtkämpfe geprägt scheint [27]. Diese Ergebnisse lassen darauf schließen, dass sich die Familienstrukturen der pädiatrisch-psychosomatischen Patienten häufig komplizierter darstellen. Wie wichtig sich die Familiendynamik bei der Therapie psychosomatisch- chronisch erkrankter Kinder darstellt, zeigt eine Studie mit Typ 1 Diabetikern, deren Familiendynamik gekoppelt mit der Beschwerdesymptomatik untersucht wurde. Missotten et al. nutzten dabei die Family Environment Skala, welche

ebenfalls die Familiendynamik untersucht und in vier verschiedene Gruppen einteilt [40]. Dabei zeigte sich, dass die Patienten deutlich weniger Beschwerden angaben, wenn sich ihre Familienstruktur ausgeglichen oder von Zusammenhalt geprägt darstellt. Schlechter ging es dabei den Patienten, deren Familien sich konflikthaft oder kontrollierend zeigten [41]. Übertragen auf die Komplextherapie, darunter auch einige Diabetiker, bestätigt dies die therapeutische Notwendigkeit der Familieneinbeziehung und die Stärkung ihren Ressourcen und Kommunikationsverhalten. Die psychoanalytische Familientherapie gewinnt dabei in den vergangenen Jahren immer mehr an Bedeutung, kann dabei als wichtiger therapeutischer Prozess und nicht lediglich als eine Ergänzung gesehen werden [18]. Auch in Bezug auf psychosomatische Therapiekonzepte hat die Familientherapie sich zunehmend etabliert, ist mittlerweile auch Gegenstand von Forschung und nicht mehr länger nur ein Therapiebestandteil. Gerade psychosomatisch erkrankte Patienten scheinen vom Aufweichen harter Familienstrukturen im Rahmen der Therapie zu profitieren [42]. Auch in einem Salzburger Therapiekonzept wird das Gespräch mit der Familie als ein essentieller Therapiebestandteil vorgestellt. In der Arbeit mit der Familie geht es darum, Stärken und Ressourcen zu erkennen und zu fördern, kompetenter zu werden und Lösungen für schwierige Familiensituationen zu erarbeiten. Die Kontinuität dieser Gespräche soll gewährleisten, dass relevante Themen der Familien gemeinsam erarbeitet und Lösungen formuliert werden können [8].

Zur Einschätzung der Beschwerdesymptomatik wurde der Youth Self-Report genutzt. Die Datenerhebung der repräsentativen Stichprobe setzte sich aus zufällig ausgewählten deutschen Haushalten mit Kindern zusammen [29]. Von den Autoren werden angelehnt an das amerikanische Originalkonzept [43] getrennte Werte für Jungen und Mädchen dargestellt. Aufgrund des kleineren Stichprobenumfangs erfolgte dies in der Evaluation der Komplextherapie nicht und die für beide Geschlechter getrennt ermittelten Werte wurden mittels Mittwertangleichen zu einem gemeinsamen Wert verrechnet. Im Vergleich zur repräsentativen Stichprobe zeigten sich bei den Komplexpatienten einige signifikant abweichende Werte. Dabei werden im Folgenden die Bereiche gemischte, externalisierende und internalisierende Auffälligkeiten getrennt betrachtet und diskutiert. Es ergaben sich bei den untersuchten Patienten unter den gemischten Auffälligkeiten signifikant niedrigere Werte in den Untergruppen sozialer Rückzug und Aufmerksamkeitsproblemen. Im Bereich der externalisierenden Auffälligkeiten zeigten sich insgesamt signifikant niedrigere Werte und auch die Untergruppen dissoziales und aggressives Verhalten wurde von den Komplexpatienten signifikant niedriger eingeschätzt. Lediglich der Bereich der internalisierenden

Auffälligkeiten erbrachte leicht signifikant höhere Werte, wobei die Patienten ihre körperlichen Beschwerden im Vergleich zur Stichprobe der Bevölkerung stark signifikant höher angaben. Die erhobenen Werte bestätigen die bereits formulierte Vermutung, dass psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche, wie schon von Brosig beschrieben [9], in der Selbsteinschätzung unauffällige Testergebnisse aufzeigen und lediglich die körperlichen Beschwerden im Vordergrund stehen. Eine Studie, die 1999/2000 Kinder und Jugendliche in allgemeinärztlichen Praxen ebenfalls mit dem Youth Self-Report und dem zugehörigen Elternfragebogen untersuchte, zeigte, dass 15 bis 16 % der befragten, ursprünglich unauffällig wahrgenommenen Patienten, insgesamt erhöhte, auffällige Werte angaben. Dabei ergab die Selbsteinschätzung im Schnitt höhere Auffälligkeitswerte als die jeweilige Einschätzung der Kinder. [44]. Dies weist darauf hin, dass Kinder, die nicht primär an psychosomatische Beschwerden leiden, ihre Beschwerden deutlich höher einschätzen, als ihre Eltern und nicht dazu neigen, ihr Beschwerdebild unauffällig darzustellen. Zudem scheinen deutlich mehr Kinder und Jugendliche psychische oder psychosomatische Auffälligkeiten zu zeigen, als tatsächlich Patienten behandelt werden. Übertragen auf die Evaluation der Komplextherapie kann dies bedeuten, dass viel mehr Kinder und Jugendliche einer psychosomatischen oder psychiatrischen Therapie bedürfen. Weiterhin kann gezeigt werden, dass gerade im psychosomatischen Bereich eine Selbsteinschätzung ein pseudo-normales Bild ergibt. Es kann darüber hinaus diskutiert werden, ob in anschließenden Studien das Einbeziehen eines Elternfragebogens sinnvoll scheint.

Die Verwendung eines Alexithymiefragebogens, repräsentiert durch die Toronto Alexithymie Skala, wird von Brosig gerade in der Evaluation von psychosomatischen Patienten als notwendig beschrieben, da der Bereich emotionaler Verarmung und Erstarrung in Bezug auf die Krankheitsverarbeitung in anderen Fragebögen vernachlässigt wird. Doch vor allem in diesem Bereich scheinen psychosomatische Patienten erhöhte Werte zu zeigen [9]. Kupfer et al. konnten bei der Verwendung des deutschen TAS-26 ebenso erheben, dass ein hoher Alexithymiewert mit einem negativen Körperbild und unerwünschten Gefühlen assoziiert ist [45]. Auch andere Studien konnten diese Beobachtung unter Verwendung des TAS-26 bestätigen. So untersuchten Cohen et al. schon 1993 in Kanada psychosomatische, psychiatrische und gesunde Probanden bezüglich ihres Alexithymieverhaltens. Dabei wurde deutlich, dass es zwischen diesen drei Gruppen signifikante Unterschiede in den Bereichen der Wahrnehmung und Beschreibung von psychischen und körperlichen Symptomen gab. So zeigte die Gruppe der psychosomatischen Patienten, hier aus dem Störungsbereich

der Somatisierungsstörungen, die auffälligsten Werte [46]. In einer weiteren Untersuchung, erhoben in Deutschland, konnten Pedrosa Gil et al. diese Ergebnisse stützen. Dabei wurden ebenfalls Patienten aus der Störungsgruppe Somatoforme Störungen mit einer Kontrollgruppe verglichen. So zeigten diese Patienten vor allem im Bereich der Identifikation von Gefühlen und ihres Gesamalexithymiewertes Auffälligkeiten. Es zeigte sich außerdem, dass die Beeinträchtigung der Gefühlsidentifikation mit der Krankheitskontrolle korrelierte und daher wurde angenommen, dass eben diese Beeinträchtigung einen negativen Einfluss auf die individuellen sozialen Funktionen der Patienten hat [47]. Die von den Autoren des Alexithymiefragebogens angegebenen repräsentativen Normwerte [30] wurden in der Untersuchung der Komplextherapie genutzt, um die erhobenen Werte der psychosomatischen Patienten bezüglich ihres Alexithymieverhaltens zu untersuchen und zu diskutieren, ob sich die oben aufgeführten Ergebnisse auch im Bereich der pädiatrischen Psychosomatik bestätigen lassen. Dabei zeigten sich in allen drei Alexithymieskalen und dem Gesamalexithymiewert signifikant höhere Werte auf Seiten der befragten Patienten. Die stärksten Signifikanzen konnten dabei im Bereich der Identifikation von Gefühlen und im Gesamalexithymieverhalten erhoben werden. Dies bestätigt die Annahme, dass nicht nur erwachsene Patienten, sondern auch psychosomatisch erkrankte Kinder und Jugendliche große Defizite im Bereich der Identifikation von Gefühlen aufzeigen. Aber auch die Bereiche Beschreibung von Gefühlen und der extern orientierte Denkstil zeigten leichte Signifikanzen. An dieser Stelle muss beachtet werden, dass mit der Verwendung der deutschen Version der Toronto Alexithymie Skala 26 zwar eine deutsche Stichprobe als Referenzgruppe herangezogen wurde, diese jedoch die Gesamtbevölkerung, also alle Altersgruppen, repräsentiert. Einbezogen in diese Stichprobe wurden auch Jugendliche ab dem Alter von 14 Jahren [30]. Somit sind in der Stichprobe auch Jugendliche repräsentiert und diese wurde daher zum Vergleich mit den befragten Patienten im Alter zwischen elf und 18 Jahren genutzt.

Zur Untersuchung der Persönlichkeitsstruktur der Patienten wurde das Junior Temperament und Charakter Inventar für die Altersgruppe zwölf bis 18 Jahre eingesetzt. Dabei wurde zum einen die von den Autoren in der repräsentativen Stichprobe ermittelten Werte für jede Temperament- und Charakterskala [32] mit den erhobenen Werten der Komplexpatienten verglichen. Hierbei zeigten sich bei den Patienten signifikant niedrigere Werte in der Temperamentssubskala Neugierverhalten, was auf eine stoisch-gelassene Persönlichkeit hinweist. Die Temperamentssubskala Schadensvermeidung ergab signifikant höhere Werte und weist auf eine besorgt-

vorsichtige Persönlichkeitsstruktur hin. Im Bereich der Charaktersubskala Selbstlenkungsfähigkeit konnten signifikant niedrigere Werte erhoben werden. Dies wiederum zeigt die Tendenz einer ineffektiv-unsicheren Charakterstruktur auf. Eben diese Kombination von Persönlichkeitsmerkmalen wird von den Autoren des JTCl bei Hinzuziehen des YSR als eine typische internalisierende Problematik dargestellt [32]. Dies deckt sich mit den Ergebnissen des YSR in der Untersuchung der Komplexpatienten, bei denen signifikant höhere Werte im Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten erhoben werden konnten. Zudem wurden die Temperament- und Charakterskalen, wie von den Autoren in der Interpretation empfohlen, mittels T-Wertanalyse auf einer dreistufigen Skala interpretiert [32]. Dabei zeigten sich in unserem Stichprobenumfang eine durchschnittliche Persönlichkeitsstruktur in allen Temperament- und Charakterskalen. Jedoch zeigen sich bei den schon oben beschriebenen Subskalen Neugierverhalten und Selbstlenkungsfähigkeit die vergleichsweise größten Abweichungen nach unten und in der Subskala Schadensvermeidung die größte Abweichung nach oben. Dies und der Vergleich mit der repräsentativen Stichprobe deuten auf eine Korrelation dieser Persönlichkeitsstruktur bei psychosomatisch erkrankten Kindern und Jugendlichen, welche im hohen Maße an internalisierenden Auffälligkeiten leiden, hin. Es lässt sich annehmen, dass sich dies im T-Wert-Vergleich bei einem größeren Stichprobenumfang signifikant nachweisen lassen könnte.

6.2 Pädiatrisch-psychosomatische Patienten vor und nach der Komplexbehandlung

Im Vergleich der pädiatrisch-psychosomatischen Komplexpatienten ließen sich auch bei größerem Stichprobenumfang von N=45, wie schon in einer vorangegangenen Studie am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin gezeigt [7], im Bereich der Persönlichkeitsstrukturen, getestet durch den JTCl [32], keine signifikanten Änderungen aufzeigen. Cloninger definiert in seinem biopsychosozialen Modell Persönlichkeit als ein Zusammenspiel zwischen Temperament und Charakter. Dabei beschreibt er Temperament als eine stabile Struktur, welche sich von Geburt an manifestiert. Charakterdimensionen stellen sich dynamischer dar, definieren sich im Laufe der Adoleszenz und werden wesentlich durch Umwelteinflüsse, zunächst aber durch die parenteralen Einflüsse geprägt [48]. Stone fasst dies ebenfalls in einer Begriffserläuterung zusammen; Temperament wird dabei als erblich oder in utero erworben dargestellt und mit den Grundelementen der Natur, welche sich als von

Natur gegeben darstellen, in Verbindung gebracht. Charakter wird hingegen mit dem griechischen Begriff „Prägen“ übersetzt. Das dort beschriebene Einprägen geschieht dabei vor allem durch die elterliche Erziehung [49]. Im Kontext der Evaluation der Komplexpatienten stellte sich, wie erwartet, das Temperament der Patienten stabil dar. Auch die Charakterstrukturen scheinen zu diesem Zeitpunkt des Lebens schon wesentlich ausgeprägt und zeigten in der Zeit des stationären Aufenthaltes keine wesentlichen Veränderungen auf.

Die im Youth-Self Report gemessenen Auffälligkeiten zeigten im Vergleich vor und nach der Therapie hingegen signifikante Veränderungen. Dabei waren vor allem die vorher im Vergleich zur repräsentativen Stichprobe [29] hohen Werte im Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten rückläufig. Sowohl dieser übergeordnete Wert, als auch die Untergruppen Körperliche Beschwerden und Ängstlichkeit/Depressivität zeigten einen deutlichen Rückgang. Auch der Gesamtwert aller Auffälligkeitsbereiche konnte signifikant vermindert werden. Diese Werte lassen darauf schließen, dass die pädiatrisch-psycho somatische Komplexbehandlung in eben diesen Bereichen, die vorher als auffällig bewertet wurden, eine deutliche Beschwerde besserung bringt. Dies spricht laut der erhobenen Ergebnisse für den Erfolg dieses psychotherapeutischen Therapieverfahrens. Eine in Großbritannien durchgeführte Studie, welche in einer Follow-up-Untersuchung ein psychodynamisches Psychotherapieverfahren untersuchte und dabei ebenfalls den YSR nutzte, erhob ähnliche Ergebnisse. Mit einem deutlich größeren Stichprobenumfang und einer zeitlichen Ausdehnung der Evaluation von bis zu einem Jahr nach Therapie konnte ebenfalls der Therapieerfolg von Psychotherapieverfahren bei Jugendlichen nachgewiesen werden. Dabei wurden in allen drei Bereichen, internalisierende, externalisierende und Gesamtauffälligkeiten, auch in den Langzeituntersuchungen fallende Werte erhoben. Insgesamt wurden vor allem psychiatrisch erkrankte Jugendliche untersucht [50]. Übertragen auf die psychosomatische Psychotherapieform wäre an dieser Stelle zu hinterfragen, ob auch dort fallende Langzeitergebnisse erzielt werden. Dies wäre in einer möglichen, daran anschließende Katamnese studie zu untersuchen.

In den Bereichen Familiendynamik ergaben sich innerhalb der Therapie keine signifikanten Änderungen. Allerdings lässt sich eine grundlegende Tendenz ermitteln. So zeigte sich in allen Werten des Allgemeinen Familienfragebogens [27], inklusive des Gesamtwertes der Familiendynamik, ein Rückgang der vorher im Vergleich zur repräsentativen Stichprobe problematischeren Werte, hin zu den Bereichen der Stärken. Lediglich der Bereich der Abwehr schien sich gegen Ende der Behandlung zu steigern. Dies scheint gerade für Kinder und Jugendliche eine häufige Beobachtung

darzustellen. Dabei stehen sie häufig im Widerstand gegen das Arbeitsbündnis und zeigen dies besonders im Bereich analytischer Prozesse [20]. Diese Beobachtung stellt lediglich eine Tendenz dar und lässt vermuten, dass sich dies mit Verwendung eines größeren Stichprobenumfanges belegen ließe.

Eine ähnliche Beobachtung lässt sich durch die Untersuchung der Alexithymie darlegen. Hier zeigten sich nach der meist vierwöchigen Komplexbehandlung keine signifikanten Veränderungen. Jedoch deutet sich auch hier die Tendenz an, dass die vorher im Vergleich zur repräsentativen Stichprobe des TAS-26 [30] signifikant höheren Werte reduziert werden konnten. Diese Beobachtung deckt sich mit einer Einzelfallstudie aus dem Bereich der psychosomatischen Erwachsenenpsychotherapie. Dabei wurde die Therapie einer somatoformen Störung mittels Psychotherapie ebenfalls durch die Toronto Alexithymie Skala begleitet. Es zeigten sich bei erfolgreicher innerpsychischer Auseinandersetzung eine verbesserte Affekt- und Beziehungsregulation und gleichzeitig ein deutlicher Rückgang der körperlichen Beschwerden. [51] Eine weitere Studie, welche in Finnland ebenfalls eine Version der Toronto Alexithymie Skala und den Youth Self Report verwendete, konnte einen Zusammenhang zwischen den hohen Werten im Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten, gemessen im YSR, und hohen Alexithymiewerten belegen [52]. Auch in der Evaluation der psychotherapeutischen Komplextherapie zeigte sich ein deutlicher Rückgang der körperlichen Beschwerden, welche eine Subklasse der internalisierenden Auffälligkeiten darstellt. Daher besteht die Vermutung, dass sich auch die angedeutete Tendenz der verbesserten Gefühlswahrnehmung und -Verarbeitung in einem größeren Stichprobenumfang signifikant belegen ließe.

6.3 Evaluation der Therapieangebote

In einem eigens für die pädiatrisch-psychosomatische Komplextherapie entworfenen Fragebogen erhalten die Patienten die Möglichkeit die verschiedenen Therapieformen und -bereiche nach ihrem subjektiven Erfolg zu bewerten. Dieser Fragebogen erfasst neben den klassisch für den Patienten als Therapie zu erkennenden Angeboten, z.B. Einzelgespräche und Kunsttherapie, auch für den Patienten nicht direkt sichtbare Therapieelemente, z.B. Gespräche mit Mitpatienten und Visite.

Die wesentlichen Elemente der psychoanalytischen Therapieverfahren, Einzelgespräche und Familiengespräche, wurden dabei positiv bewertet. Einzelgespräche wurden vom Großteil der Patienten als hilfreich, Familiengespräche

als neutral oder hilfreich bewertet. Diese subjektive Wahrnehmung, von Einzel- und Familiengesprächen profitieren zu können, deckt sich mit den erhobenen Ergebnissen aus 6.2, welche zum einen die Beschwerdebesserung von körperlichen Symptomen und Angst/Depressivität zeigte. Zum anderen deutet es auf eine erfolgreiche Familienarbeit in Bezug auf das Wohlergehen der Kinder und Jugendlichen hin, welches von Ihnen ebenso eingeschätzt wurde.

Die Kreativ- bzw. Bewegungsangebote wurden von den Patienten individuell sehr unterschiedlich bewertet. Dies lässt sich vor allem damit erklären, dass verschiedene Kinder mit unterschiedlichen Interessen und Stärken von verschiedenen Therapieangeboten profitieren konnten. Avers et al. beschreiben das Element der Musiktherapie als zum einen universell, aber auch individuell unterschiedlich wahrgenommen. Musik bietet dabei praktisch für jeden Patienten ein passendes Angebot, aber nicht jeder Patient kann automatisch von der angebotenen Form profitieren [24]. Übertragen auf die Ergebnisse der Komplexpatienten kann dies bedeuten, dass das Angebot über mehrere Kreativ- und Bewegungsangebote für jeden Patienten mindestens einen Bereich bieten kann, in denen er subjektiv profitieren kann. Darüber hinaus wurden Therapieangebote nur subjektiv bewertet und ein für die Patienten nicht wahrnehmbarer Nutzen wurde nicht erfasst. Gerade in einem psychoanalytischen Behandlungsansatz, welcher mit Prozessen des Unbewussten arbeitet [19], sollte dies beachtet werden. Da die Therapie von Jugendlichen häufig durch einen schwierigen Motivations- und Beziehungsaufbau geprägt ist [20], stellt diese zum Teil negative Bewertung der Kreativangebote, womöglich geprägt durch mangelnde Motivation, scheinbar keine Ungewöhnlichkeit dar.

Die Bewertung der Milieuthherapie, welche laut Gstättners Maßnahmen zusammenfasst, die die Gestaltung des Patientenumfeldes möglichst nach dessen Bedürfnissen und zu seiner individuellen Förderung umfassen [53], setzt sich demzufolge aus unterschiedlichen Bereichen zusammen. Dabei wurden zum einen Gespräche mit Mitpatienten im Durchschnitt als hilfreich bewertet und die Patienten schienen subjektiv erheblich von einem Miteinander unter Gleichaltrigen profitieren zu können. Frank et al. beschreiben in einem ähnlichen Konzept, dass die Kinder und Jugendlichen sich im Austausch mit Zimmerkollegen und Mitpatienten in einem Raum bewegen, in dem Grenzen zwischen den Individuen immer wieder gestaltet werden müssen und dies die eigene Individuation stärkt [8]. Auch Gespräche mit dem Pflege- und Erziehungspersonal wurden von einem Großteil der pädiatrisch- psychosomatischen Patienten als hilfreich bewertet. Die tägliche Visite durch Stationsärzte und die wöchentlich stattfindende "große" Visite, in der alle Disziplinen involviert sind,

empfanden die Patienten hingegen überwiegend als neutral bis hin zu schädlich. Dabei befinden sie sich häufig in einer konfrontativen Situation und scheinen dies als Belastung wahrzunehmen.

Im Laufe der Behandlung und gegebenenfalls gegen Ende gesteigert erhielten die Patienten die Möglichkeit einige Stunden oder einen vollen Tag in ihrem gewohnten häuslichen Umfeld zu verbringen. Dies geschieht im Sinne der Resozialisierung und wird auch von Frank et al. als ein wesentliches Element verstanden. Dabei sollen diese Aufenthalte gut vorbereitet, genaue Zielsetzungen formuliert und nachher reflektiert werden. Ziel sollte es dabei sein, eben diese Erarbeitungen in den späteren Alltag sinnvoll integrieren zu können, um ein an die Therapie anschließendes, möglichst beschwerdefreies Leben führen zu können [8]. Eben diese Besuche zu Hause wurden von einem Großteil der Patienten subjektiv als sehr hilfreich oder hilfreich bewertet und dies deutet an, dass die Patienten eben diese Maßnahme gut annehmen und für sich nutzen konnten.

6.4 Die Störungsbilder F45 und F50 im Vergleich

Im folgenden Abschnitt sollen die beiden Störungsbilder F 50= Essstörungen und F 45= somatoforme Störungen im Kontext der pädiatrisch-psychosomatischen Komplextherapie gegenübergestellt werden. Dabei soll aufgrund der geringen Stichprobengröße lediglich eine Tendenz ermittelt und ein klinisch qualitativer Eindruck gewonnen werden.

Unter den Patienten der Störungsgruppe F 50 wurden in der vorliegenden Studie lediglich Patienten mit einer typischen oder atypischen Anorexie therapiert. Laut ICD-10 Klassifikation der psychischen Störungen ist eine typische Anorexie durch folgende Kriterien gekennzeichnet: 1. Gewichtsverlust oder fehlende Gewichtszunahme, welche ein Körpergewicht von 15 % unter dem Altersnormgewicht (ab dem 16. LJ: BMI-Bestimmung) zur Folge hat. 2. Dieser Gewichtsverlust ist selbst herbei geführt. 3. Die Patienten empfinden sich selbst als zu dick und legen ein niedriges Gewichtsziel fest. 4. Es kommt zu umfassenden endokrinen Störungen als Folge der Anorexie. 5. Die Kriterien eine Bulimie dürfen nicht erfüllt sein. Eine atypische Anorexie erfüllt dabei einige Kriterien der typischen Anorexie, umfasst aber nicht das gesamte klinische Bild der typischen Diagnosekriterien. Laut ICD-10 klassifiziert sich eine somatoforme Störung durch wiederholt auftretende körperliche Symptome und das Aufsuchen von Ärzten, obwohl die vorigen Untersuchungen zeigten, dass keine körperlichen Ursachen für die Beschwerden vorliegen. Falls Organbefunde existieren, erklären diese das

Ausmaß oder die Art der Symptome nicht [54]. Zunächst zeigte sich bei genauer Betrachtung beider störungsspezifischer Gruppen, dass die Anorexiepatienten in über 80% der Fälle weiblich waren, während die Gruppe der Somatisierungsstörungen eine homogene Geschlechterverteilung aufzeigte. Auch Remschmidt et al. benennen bei Anorexiepatienten ein Geschlechterverhältnis von 10:1 (w:m), während bei Somatoformen Störungen kulturelle Unterschiede bezüglich Geschlechterprävalenz eine wichtige Rolle spielen. Bezüglich der häufigsten Form unter den somatoformen Störungen, der Somatisierungsstörung, wird aber von einer weiblichen Überrepräsentanz berichtet [19]. Die Anorexiepatienten waren im Vergleich zu den Patienten mit somatoformen Störungen im Durchschnitt etwas älter und verweilten einige Zeit länger in stationärer Therapie. Im Weiteren zeigten die Ergebnisse der Fragebögen auf, dass zunächst die Anorexiepatienten höhere Werte im Bereich von Auffälligkeiten, Alexithymie, sozialer Erwünschtheit und Abwehr angaben. Nur im Bereich der Familiendynamik erbrachten die Patienten der somatoformen Störungen höhere Werte. Bei Entlassung aus der stationären Therapie zeigte sich jedoch eine deutliche Tendenz. So konnten in allen Auffälligkeitsbereichen nur auf Seite der Anorexiepatienten eine durchgehende Beschwerdebesserung gezeigt werden, die Patienten der somatoformen Störungsgruppe zeigten ein uneinheitliches Bild bezüglich ihrer Auffälligkeiten. In dieser Gruppe senkte sich nur der Wert der internalisierenden Auffälligkeiten, welcher immerhin den Bereich der körperlichen Beschwerden umfasste.

Dies spricht zum einen dafür, dass Anorexiepatienten ein umfassenderes Beschwerdebild aufzeigen und der pädiatrisch-psychosomatische Therapieansatz an der komplexen Beschwerdestruktur angreifen konnte. Zum anderen könnte es aufzeigen, dass Patienten mit somatoformen Störungen ihr Beschwerdebild nicht in solchem Ausmaß empfinden und daher auch nur im Bereich der internalisierenden Auffälligkeiten Besserung erfolgte. Diese erfasste Tendenz spricht zum einen dafür, dass beide Störungsbilder eine unterschiedliche Ätiopathogenese haben. Die Genese der Anorexie scheint dabei multifaktoriell bedingt und vor allem durch genetische, soziokulturelle und familiäre Faktoren geprägt zu sein. Die Ätiologie der somatoformen Störungen ist ebenfalls nicht einer einheitlichen Ursache zuzuordnen, scheint aber mit familiärer Häufung, genetischen Faktoren und traumatischen Kindheitserlebnissen in Verbindung zu stehen [19]. Die pädiatrisch-psychosomatische Behandlung mit psychotherapeutischem Schwerpunkt kann zum anderen aber für beide Störungsgruppen eine therapeutische Option darzustellen.

Eine schwedische Studie untersuchte den auch in der vorliegenden Studie verwendeten YSR. Dabei wurden Kinder und Jugendliche mit Anorexie und Bulimie mit

einer Kontrollgruppe, welche die schwedische Normpopulation dieses Alters repräsentieren sollte, verglichen. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit Essstörungen im Bereich aller Störungsskalen erhöhte Werte aufzeigten [55]. Eine weitere Studie verglich Kinder und Jugendliche der Störungsgruppen der Somatoformen Störungen mit Depressions- und Angstpatienten. Dabei konnte unter Verwendung des YSR gezeigt werden, dass Patienten mit somatoformen Störungen dort erhöhte Werte erbrachten [56]. Dies deutet daraufhin, dass eben dieser Fragebogen für die hier aufgeführten Störungsbildgruppen F 50 und F 45 signifikante Ergebnisse erbrachte und somit zu deren Vergleich hinsichtlich der Therapieevaluation genutzt werden kann. Weitere Studien konnten darüber hinaus den Erfolg ähnlicher Therapieverfahren zeigen. So untersuchte eine aus Rom stammende Studie eine Therapieform für jugendliche Anorexie- und Bulimiepatienten mit Familientherapieelementen und eine Therapieform ohne Einbeziehung der Familien. Gemessen an den körperlichen Diagnosekriterien, Gewicht, BMI und Amenorrhoe konnten nur bei den Patienten, deren Familien in die Therapie integriert wurden, signifikante Verbesserungen erzielt werden [57]. Eine Fallreportage wiederum beschäftigte sich mit der Therapie eines Patienten, welcher in die Störungsgruppe der Somatoformen Störungen fiel. Ein Therapieerfolg wurde dabei durch das Zusammenarbeiten von verschiedenen Fachdisziplinen, unter anderem Pädiater, Psycho- und Physiotherapeuten, beschrieben. Aber auch das Einbeziehen der Familiengeschichte und -konstellation zeigte sich als positiv. Dabei konnten sowohl in einem Selbstbeurteilungs- als auch in einem Elternfragebogen, welcher Angst/Depression und körperliche Beeinträchtigungen umfasste, langfristige Erfolge beschrieben werden [58].

Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass die Therapieform, welche in der Gießener Familienpsychosomatik gewählt wurde, einen Erfolg in der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen und somatoformen Störungen erbringen kann. In eben dieser Therapieform werden die Zusammenarbeit verschiedener Disziplinen und die Familientherapie als wesentliche Bestandteile gesehen. Ein Vergleich beider Störungsgruppen im Kontext pädiatrisch-psychosomatischer Therapie hat nach abgeschlossener Literaturrecherche bisher scheinbar nicht stattgefunden. Aufgrund der unterschiedlichen Genese und Beschwerdesymptomatik könnte ein direkter Vergleich sich als schwierig erweisen. Offensichtlich stellt der Komplextherapieansatz jedoch für beide Gruppen ein erfolgreiches Therapiekonzept dar. Dies könnte in einer an diese Arbeit anschließende Studie mit einem größeren Stichprobenumfang untersucht werden.

7 Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren stiegen in deutschen Kinderkliniken und Kinderarztpraxen die Patientenzahlen psychosomatisch, teilweise auch chronisch erkrankter Kinder und Jugendlicher stetig an. Trotz steigender Patientenzahlen zeigt sich der Bereich der pädiatrischen Psychosomatik in deutschen Kliniken weiterhin unterrepräsentiert. Erste stationäre Therapiekonzepte wurden durch die innerhalb der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) entstandenen Arbeitsgruppe für pädiatrische Psychosomatik (AGPPS) erarbeitet. Ein solches Therapiekonzept wurde innerhalb der Allgemeinpädiatrie am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin der Universitätsklinik Gießen etabliert. Grundlage des Konzeptes ist außerdem ein psychoanalytischer Familientherapieansatz. Diese Arbeit beschäftigt sich mit der Evaluation dieser multiprofessionellen Komplextherapie. Dabei wurden 45 Kinder und Jugendliche zwischen 11 und 18 Jahren vor und nach der vier- bis sechswöchigen Therapie in die Studie einbezogen. Die Evaluation erfolgte durch die bereits erprobten Fragebogenbatterien „Allgemeiner Familienfragebogen“, „Youth Self-Report“, „Toronto Alexithymie Skala“ und „Junior Temperament und Charakter Inventar“. Außerdem wurden in einem neu entwickelten Fragebogen die verschiedenen Therapieangebote evaluiert. Dabei zeigten sich im Vergleich zur Normalbevölkerung bei den untersuchten Patienten signifikant erhöhte Alexithymiewerte und signifikant hohe Werte im Bereich körperlicher Beschwerden und konfliktbelasteter Familienstrukturen. Die Persönlichkeitsmerkmale der untersuchten Patienten schienen sich nicht signifikant von denen der Normalbevölkerung zu unterscheiden. Nach der abgeschlossenen Therapie zeigten sich die Werte der körperlichen Beschwerden signifikant rückläufig und belegten daher einen ersten Erfolg des Therapiekonzeptes. Die Untersuchungen deuteten darüber hinaus an, dass verschiedene Störungsbilder aus dem psychosomatischen Bereich individuell von dem multiprofessionellen Therapieangebot profitieren können. Die Ergebnisse dieser Arbeit sprechen für die Notwendigkeit der weitergehenden Etablierung pädiatrischer Psychosomatik in zukünftige Forschung, Lehre und Praxis.

8 Summary

In recent years rising numbers of children and adolescents who suffer from psychosomatic, mostly chronic, diseases, were detected in German children hospitals and ambulances. Despite rising cases, the field of pediatric psychosomatic medicine is still underrepresented. First concepts of stationary therapy were developed by a workgroup within "Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin" (DGKJ) called „Arbeitsgruppe für pädiatrische Psychosomatik“ (AGPPS). One of those concepts was established in the Department of General Pediatrics and Neonatology of the Justus Liebig University Gießen. In addition, this concept is based on a psychoanalytical family therapy, called complex therapy. The work presented here is dealing with the evaluation of this multiprofessional therapy concept. A number of 45 children and adolescents, aged between 11 and 18 years after a 4 to 6 weeks therapy were involved in the study. Evaluation was performed with four already proven questionnaires, called „Allgemeiner Familienfragebogen“, „Youth Self-Report“, „Toronto Alexythymia Scale“ and „Junior Temperament and Character Inventory. Furthermore, the individual therapy concepts were evaluated by a novel questionnaire. Compared to normal population, the examined participants showed significantly higher alexythymia values and significantly higher values in physical complaints and conflictive family structures. Personality traits of investigated patients had no significant differences compared to normal population. Upon completion of complex therapy physical complaints were significantly reduced. Moreover, the examinations indicate that all kinds of medical conditions from the psychosomatic area can profit from this individual, multiprofessional concept of therapy. In summary, this study substantiates the need for further establishment of pediatric psychosomatic medicine in the fields of research, teaching and practice.

9 Abkürzungsverzeichnis

ChV	Chefarztvisite
EG	Einzelgespräche
FB	Allgemeiner Familienfragebogen
FG	Familiengespräch
F 44	Dissoziative Störung
F 45	Somatoforme Störung
F 50	Essstörung
F 54	Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei anderorts klassifizierten Krankheiten
g_1	Schiefe
g_2	Wölbung
JTCI	Junior Temperament und Charakter Inventar
KG	Krankengymnastik
KI	Konfidenzintervall
Ku	Kunsttherapie
MPG	Gespräche mit Mitpatienten
Mu	Musiktherapie
MW= \bar{x}	Mittelwert
MW (N)= μ	Mittelwert der Werte der repräsentativen Stichprobe= Sollwert
MW (ZP1)= \bar{x}_1	Mittelwert der Werte zum Aufnahmezeitpunkt
MW (ZP2)= \bar{x}_2	Mittelwert der Werte zum Entlassungszeitpunkt
N	Stichprobenumfang
$N_{50} = N_1$	Stichprobenumfang der Patienten mit Essstörungen
$N_{54} = N_2$	Stichprobenumfang der Patienten mit somatoformen Störungen
p	P-Wert zur Signifikanzangabe
*	$p < 0,05$
**	$p < 0,01$
***	$p < 0,001$
s	$p < 0,1$
PfIG	Gespräche mit dem Pflege- und Erzieherpersonal
S	Signifikanz
SA	Standardabweichung
T	T-Wert des durchgeführten T-Tests

Ta	Tanztherapie
TAS-26	Toronto Alexithymie Skala 26
Vis	Visite
x= MW	Mittelwert
x_1 = MW (ZP1)	Mittelwert der Werte zum Aufnahmezeitpunkt
x_2 = MW (ZP2)	Mittelwert der Werte zum Entlassungszeitpunkt
x_{50}	Erhobene Mittelwerte der Patienten mit Essstörungen
x_{54}	Erhobene Mittelwerte der Patienten mit somatoformen Störungen
YSR	Youth Self-Report
zH	Besuche zu Hause= Resozialisierung
ZP1	Aufnahmezeitpunkt
ZP2	Entlassungszeitpunkt
μ = MW (N)	Mittelwert der Werte der repräsentativen Stichprobe= Sollwert
↗	Tendenz steigend
↘	Tendenz fallend
↑	Werte im Vergleich zur Voruntersuchung gestiegen
↓	Werte im Vergleich zu Voruntersuchung gefallen

10 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Wochenplan Komplextherapie	17
Abbildung 2 Diagnosen	38
Abbildung 3 Allg. Familienfragebogen Teil 1: Mittelwerte	41
Abbildung 4 Allg. Familienfragebogen Teil 2: Mittelwerte	42
Abbildung 5 Allg. Familienfragebogen Teil 3: Mittelwerte	43
Abbildung 6 Youth Self- Report: Mittelwerte: Gemischte Auffälligkeiten	47
Abbildung 7 Youth Self- Report: Mittelwerte: Internalisierende Auffälligkeiten	48
Abbildung 8 Youth Self- Report: Mittelwerte: Externalisierende Auffälligkeiten	49
Abbildung 9 Youth Self- Report: Mittelwerte: Gesamtwert Auffälligkeiten	49
Abbildung 10 Toronto Alexithymie Skala: Mittelwerte	51
Abbildung 11 Junior Temperament und Charakter Inventar Teil 1: Mittelwerte	54
Abbildung 12 Junior Temperament und Charakter Inventar Teil 2: Mittelwerte	55
Abbildung 13 Therapeutische Angebote: Überblick Mittelwerte	57
Abbildung 14 Therapeutische Angebote Teil 1: Einzeldarstellung	58
Abbildung 15 Therapeutische Angebote Teil 2: Einzeldarstellung	59
Abbildung 16 Therapeutische Angebote Teil 3: Einzeldarstellung	60
Abbildung 17 Vergleich F45/F50 Teil 1	64
Abbildung 18 Vergleich F45/F50 Teil 2	65

11 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Aufnahmeindikationen zur Komplexbehandlung	16
Tabelle 2 Diagnosekategorien	26
Tabelle 3 Allgemeine Merkmale	35
Tabelle 4 Krankheitsbezogene Merkmale	37
Tabelle 5 Allg. Familienfragebogen: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag	39
Tabelle 6 Allg. Familienfragebogen: Vergleich Aufnahmetag/Entlassungstag	40
Tabelle 7 Youth Self-Report: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag	45
Tabelle 8 Youth Self-Report: Vergleich Aufnahmetag/Entlassungstag	46
Tabelle 9 Toronto Alexithymie Skala: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag	50
Tabelle 10 Toronto Alexithymie Skala: Vergleich Aufnahmetag/Entlassungstag	51
Tabelle 11 Junior Temperament und Charakter Inventar: Persönlichkeitsstruktur Überblick (T-Werte+Interpretation)	52
Tabelle 12 Junior Temperament und Charakter Inventar: Vergleich Normpopulation/Aufnahmetag	53
Tabelle 13 Junior Temperament und Charakter Inventar: Vergleich Aufnahmetag/Entlassungstag	53
Tabelle 14 Fragebogen zur Therapiezufriedenheit: Auswertung	56
Tabelle 15 Allgemeine Merkmale F50 vs. F45	62
Tabelle 16 Vergleich F45/F50: Aufnahmetag	62
Tabelle 17 Vergleich F45/F50: Entlassungstag	63

12 Literaturverzeichnis

1. Krauskopf, D., *SGB V, Gesetzliche Krankenversicherung: mit Gesundheits-Reformgesetz (Auszug), Sozialgesetzbuch (SGB I) - Allgemeiner Teil, Sozialgesetzbuch (SGB I) - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung, [Beitragsentlastungsgesetz] ; Textausgabe. Sonderausg., 10., überarb. Aufl., Stand: 20. April 2001 ed. dtv / dtv. 2001, München: Dt. Taschenbuch-Verl. XXVI, 360 S.*
2. Donabedian, A., *The quality of care. How can it be assessed?* JAMA, 1988. **260**(12): p. 1743-8.
3. Lamprecht, F., R. Nübling, and J. Schmidt, *Möglichkeiten klinikinterner Qualitätssicherung (QS) auf der Grundlage eines Basis-Dokumentationssystems sowie erweiterter Evaluationsstudien. Gesundheitswesen, 1992. 54: p. 70-80.*
4. Nübling, R., et al., *Evaluation psychosomatischer Heilverfahren-Ergebnisse einer Katamnese studie. Rehabilitation, 1995. 34: p. 74-80.*
5. Schaefer, A., et al., *Long-term outcomes of short-term and long-term psychosomatic inpatient treatment and their predictors.* J Psychosom Res, 2008. **65**(4): p. 329-36.
6. Bundesärztekammer, B., *65. Novellierung der (Muster-) Weiterbildungsordnung im Jahre 2013.* 2010.
7. Heinz, M.-T. and B. Brosig, *Basisdokumentation in der pädiatrischen Psychosomatik.* in Arbeit.
8. Frank, R., *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen: Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.* 1. Aufl. ed. 2001, Stuttgart u.a.: Kohlhammer. X, 253 p.9-68, 165-182.
9. Brosig, B., *Eine Testbatterie für die Psychoanalytische Familienpsychosomatik. Konzept und erste Ergebnisse,* ed. I. Döring, et al. Vol. 12. 2011. 61.
10. *Mitteilung der DGKJ und ÖGKJ.* Monatsschrift Kinderheilkunde, 2013. **161**(1): p. 80-81.
11. *Mitteilungen der DGKJ und ÖGKJ.* Monatsschrift Kinderheilkunde, 2013. **161**(9): p. 863-868.
12. Ermann, M., *Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage.* 5., überarb. Aufl. ed. 2007, Stuttgart: Kohlhammer. 557 p. 17-20.
13. Zaudig, M., *[Fifty years of psychosomatic inpatient treatment].* Z Psychosom Med Psychother, 2004. **50**(4): p. 355-75.
14. Uexküll, T. and R. Adler, *Psychosomatische Medizin: Modelle ärztlichen Denkens und Handelns ; mit 130 Tabellen.* 6., neu bearb. und erw. Aufl. ed. 2003, München u.a.: Urban & Fischer. XVII, 1564 p. 577-580.
15. e.V., A.P.P. *Einrichtungen* 2015; Available from: <http://www.agpps.de/index.php/einrichtungen>.
16. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, P.u.P.e.V. *Kliniken.* 2015; Available from: <http://www.dgkjp.de/kliniken>.
17. Dilling, H. and Weltgesundheitsorganisation, *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) ; klinisch-diagnostische Leitlinien.* 9. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014 ed. 2014, Bern: Huber. 449 S.
18. Richter, H.-E., *Psychoanalytische Familientherapie-eine aktuelle Herausforderung.* Psyche, 2001. **55**(11): p. 1155-1167.

19. Remschmidt, H. and S. Aster, *Kinder- und Jugendpsychiatrie: eine praktische Einführung ; 177 Tabellen*. 5., aktualisierte Aufl. ed. 2008, Stuttgart u.a.: Thieme. XX, 527 p. 266-279, 360-364.
20. Hiller, W., E. Leibing, and F. Leichsenring, *Psychoanalytische und tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie. Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur, zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung*. 2007. p. XXIV, 626 p. 231-251, 569-590.
21. Deister, A., *Millieuthérapie*, in *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2003, Springer. p. 798-805.
22. Morschitzky, H., *Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. 2000, Wien u.a.: Springer. XII, 267 p. 217-239.
23. Waller, D., *Art therapy for children: How it leads to change*. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 2006. **11**(2): p. 271-282.
24. Avers, L., A. Mathur, and D. Kamat, *Music therapy in pediatrics*. Clinical pediatrics, 2007.
25. Hartmann-Kottek, L., *Gestalttherapie: mit 8 Tabellen*. 2004, Berlin u.a.: Springer. XII, 394 p. 232-234.
26. Fromme, S., et al., *Körper-Kunst in der Kinderklinik—ein interdisziplinäres Projekt zwischen Pädiatrie, Tanztheater und Psychosomatik*. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 2013. **44**(2): p. 209-219.
27. Cierpka, M. and G. Frevert, *Die Familienbögen: Ein Inventar zur Einschätzung von Familienfunktionen*. 1994: Hogrefe, Verlag f. Psychologie.
28. Achenbach, T.M., *The Child Behavior Checklist and related instruments*. 1999.
29. Döpfner, M., et al., *Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self-Report Form der Child Behavior Checklist (YSR). Einführung und Anleitung zur Handauswertung*. 1998, Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD)(Hrsg.). Göttingen: Hogrefe.
30. Kupfer, J., B. Brosig, and E. Brähler, *Toronto-Alexithymie-Skala-26: TAS-26; deutsche Version*. 2001: Hogrefe.
31. Gündel, H., A. Ceballos-Baumann, and M. Von Rad, *Aktuelle Perspektiven der Alexithymie*. Der Nervenarzt, 2000. **71**(3): p. 151-163.
32. Goth, K. and K. Schmeck, *Das Junior Temperament und Charakter Inventar: eine Inventarfamilie zur Erfassung der Persönlichkeit vom Kindergarten-bis zum Jugendalter nach Cloningers biopsychozozialem Persönlichkeitsmodell*. 2009: Hogrefe.
33. Untersteiner, H., *Statistik-Datenauswertung mit Excel und SPSS: für Naturwissenschaftler und Mediziner*. 2007: Facultas. wuv.
34. Hilgers, R.-D., P. Bauer, and V. Scheiber, *Einführung in die medizinische Statistik*. 2., verb. und überarb. Aufl. ed. Statistik und ihre Anwendungen. 2007, Berlin u.a.: Springer. p. 3-25, 103-115.
35. Schumacher, M. and G. Schulgen/Kristiansen, *Methodik klinischer Studien: Methodische Grundlagen der Planung, Durchführung und Auswertung*. Statistik und ihre Anwendungen. 2009, Berlin, Heidelberg: Springer.
36. Weiß, C. and B. Rzany, *Basiswissen Medizinische Statistik*. 4., überarbeitete Auflage ed. Springer-Lehrbuch. 2008, Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verl. p. 69-73, 196, 207-214.
37. Ermert, C., *Scenotest Handbuch*. Bern: Verlag Hans Huber, 1997: p. 18.
38. Bärle, L., *Das projektive Verfahren „Familie in Tieren“*.
39. Corman, L., *Der Schwarzfuß-Test: Beiträge zur Psychodiagnostik des Kindes*. 3. Auflage. München, Basel, 1995: p. 143.
40. Moos, R.H. and B.S. Moos, *Family environment scale manual*. 1994: Consulting Psychologists Press.

41. Missotten, L.C., K. Luyckx, and I. Seiffge-Krenke, *Family climate of adolescents with and without type 1 diabetes: Longitudinal associations with psychosocial adaptation*. Journal of Child and Family Studies, 2013. **22**(3): p. 344-354.
42. Stierlin, H., [*Psychosomatics of the family today*]. Psychother Psychosom Med Psychol, 1990. **40**(9-10): p. 357-62.
43. Achenbach, T.M., *Manual for the youth self-report and 1991 profile*. 1991: Department of Psychiatry, University of Vermont Burlington, VT.
44. Ziegert, B., et al., *Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in der allgemeinärztlichen Praxis*. Deutsches Arzteblatt-Arztliche Mitteilungen-Ausgabe A, 2002. **99**(21): p. 1436-1440.
45. Kupfer, J., B. Brosig, and E. Braehler, [*Testing and validation of the 26-Item Toronto Alexithymia Scale in a representative population sample*]. Z Psychosom Med Psychother, 2000. **46**(4): p. 368-384.
46. Cohen, K., F. Auld, and H. Brooker, *Is alexithymia related to psychosomatic disorder and somatizing?* J Psychosom Res, 1994. **38**(2): p. 119-27.
47. Pedrosa Gil, F., et al., *Facial emotion recognition and alexithymia in adults with somatoform disorders*. Depress Anxiety, 2009. **26**(1): p. E26-33.
48. Cloninger, C., *A psychobiological model of temperament and character*. The Development of Psychiatry and its Complexity: p. 1.
49. Stone, M.H., *Persönlichkeit und Persönlichkeitsstörungen*. 1999: Springer.
50. Baruch, G. and P. Fearon, *The evaluation of mental health outcome at a community-based psychodynamic psychotherapy service for young people: A 12-month follow-up based on self-report data*. Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice, 2002. **75**(3): p. 261-278.
51. Kurth, R.A., et al., *Affektverarbeitung und Beziehungsgestaltung bei somatoformen Störungen*. Psychotherapeut, 2007. **52**(3): p. 180-186.
52. Honkalampi, K., et al., *The prevalence of alexithymia and its relationship with Youth Self-Report problem scales among Finnish adolescents*. Comprehensive Psychiatry, 2009. **50**(3): p. 263-268.
53. Gstättnner, R., *Behandlungsplanung in der Milieutherapie*.
54. Dilling, H. and H. Freyberger, *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen. 7., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014*. Bern: Huber, 2014.
55. Ekeroth, K., et al., *Self-reported competencies and problems among Swedish girls with eating disorders and a control sample, using the Youth Self-Report*. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2003. **8**(4): p. 274-281.
56. Dhossche, D., F. van der Steen, and R. Ferdinand, *Somatoform disorders in children and adolescents: a comparison with other internalizing disorders*. Annals of clinical psychiatry, 2002. **14**(1): p. 23-31.
57. Onnis, L., et al., *Family relations and eating disorders. The effectiveness of an integrated approach in the treatment of anorexia and bulimia in teenagers: Results of a case-control systemic research*. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 2012. **17**(1): p. e36-e48.
58. Palermo, T.M. and M.S. Scher, *Treatment of functional impairment in severe somatoform pain disorder: a case example*. Journal of pediatric psychology, 2001. **26**(7): p. 429-434.

13 Ehrenwörtliche Erklärung

„Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Textstellen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder nichtveröffentlichten Schriften entnommen sind, und alle Angaben, die auf mündlichen Auskünften beruhen, sind als solche kenntlich gemacht. Bei den von mir durchgeführten und in der Dissertation erwähnten Untersuchungen habe ich die Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis, wie sie in der „Satzung der Justus-Liebig-Universität Gießen zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis“ niedergelegt sind, eingehalten. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren.“

Ort, Datum

Unterschrift

14 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Brosig für die Überlassung des Themas und die Betreuung während meiner Zeit in der Familienpsychosomatik. Seine fachliche Kompetenz, seine Ratschläge und der stetige Austausch haben maßgeblich zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen.

Ein großes Dankeschön gebührt auch Marie-Therese Heinz für die großartige und zeitintensive Vorarbeit, die so eine maßgebliche Grundlage für meine Arbeit schaffen konnte. Darüber hinaus danke ich dem gesamten Team der Familienpsychosomatik, insbesondere Katrin Müller, für die gute Zusammenarbeit, die Mitbetreuung der Fragebögen und die gute Zeit in unserem kleinen Büro.

Danken möchte ich auch der gesamten Abteilung der Allgemeinpädiatrie am Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin unter der Leitung von Herrn Prof. Dr. Zimmer und der oberärztlichen Unterstützung durch Herrn Prof. Dr. Lehmann und Frau Dr. Böttcher. Die Zusammenarbeit mit dem gesamten Team der Station Köppe bereitere mir viel Freude und konnte maßgeblich zur Datengewinnung beitragen.

David Fleming möchte ich für seine fachliche Unterstützung im Bereich der medizinischen Statistik danken.

Moritz Zessin danke ich für das ausdauernde Gegenlesen meiner Arbeit.

Frank Rommel möchte ich danken, da er mich einerseits mit fachlichen und methodischen Tipps und andererseits durch den täglichen Austausch moralisch unterstützte und immer wieder aufbaute.

Nicht zuletzt geht mein Dank an meine Brüder und besonders an meine Eltern, die mich während der gesamten Dauer meiner Ausbildung und dieser Arbeit in unterschiedlichen Bereichen unterstützen.

15 Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus dieser Version der Arbeit entfernt.



édition scientifique
VVB LAUFERSWEILER VERLAG

VVB LAUFERSWEILER VERLAG
STAUFENBERGRING 15
D-35396 GIESSEN

Tel: 0641-5599888 Fax: -5599890
redaktion@doktorverlag.de
www.doktorverlag.de

ISBN: 978-3-8359-6547-8



9 783835 1965478