

Bartus, Hilgard, Meusers

Diabetes und psychische Auffälligkeiten

Diagnose und Behandlung
von Kindern, Jugendlichen
und jungen Erwachsenen

Kohlhammer

150 Jahre
Kohlhammer

Béla Bartus, Dörte Hilgard, Michael Meusers

Diabetes und psychische Auffälligkeiten

Diagnose und Behandlung von Kindern,
Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

1. Auflage 2016

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Print:

ISBN 978-3-17-026856-2

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-026857-9

epub: ISBN 978-3-17-026858-6

mobi: ISBN 978-3-17-026859-3

Für den Inhalt abgedruckter oder verlinkter Websites ist ausschließlich der jeweilige Betreiber verantwortlich. Die W. Kohlhammer GmbH hat keinen Einfluss auf die verknüpften Seiten und übernimmt hierfür keinerlei Haftung.

Inhalt

Geleitworte	13
Geleitwort Martin Holtmann	13
Geleitwort Martin Holder	13
Danksagung	15
1 Einleitung	17
2 Wie man mit dem Buch arbeitet	21
3 Diabetes im Alltag – was macht er mit der Psyche?	24
3.1 Einleitung	24
Diabetesalltag kann Ressource fürs Leben werden	27
Was erforderlich ist, um als Familie in der	
Diabetesversorgung aktiv mitarbeiten zu können	28
Risiken in Familien, die Schwierigkeiten der	
Diabetesversorgung verursachen können	29
Bausteine der Selbstbehandlung	29
Entlastung des Kindes durch Übernahme der	
Therapie durch die Eltern	30
Erziehen mit der chronischen Krankheit Diabetes ...	30
Aspekte der Beschulung bei Diabetes	31
3.2 Blutzuckerwerte und Emotionen	31
3.2.1 Die regelmäßigen BZ-Messungen – notwendiges Übel	
oder Hilfe zur gelungenen Stoffwechselkontrolle? ...	31
Wirkung der Blutzuckerwerte auf das	
Familienleben	33
Nachhaltiges Management der Blutzuckerwerte in	
der Familie: Erfolgsgeschichte oder dauernder	
Horror-Trip?	34
Die emotionale Wertigkeit der Blutzuckerwerte für	
Eltern von Kleinkindern	36
Wirkung der Blutzuckerwerte auf das Behandlersteam	
und in der Interaktion mit der Familie	37
Eine im Alltag wichtige Frage: Wem gehören die	
BZ-Werte?	39

	Fälschen und Verheimlichen von BZ-Werten, »Naschen«	40
	Was für die Selbstbehandlung im Alltag (unabhängig vom Alter) wichtig ist	41
3.2.2	Präventionsaspekte für Eltern im Umgang mit Blutzuckerwerten in der Interaktion	42
3.2.3	Umgang mit den HbA1c-Werten	44
3.2.4	Psychosoziale Folgen chronisch hyperglykämischer Entgleisungen	45
3.3	Spritzen und Messen	46
3.3.1	Elterliche Injektionsängste	47
3.3.2	Entwicklungsstand und Reaktion auf Blutgewinnung und Injektion	48
3.3.3	Phobische Injektions- und Nadelängste	48
3.4	Ängste in Zusammenhang mit dem Diabetes und seiner Behandlung	50
3.4.1	Hypoglykämieängste und Ängste vor Folgen	50
	Hypoglykämie-Angst	50
	Vorgestellte Hypoglykämie-Ängste	51
	Bedeutung für die Diabetesbehandlung	51
	Dynamik der Hypoglykämie-Angst	52
	Hypoglykämie-Angst – Wer ist betroffen?	52
	Dysfunktionale und reale Hypoglykämie-Ängste	52
	Angst vor Folgeschäden des Diabetes	54
3.5	Das Blutzucker-Tagebuch – Helfer auf dem Weg zur Autonomie	58
	Bessere Erinnerbarkeit dokumentierter BZ-Werte	59
	Wofür nutzt die Tagebuchführung?	60
	Wie gelingt die Kommunikation anhand der BZ-Dokumentation?	61
	Blutzuckerwerte aufschreiben oder per Software dokumentieren?	64
	Einsatz von Sensoren, Bolusrechner, Messgeräte-Speicher	65
	Was ich nicht weiß, macht mir keinen Stress	65
	Häufig genannte Argumente gegen die handschriftliche Tagebuchführung	66
3.6	Bedeutung der Diabetesschulung	67
	Stationäre Gruppenschulungen	68
	Ambulante Diabetes-Schulungen	69
	Psychotherapeutische Aspekte ambulanter und stationärer Schulungen	70
	Bedeutung von Gruppenschulungen aus Therapeuten-/Betreuersicht	70

	Entwicklungspsychologische Gesichtspunkte zu Diabetesschulungen in verschiedenen Altersgruppen	71
	Wie und wann kann das Thema »Folgen des Diabetes« besprochen werden?	72
3.7	Einsatz technischer Hilfsmethoden – Einsatz mit Köpfchen Elektronische Handy-gestützte BZ-Messgeräte mit direkter Übermittlung an Betreuungsperson (Beispiel »Bodytel«)	72
	Bolus-Rechner	73
	Blutzucker-Sensoren und sensorunterstützte Pumpentherapie (SUP)	75
	Die Insulin-Pumpe bei psychiatrischer Komorbidität	76
3.8	Diabetes in der Öffentlichkeit	78
3.9	Schulungsmodul bei Manifestation des Diabetes zur Prävention psychischer Probleme	80
3.9.1	Psychologisch/psychiatrische Aspekte der Neumanifestation	80
	Konditionierung, Prägung, Gewöhnung	80
3.9.2	Bewertungsprozesse bei Diabetes-Neuerkrankung ... Das »Graugans-Phänomen« – Nachfolgeprägung ... Diagnose Diabetes mellitus Typ 1 als prägende Erfahrung	81
	Kriterien eines gelungenen Aufklärungsgesprächs....	82
	Ersteinstellung stationär	83
	Positive Grundhaltung fördern	84
3.9.3	Präventionsmodul 1: Das Spritzen	84
3.9.4	Präventionsmodul 2: Umgang mit den Blutzuckerwerten	86
3.9.5	Präventionsmodul 3: Angstfreier Umgang mit Hypoglykämien und Folgeerkrankungen	87
3.9.6	Präventionsmodul 4: Anbahnung normalen kindgerechten Essverhaltens trotz Diabetes	88
3.9.7	Präventionsmodul 5: Dem Diabetes für das weitere Leben einen Platz zuordnen	89
3.9.8	Präventionsmodul 6: Hilfen annehmen und organisieren lernen	90
4	Psychologische und psychiatrisch/psychotherapeutische Berufe im Kontext der Kinder- und Jugend-Diabetologie	91
	Einleitung	91
	Psychologen mit universitärem Abschluss als Diplom bzw. Master of Science	91
	Psychologen in Krankenhäusern	91
	Fachpsychologe für Diabetes (DDG)	92

	Psychologischer Psychotherapeut und Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	92
	Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeuten	93
	Kinder- und Jugendpsychiater/-psychotherapeut	93
	Kinder- und Jugendarzt mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie	93
	Arzt für psychotherapeutische Medizin	94
	Zusammenfassung	94
5	Psychologische/psychotherapeutische/psychiatrische Behandlungsmethoden	95
5.1	Einleitung	95
5.2	Das Konzept Systemische Familientherapie	96
	Systemische Psychotherapie in 6 Schritten	98
	Zirkuläres Fragen	99
5.3	Verhaltenstherapie: Belohnungsmethoden und Verstärkerpläne	101
	Lernen, aber richtig	101
	Intelligente Belohnung in der Erziehung	102
	Belohnungsmethoden und Verstärkerpläne im Einzelnen	106
	Belohnungsplan mit Taschengeld	109
	Autonomie als Belohnung	110
	Fallstricke bei Verstärkerplänen	112
5.4	Psychoanalyse und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie	112
	Welche Psychotherapieform ist für welchen Patienten die richtige?	113
5.5	Gesprächsführung nach Rogers	114
5.6	Zugangswege zur psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung	115
	5.6.1 Sozialpädiatrische Zentren (SPZ)	115
	5.6.2 Versorgungsangebote der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	116
	Ambulante Angebote	116
	Kinder- und Jugendpsychiatrische Tageskliniken	117
	Kinder- und Jugendpsychiatrische Kliniken	117
	5.6.3 Formen der kinder- und jugendpsychiatrischen Behandlung	117
	5.6.4 Vorgehen bei Einweisung eines Kindes oder Jugendlichen zur geschlossenen Behandlung nach Paragraph 1631 BGB	118
	Erstens: Bei akuter Gefährdung	118
	Zweitens: Geschlossene Behandlung außerhalb einer Notfallsituation	118

	Zusammenfassung	118
	5.6.5 Kindeswohlgefährdung (entsprechend §8a SGB VIII)	119
6	Entwicklungsorientierte Gesprächsführung	120
6.1	Kindzentrierte Gesprächsführung	120
	Innere Einstellung zum Gespräch finden	120
	Fördernde Aspekte der Gesprächsführung	120
	Gespräche mit oder ohne Eltern/Kinder?	124
7	Psychosoziale Anamnese	125
	Checkliste einer psychosozialen Anamnese	125
8	Versorgungsstrukturen in Deutschland	128
8.1	Welche Hilfen gibt es sonst (Jugendhilfe, Erziehungshilfe, Wohngruppen)?	128
	Was kann das Jugendamt anbieten?	128
	Sozialpädagogische Familienhilfe	128
8.2	Voraussetzungen für eine gelungene Zusammenarbeit mit entsprechenden Strukturen bei Diabetes	128
	Elternberatung zum Thema Erziehung	129
	Diabetes-Nanny der Stiftung Dianiño	129
	Pflegedienst	130
	Kontakt mit dem Jugendamt	130
	Sozialmedizinische Nachsorge durch den Bunten Kreis	130
	Ambulante oder stationäre Therapie durch einen Kinderpsychologen/Kindertherapeuten oder Kinder- und Jugendpsychiater	131
	Fremdunterbringung	131
9	Entwicklungspsychologie und Erziehung	132
9.1	Einleitung	132
9.2	Bindungstypen	132
	Der einfühlsame Bindungstyp	133
	Der vermeidende, unsichere Bindungstyp	134
	Der ambivalente Bindungstyp	135
9.3	Die einzelnen Entwicklungsschritte	135
9.3.1	Die ersten drei Lebensjahre – »die prä-operationale Phase«	135
9.3.2	Das Kindergartenalter	136
9.3.3	Das Grundschulalter vom 6. bis 9. Lebensjahr	137
9.3.4	Pubertät und Adoleszenz	138
	Die Pubertät	138
	Die Adoleszenz	138
9.4	Bezogene Individuation	143
	Das Hilfsmittel »Sugar-Hour«	145

	Erziehen bei der chronischen Krankheit Diabetes ...	146
9.5	Geschwisterkinder	147
	Diabetesmanifestation aus Geschwistersicht	148
	Schattenkinder?	148
	Das Bedürfnis nach Sicherheit	148
	Das Bedürfnis nach Wichtigkeit	149
	Das Bedürfnis nach Aufmerksamkeit	150
	Alter der Geschwisterkinder	150
	Besondere Belastungen	150
	Besondere Zeiten mit den Geschwistern verbringen	151
	Das helfende Geschwisterkind	151
	Geschwisterkinder besonders erziehen?	152
	Die Entwicklung der gesunden Geschwister	152
10	Transition aus diabetologisch-psychiatrischer Sicht	153
10.1	Welche Aufgaben stehen in dieser Lebensphase für den jungen Menschen an?	154
	Wechsel in die Erwachsenen-Diabetologie	156
10.2	Wenn Volljährigkeit nicht gelingt: Betreuung für gesundheitliche Belange, Aufenthaltsbestimmungsrecht	156
	Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche – §35a SGB VIII (Stand 2015)	156
	Hilfe für junge Volljährige, Nachbetreuung - §41 SGB VIII	158
	Unterstützung durch den sozialpsychiatrischen Dienst	158
11	Grundsätzliches zu psychiatrischen Erkrankungen	160
	Psychiatrische Erkrankungen und Diabetes	160
12	Psychiatrische Erkrankungen	162
12.1	AD(H)S	162
12.2	Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	164
	Disruptive Mood Dysregulation Disorder (DMDD)	164
	Überflutende Emotionen sind auch ein Symptom anderer klinisch-psychiatrischer Bilder	167
12.3	Depression	168
	Diabetes und Depression	168
12.4	Angsterkrankungen und Zwänge	171
	Realangst	173
	Angsterkrankung vom Typ Phobie	173
	Generalisierte Angsterkrankung	175
	Ängste bei anderen psychiatrischen Erkrankungen	175
	Zwangserkrankungen	176

12.5	Essstörungen	176
	Ändert die Diabetesbehandlung das Essverhalten?	177
	Forcierte Selbstwahrnehmung	177
	Klassifikation von Essstörungen	178
	Zusammenfassung	179
12.6	Suchtverhalten und Diabetes	180
	Warum neigen speziell Jugendliche zum Konsum von Drogen?	181
	Nikotinkonsum	181
	Alkoholmissbrauch	182
	Cannabis	184
12.7	Posttraumatische Stress-Erkrankung (PTSE)	184
12.8	Besonderheiten im Umgang mit Hoch- und Minderbegabung	186
13	Häufig eingesetzte Medikamente bei psychiatrischer Komorbidität	189
	Die wichtigsten Medikamente im Einzelnen	190
	Antidepressiva vom Typ Selektiver Serotonin Re-Uptake-Inhibitor (SSRI)	190
	Methylphenidat/Amphetaminsulfat/Atomoxetin	190
	Atypische Neuroleptika	191
14	Besondere Behandlungsbedingungen	193
14.1	Kinder psychisch kranker Eltern	193
	Kinder unter dem 7. Lebensjahr	194
	Kinder im Alter 7. bis 9. Lebensjahr	194
	Kinder im Alter 9. bis 12. Lebensjahr	194
	Jugendliche im 12. bis 15. Lebensjahr	195
	Jugendliche ab dem 16. Lebensjahr	195
14.2	Wenn Eltern selbst auch Diabetes haben	195
14.3	Diabetes in Migrantenfamilien	196
14.4	Diabetes und Gefährdung des Kindeswohls nach §8a SGB VIII	197
14.5	Diabetes und alternative Behandlungsmethoden	198
	Einige menschenkundliche Gesichtspunkte zu Diabetes mellitus Typ 1 bei Kindern und Jugendlichen	199
	Therapeutische Gesichtspunkte für die Manifestationsphase	202
	Rolle der Insulintherapie aus menschenkundlicher Sicht	203
15	Am Ende noch: Was die Autoren Ihnen mit auf den Weg geben wollen	204
	Glossar	205

Websites und Apps	208
Apps	212
Literatur	213
Anhang	223
Anhang 1: Stellungnahme der PPAG e.V. zur Kindeswohlgefährdung bei Diabetes mellitus	223
Anhang 2: Empfehlungen für auf die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes spezialisierte Wohngruppen i.S. einer wohnortnahen Integration	225

Geleitworte

Geleitwort Martin Holtmann

Die Behandlung von Kinder und Jugendlichen, die neben einem Typ 1 Diabetes auch an einer psychischen Störung leiden, stellt für die notwendigerweise kooperierenden ärztlich und psychotherapeutisch Tätigen eine große Herausforderung dar. Für die Diagnostik und Therapie und auch für die langfristige Begleitung der betroffenen Kinder, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und deren Familien ist die vertrauensvolle Zusammenarbeit der verschiedenen Fachdisziplinen immens wichtig. Es gibt aber bis heute weder Leitlinien noch Therapiestudien, welche die Besonderheiten dieser Komorbidität angemessen aufgreifen.

Das vorliegende Buch ist aus den langjährigen Erfahrungen der kooperativen Behandlung geschrieben. Das Autorenteam umfasst alle drei Berufsgruppen: Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater und Psychologische Psychotherapeuten bzw. Fachpsychologen DDG. Sie beschreiben, an welcher Stelle eine psychiatrische Behandlung unter Berücksichtigung eines Diabetes modifiziert werden muss und informieren über die Kenntnisse, die jede Berufsgruppe über das Gebiet des Kooperationspartners haben sollte.

Zwei Dinge sind neu: zum einen das Thema selber und zum anderen das Anliegen, ein Buch als Hilfe für fachübergreifende Medizin zu schreiben. Durch die zunehmende Spezialisierung der Medizin drohen bei allen Vorteilen gemeinsame Aspekte in den Hintergrund zu treten. Dieses Buch ist der konstruktive Versuch, die Nachteile einer hochspezialisierten Medizin zu überwinden, indem der Fokus auf dem Wissen liegt, das jede der beteiligten Berufsgruppen haben sollte, damit gemeinsame Versorgung gelingen kann.

Hamm, Oktober 2015
Prof. Dr. Martin Holtmann

Geleitwort Martin Holder

Erfahrungen in der jahrelangen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes zeigen, dass neben dem individuell angepassten Insulinschema oder der neuesten technischen Ausrüstung eine gefestigte und stabile Beziehung zu den wichtigsten Bezugspersonen (Eltern, Freunde, Betreuer etc.) und ein geregelter Alltag ganz wichtige Voraussetzungen für eine gute Stoffwechseleinstellung sind. Gibt es massive Probleme in der Familie, im Freundeskreis oder in der Schule, ist in

der Regel der Diabetes auch nicht gut eingestellt. Dahinter verbergen sich nicht nur Störungen in der Akzeptanz der chronischen Erkrankung, sondern oft auch tiefer gehende oder vielschichtigere Probleme, welche auch schon vor Manifestation des Diabetes bestanden haben.

Eine psychiatrische Komorbidität kann eines dieser vielschichtigeren Probleme darstellen, aber auch psychologische Aspekte. Als betreuendes Diabetes-Team sollte es uns gelingen, rechtzeitig ungünstige bzw. für die Diabetesversorgung gefährliche Veränderungen bei den Kindern, Jugendlichen oder deren Eltern zu erkennen, richtig einzuschätzen und zu verändern. Mit seinem praktischen Ansatz kann dieses Buch dafür eine große Hilfe sein.

Den Autoren gebührt Dank und Anerkennung, dass sie diese wichtigen Themen aufgegriffen haben. Ihr Wissen resultiert aus jahrelangen Erfahrungen, die sie unter anderem während ihrer Intensiv-Seminare gesammelt haben.

Aber auch für alle Kinderpsychologen und Kinderpsychiater ist dieses Buch wichtig, damit sie mehr über die Besonderheiten des Diabetes und seines Managements erfahren. Nur mit einem gegenseitigen Austausch und dem Verständnis für die jeweils andere Berufsgruppe können wir mehr für unsere Kinder und Jugendlichen mit Typ 1 Diabetes erreichen.

Stuttgart, Januar 2016

Dr. med. Martin Holder

Facharzt für Kinder-und Jugendmedizin

Danksagung

Wir möchten uns bei allen Kollegen und Patienten bedanken, die uns mit wertvollen Hinweisen und Anregungen die Erstellung dieses Buches ermöglicht haben. Insbesondere möchten wir den jungen Helfern der Diabetes-Schulungskurse Herdecke danken, die uns aus ihren persönlichen Erfahrungen und Anregungen stets die Brauchbarkeit unserer Ideen für den Alltag rückgemeldet haben. Unseren Patienten möchten wir für ihre Geduld danken: dass wir uns mit ihnen auf den Weg begeben und gemeinsam nach guten Lösungen für sie suchen konnten. Viele Denkanstöße kamen von den Teilnehmern der Intensiv-Seminare, die als Weiterbildung für Diabetes-Teams nun schon seit über 5 Jahren turnusmäßig stattfinden und immer wieder neue Aspekte in die Kinderdiabetologie einbringen. Schließlich bedanken wir uns für das ausgezeichnete Lektorat des Verlages, das die Publikation dieses Werkes ermöglichte. Und last not least sei erwähnt, dass wir als interdisziplinäres Team aus Diabetologie, Psychologie und Psychiatrie das Buch erstellt haben und trotzdem immer noch einen freundschaftlichen Umgang miteinander pflegen.

Béla Bartus, Dipl.-Psychologe, ist Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut und Fachpsychologe Diabetes DDG in der Filderklinik, Filderstadt.

Dr. med. **Dörte Hilgard** ist Kinder- und Jugendärztin im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke. Sie leitet dort die Kinder-Diabetologie.

Dr. med. **Michael Meusers** ist Kinder- und Jugendpsychiater, -psychotherapeut, Neuropädiater und leitete langjährig die Kinder- und Jugendpsychiatrie im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke.

1 Einleitung

Den Autoren ist es ein Anliegen, dass dieses Buch einen nützlichen Beitrag leistet für eine Verbesserung der kooperativen Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus Typ 1 seitens der Kinderdiabetologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, sowie für ein verbessertes gegenseitiges Verständnis dieser Berufsgruppen.

Die reguläre Diabetesversorgung im Kindes- und Jugendalter gelingt bei vielen Familien gut dank der kompetenten Unterstützung des betreuenden kinderdiabetologischen Teams. In einigen Familien bedarf es einer einmaligen oder kurzfristigen psychologischen, psychotherapeutischen oder kinder-/jugendpsychiatrischen Intervention oder einer Erziehungsberatung (z. B. bei Spritzverweigerung, Interaktionsproblemen oder akuten familiären Krisensituationen). Doch da Kinder und Jugendliche mit Diabetes ein erhöhtes Risiko für psychiatrische Erkrankungen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen haben (Blanz 1995 geht von ca. 20 % aus), lohnt es sich, in diesem Kontext ein besonderes Augenmerk auf die notwendige Kooperation (angemessene Diagnostik, Therapie und Betreuung) der beteiligten Berufsgruppen zu werfen. Denn insbesondere, wenn somatische und psychiatrische Erkrankungen gemeinsam oder in Folge auftreten, ist das Risiko groß, dass Betroffene entweder nur aus diabetologischer Sicht oder nur aus psychiatrischer Sicht versorgt werden – der Gesichtspunkt der gegenseitigen Bedingtheit wird übersehen und bleibt unberücksichtigt. In der Vergangenheit war dies eine Schwachstelle, welche für das betroffene Kind zu belastenden Situationen mit unerfreulichen Erfahrungen führen konnte (teils desaströse Schulkarrieren, häufige Wechsel von Betreuungseinrichtungen, häufige Krankenhausaufenthalte u.a.m.).

Berührungsängste, fehlendes gegenseitiges Verständnis und ausbildungsbedingte Unkenntnis können die Kooperation in der Diabetes-Behandlung häufig gravierend erschweren. Um erlebte Beispiele zu nennen: Bei Minderbegabung hilft auch wiederholte Diabetes-Schulung nichts, bei Angsterkrankung werden auch gute Spritzpläne im entscheidenden Moment einfach ignoriert, bei Dyskalkulie ist ein sorgfältig erarbeiteter Insulinspritzplan wenig wert. Selbst, wenn die psychische Störung aus psychiatrischer Sicht sonst im normalen Alltag unbedeutend wäre, kann es im Diabetesalltag bereits zu einer erheblichen Beeinträchtigung kommen. Z.B. kann die geringe Antriebsstörung einer subklinischen Depression die Durchführung der erforderlichen Handlungen bei der eigenständigen Versorgung des Diabetes erheblich behindern.

Aus dem Erleben solcher Patientenschicksale und aus der erfolgreichen beruflichen Kooperation des Autorenteam ist die Idee zu diesem Buch entstanden.

Alle langjährig mit Diabetes-Patienten Tätigen und alle Betroffenen wissen, dass Diabetologie mehr als eine kompetente Diabetes-Schulung und mehr als eine erfolgreiche Insulineinstellung ist. Kinder und Jugendliche mit Diabetes und ihre Familien haben besondere seelische Bedürfnisse, weisen eine erhöhte psychische Vulnerabilität auf und leisten weitere entwicklungstypische Aufgaben. Sie sind sozial vernetzt in Familie und Peergroups, sie haben Perspektiven, persönliche Fähigkeiten und Begabungspotentiale: All dies sind Themen, die für eine gelungene Diabetesversorgung berücksichtigt werden müssen, wenn das »Gesamtprojekt« denn gelingen soll. Diese Inhalte werden im normalen klinischen Alltag durch ganz verschiedene Fachgebiete begleitet, die natürlicherweise nicht direkt kooperieren, sondern sich eher fremd sind: Kinder- und Jugendpsychiater¹, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologen, Lehrer und Kinderdiabetologen sowie Diabetesberater: für den betroffenen Patienten jedoch ist ein Zusammenspiel all dieser Disziplinen für den langfristigen Erfolg und das Ziel »Großwerden mit Diabetes« von entscheidender Wichtigkeit.

Die Zusammenarbeit gelingt deutlich besser, wenn jeder »Teilnehmer« den anderen versteht, mindestens über Basiswissen und die »Sprache« der Nachbardisziplin verfügt und so eher »passgenaue« Hilfen von den anderen Fachrichtungen anfordern kann, und damit aus einer Teamleistung heraus eine »Hilfe als Gesamtkunstwerk« für den einzelnen, individuellen Patienten entsteht!

Dieses Buch ist als ein praxisnahes Handbuch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Diabetesteam, Mitarbeitern der Kinder- und Jugendpsychiatrie, für Mitarbeiter in Jugendhilfe-Einrichtungen, aber auch für interessierte Eltern und junge Erwachsene mit Diabetes angelegt.

Das Autorenteam schöpft seine Erfahrung aus gemeinsamen Seminaren und Tagungsbeiträgen der letzten fünf Jahre zu diesem Themenkomplex. Besonders erwähnt sei hier das Intensivseminar der PPAG e.V. (Arbeitsgruppe für psychotherapeutische, psychiatrische und psychologische Aspekte der Kinderdiabetologie, AG in der AGPD), welches inzwischen im fünften Jahr in Herdecke durch das Autorenteam (in drei Wochenend-Blocks) abgehalten wird.

Aus diesem Austausch und dem konkreten Einüben von psychotherapeutischen Grundlagen haben wir als Referenten ständig dazu gelernt – als Ergebnis davon und auf vielseitige Nachfrage hin soll hiermit dieses Buch vorgelegt werden. Da das Thema noch ein »junges« Arbeitsfeld ist und sich noch »in process« befindet, können wir in vielen Bereichen nicht auf einschlägige Studien und Forschungsergebnisse zurückgreifen. Das Dargestellte beruht, dort wo wir »Neuland« betreten, auf Erfahrungen aus dem klinischen Alltag und Gesprächen mit Kollegen und erfahrenen Betroffenen. Die eingefügten Beispiele entstammen unserem Behandlungsalltag, die Namen sind aus datenschutzrechtlichen Gründen jeweils geändert.

In der Entwicklung der Kinderdiabetologie in Deutschland, aber auch weltweit wird die Bedeutung der psychologischen Begleitung präventiv und bei Problemen

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in der Regel die männliche Form verwendet, die weibliche Form ist jedoch immer mit gemeint. Wir danken für Ihr Verständnis.

der Alltagsbewältigung zunehmend erkannt und ist für viele Diabetesteams Realität geworden. Dies führte u. a. zur Einführung des »Fachpsychologen DDG« als notwendigem Teammitglied in größeren Einrichtungen.

Das vorliegende Werk geht über diesen Schritt hinaus, indem es sich mit der Erkennung und Behandlung von psychiatrischen Komorbiditäten bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes mellitus befasst. Die Interaktion von Diabetes und psychiatrischen Komorbiditäten wird praxisorientiert beleuchtet. Die Autoren repräsentieren einen interdisziplinären Behandlungsansatz aus

1. den wichtigsten Faktoren der Diabetesbehandlung unter Berücksichtigung der kindlichen Entwicklungsschritte und dem psychosozialen Umgang mit ihnen,
2. psychiatrischen Gesichtspunkten entsprechend den typischen Notwendigkeiten der Diabetesbehandlung sowie
3. psychotherapeutischen Gesichtspunkten.

Es werden sowohl entwicklungsbedingte Normvarianten berücksichtigt, als auch psychiatrische Erkrankungen, soweit sie sich signifikant auf die Behandlung des Diabetes auswirken. Die psychotherapeutische Sichtweise konzentriert sich auf die Interaktion in der Familie, zwischen Diabetes-Teams und Patienten und dem gesamten sozialen System, indem das Kind beziehungsweise der Jugendliche aufwächst.

Es werden die Themen der Entwicklungspsychologie und -pathologie, psychiatrische Krankheitsbilder, Therapieformen einschließlich Medikamenten allgemeinverständlich in ihren Grundzügen vermittelt – immer aus dem Blickwinkel der Besonderheiten des Lebens mit dem Diabetes. Sicher mag sich manches davon auch als nützlich für den Alltag im Umgang mit anderen chronischen Krankheiten erweisen.

Die Erkennung und Behandlung von entwicklungs- bzw. altersbedingten Schwierigkeiten bei der Umsetzung der Diabetestherapie sowie Unterscheidung von psychiatrisch bedingten Auffälligkeiten bzw. psychiatrischen Erkrankungen ist die wesentliche Diktion des Buches.

Neben Verhaltensauffälligkeiten, die sich ungünstig bis hinderlich auf die Selbstbehandlung und Versorgung des Diabetes im Alltag des Kindes und Jugendlichen auswirken, werden umschriebene psychiatrische Erkrankungen wie Depression, ADHS und Impulsivität ausführlich dargestellt und die Folgen für die Diabetesbehandlung geschildert.

Aus kinderdiabetologischer Sicht werden die Möglichkeiten einer Diabetestherapie unter erschwerten Bedingungen beschrieben und gleichzeitig Lösungsansätze für das Vorgehen des Diabetesteams und für die Eltern selber angeboten. Gleichzeitig werden Vorgehensweisen und Strategien beschrieben, die es Diabetesteams gegenüber Kindern und Jugendlichen mit auffälligem Verhalten ermöglichen sollen, umsichtig und wertschätzend handeln zu können. Dazu gehören Aspekte der Gesprächsführung, Formen von verhaltenstherapeutischer Modifikation und schließlich systemische und familientherapeutische Ansätze.

Das übergeordnete Ziel ist es, Diabetesteams hinsichtlich der Erkennung, Einschätzung und Veränderungen von Verhaltensweisen, die ungünstig bis gefährlich

für die Diabetesversorgung sind, kompetenter zu machen. Dazu gehört die Beschreibung der Strukturen in der Kooperation zwischen Diabetesteams und der Kinder- und Jugendpsychiatrie, der Psychosomatik, die Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeuten und die Nutzung von psychosozialen Hilfesystemen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes.

Konkrete Problemlösungen, oft anhand von Fallbeispielen illustriert, werden dargestellt, sodass die Leser daraus eigene Strategien für ihren Behandlungsalltag entwickeln können. Es werden Fertigkeiten vermittelt, die auf die frühzeitige Erkennung von psychiatrischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen zielen und entweder eine aus dem Diabetesteam erfolgte Lösung ermöglichen oder aber die konsiliarische Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie explizit anstreben.

Durch die klinische Erfahrung der Autoren aus ihrem speziellen Fachgebiet kann gerade die Schnittstelle zwischen der eher somatisch orientierten Kinderdiabetologie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie herausgearbeitet und für die Leser konkretisiert werden.

Zusammenfassend bietet das Buch für Diabetesteams der stationär tätigen Pädiatrie als auch für die Mitarbeiter ambulant tätiger diabetologischer Schwerpunktpraxen eine Arbeitsgrundlage, um problematische sog. »Non-Compliance«-Patienten zu erkennen und so psychischen Auffälligkeiten rechtzeitig auf die Spur zu kommen: mit dem Ziel, eine gute Adhärenz zu erreichen.

Auch Mitarbeiter aus sozialen Einrichtungen, wie Jugendämtern, Jugendhilfe, Betreuungseinrichtungen und Schulen, die mit der Aufgabe der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes konfrontiert sind, können neue Kompetenzen erwerben, sodass die gesamte Betreuung dieser Patientengruppe eine deutliche Verbesserung erfahren kann.

2 Wie man mit dem Buch arbeitet

Natürlich ließe sich eines der schon evaluierten und etablierten psychiatrischen Diagnosesysteme hier vorstellen. Doch diese sind für kinder- und jugendpsychiatrisches Fachpersonal (Psychologen, Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychiater) konzipiert, und ohne klinisch-diagnostische Erfahrung wenig hilfreich! Fragebogendiagnostik ohne klinische Exploration führt leicht zu Fehldiagnosen.

Ebenso könnten hier die üblichen Grundlagen der Gesprächsführung dargestellt werden, aber ohne konkrete Übung sind sie nicht umsetzbar.

Doch für kinder- und jugenddiabetologische Teams ist es wichtig, im Alltag einer Diabetessprechstunde oder im stationären Setting in schwierigen Behandlungssituationen mit Kindern, Jugendlichen, jungen Erwachsenen und deren Familien zu wissen, an wen man sich wendet, welche Schritte zur Diagnostik bei der Frage einer möglichen Komorbidität die richtigen sind und wie diese eingeleitet werden können.

Diabetesteams erleben im klinischen Alltag nicht selten Situationen, die Fragen nach dem geeigneten Umgang mit dem Kind bzw. einer Familie, aber auch einer psychiatrischen Diagnostik und angemessenen Therapie bei ggf. vorhandener Komorbidität aufwerfen. Der in der Regel psychiatrisch weitgehend unerfahrene (Kinder-) Diabetologe benötigt als Hilfestellung hierzu ein alltagstaugliches Einschätzungs-Schema, um handlungsfähig zu sein. Ebenso kann für die Diabetesberater/innen, die häufig engen Kontakt zu den Patienten haben, ein psychologischer Blickwinkel bei der Beurteilung von Kind und Familie sehr nützlich sein.

Im Normalfall gelingt es, dass das Kind oder der Jugendliche mit Unterstützung seiner Familie bzw. die Familie mit einem neu diagnostizierten Diabetes nach Insulineinstellung und umfassender altersgerechter und strukturierter Diabetes-Schulung die Diabetesselbstbehandlung schnell relativ gut durchführt. Angebote wie eine Diabetes-Hotline werden angemessen genutzt, Ambulanztermine werden regelmäßig wahrgenommen, Beratungsbücher werden gelesen und verstanden.

Bei einem kleinen Teil der Patienten gelingt dies jedoch nicht: Manchmal kommt es bereits kurze Zeit nach Manifestation der Diabetes-Erkrankung zu ersten Schwierigkeiten, in anderen Fällen werden Probleme der Diabetesversorgung erst im Verlauf auffällig. Wenn die Ergebniserwartung des Kinder- und Jugend-Diabetologen bzw. des Diabetesteams nicht erfüllt werden, d.h. der HbA1c-Wert längerfristig erhöht ist, es gehäuft zu Ketoazidosen oder/und schweren Hypoglykämien mit Krankenhausaufenthalten kommt, gravierende Diabetesbehandlungslücken auffallen, Konflikte rund um die Diabetesversorgung immer häufiger werden, können folgende Fragen aufgeworfen werden:

1. Wie ist die Begabung des Kindes/der Eltern, wurde sie bisher richtig eingeschätzt?
2. Liegt eine Dyskalkulie vor?
3. Das Verhalten des Kindes/Jugendlichen ermöglicht keine angemessene Unterstützung:
 - Liegen heftige Emotionen, Scham, Wut, erhöhte Kränkbarkeit zugrunde?
oder
 - Impulsives, unüberlegtes-spontanes Handeln?
 - Mangelnde Konzentration, ständige motorische Unruhe?
 - Mangelnde Aktivität, fehlender Antrieb?
 - Unausgesprochene Ängste vor Hypoglykämien, Spritzen, Diabetesversorgung in der Öffentlichkeit?
 - Verständnisprobleme des Kindes in den Diabetesschulungen trotz guter Begabung?
 - Dysfunktionale gedankliche Konstrukte?
4. Missverhältnis von Fähigkeiten des Kindes und Erwartungen der Eltern hinsichtlich seiner Selbstständigkeit, die nicht dem Entwicklungsstand oder den Möglichkeiten entspricht.

In den folgenden Kapiteln wollen die Autoren Tipps und Grundlagen für ein Verstehen von scheinbar unsinnigem Verhalten des Kindes/Jugendlichen und Hilfestellungen für eine Lösung daraus entstandener Probleme geben.

Auch wenn das Verhalten eines gesunden Kindes (► **Kap. 9.3.1–9.3.3**) oder Adoleszenten (► **Kap. 9.3.4**) im Umgang mit dem Diabetes schon einige Fragen aufwerfen kann (z. B. in Bezug auf heimliches Essen beim Kindergartenkind), so sind hierfür doch eine gute Diabetes-Nachschulung, ein Gespräch über das Problem und eine altersgemäße und individuelle Motivierung oder Belohnung (► **Kap. 5.3**) in aller Regel wirksam.

Wenn aber eine psychiatrische Komorbidität vorliegt oder vermutet werden muss, hat die Abklärung, Diagnostik und der Beginn von angemessenen therapeutischen Interventionen den Vorrang in der Behandlung: also zunächst die Diagnose und Behandlung der psychiatrischen Störung, dann erst kann die Optimierung der Diabetesselbstbehandlung wieder gelingen!

Insofern könnte auch gelten: Bei wem nach angemessener Diabetesschulung die Therapiedurchführung nicht gelingt, benötigt nicht noch mehr Schulung, sondern ein Mehr an Abklärung der Ursache, insbesondere Diagnostik hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität! Hier wird der Diabetologe eine gute Zusammenarbeit mit psychiatrischen Fachleuten benötigen, die wiederum auf die Rückmeldung des Diabetologen angewiesen sind, ob seine Maßnahmen denn diabetologisch effektiv waren.

Man könnte also bei Kindern und Jugendlichen mit Diabetes und psychiatrischer Komorbidität keck postulieren, dass die Qualität der psychiatrischen/psychotherapeutischen Therapie sich am Verlauf des HbA1c beurteilen lasse: ein für Psychiater/Psychotherapeuten und Psychologen ungewohnter, völlig neuer Gedanke, der in dieser Konstellation aber tatsächlich stimmt!