

Messung der globalen psychosozialen Anpassung in der klinischen Praxis

Jürgen Junglas

Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Rheinische Kliniken, Bonn/Deutschland

11. Internationaler Kongress ESCAP, 15.–19. September 1999, Hamburg

European Child & Adolescent Psychiatry, Vol. 8, Suppl. 2 (1999) 621, S. II/201

Ich bringe Ihnen einige Erkenntnisse aus der ältesten KJPP-Klinik der Welt: aus Bonn. Unsere Klinik wurde 1926 unter der Leitung von Otto Löwenstein gegründet. Löwenstein musste 1933 als Jude vor den Nationalsozialisten über die Schweiz in die USA fliehen. Vor diesem Hintergrund erhält die psychosoziale Anpassung in unserer Klinik eine besondere Bedeutung.

Heute stellen wir uns sorgfältig die Frage, welche Probleme unsere jungen Patientinnen und Patienten in der alltäglichen sozialen Anpassung aufweisen. Außerdem: Sind diese Probleme Folge einer psychischen Störung oder sozialer Faktoren, die nicht individuell, sondern im sozialen Kontext bearbeitet werden müssen?

Ziele der Erfassung der globalen Anpassung:

- Entscheidung über die Behandlungsform: stationär, teilstationär oder ambulant
- Feststellung, ob die soziale Beeinträchtigung eine Variable der Erkrankung oder anderer Faktoren ist
- Überprüfung, ob die Behandlung geeignet ist, die soziale Beeinträchtigung zu verringern

Die Erfassung der psychosozialen Anpassung ist somit für verschiedene Zielsetzungen bedeutsam:

Sie dient der Entscheidung, welche Empfehlungen wir dem Kind und seinen Eltern geben – reicht eine ambulante Behandlung aus? Sollte eine teilstationäre Behandlung erfolgen? Oder ist eine stationäre Aufnahme indiziert? Unsere Entscheidung ist nicht nur für die Kostenträger relevant: Wir müssen begründen, welche Behandlungsressourcen am sinnvollsten eingesetzt werden und dies gegenüber Patienten, Eltern und nicht selten auch weiteren Angehörigen vertreten.

Eine schwere psychische Erkrankung ist nicht zwangsläufig mit einer schweren sozialen Beeinträchtigung verbunden. Beispielsweise beobachten wir schwere Essstörungen bei guter sozialer Kompetenz, andererseits leichte psychische Störungen wie depressive Reaktionen mit akuter schwerer sozialer Beeinträchtigung. Und selbstverständlich kann sich ein Kind auch ohne psychische Störung sozial isolieren. Es ist daher zu prüfen, ob die soziale Beeinträchtigung eine Variable der Erkrankung oder anderer Faktoren ist.

Jede Behandlung sollte zudem die soziale Reintegration fördern. Die Beobachtung einer Verbesserung der sozialen Integration ist in der Regel für alle Beteiligten – Eltern, Lehrkräfte, Kinder, Kostenträger und nicht zuletzt die Therapeutinnen und Therapeuten – befriedigend.

Beurteilung durch Psychiater versus „Kunden“: Patient & Eltern

- Fremdbestimmung vs. Selbstbestimmung
- Expertise vs. Erfahrung
- Entlastung von Verantwortung vs. Eigenverantwortung
- Orientierung an sozialen Modellen vs. Orientierung an individuellen Bedürfnissen

Nur Patient und Eltern können angeben, an welche Normalität sie sich anpassen möchten! Die Beurteilung durch den Psychiater ist weniger als die halbe Wahrheit. Eine moderne, demokratische Psychiatrie orientiert sich stärker an den Wahrheiten der Patientinnen und Patienten als an denen der Fachleute.

Anforderungen an ein klinisch praktikables Erhebungsinstrument:

- Orientierung an den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten
- Gute Abgrenzung zwischen Krankheitssymptomen und Problemen der sozialen Anpassung
- Entscheidungshilfe für die Aufnahme in eine Einrichtung
- Möglichkeit zur Messung von Veränderungen
- Geringer Zeitaufwand (Durchführung und Auswertung)

Für den Einsatz im klinischen Alltag muss ein Erhebungsinstrument bestimmte Voraussetzungen erfüllen:

Fragebogen: Globale Beurteilung der psychosozialen Anpassung

Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung (VI. Achse)

jjunglas©12/99

Bitte schätzen Sie für die letzten drei Monate ein, welche Schwierigkeiten die Person in folgenden Bereichen hatte:	Schwierigkeiten: 0 = keine 1 = geringe, vorübergehende 2 = leichte 3 = mäßige 4 = deutliche 5 = deutliche, übergreifende, durchgängige 6 = tiefgreifende und schwerwiegende, unfähig alleine
	7 = braucht beträchtliche Betreuung 8 = braucht ständige Betreuung (24 Stunden am Tag)

1. Beziehung zu Familienangehörigen	.ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8
2. Beziehung zu Gleichaltrigen	.pr	0 1 2 3 4 5 6 7 8
3. Beziehung zu Erwachsenen außerhalb der Familie	.ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8
4. Allgemeine Selbständigkeit	.sc	0 1 2 3 4 5 6 7 8
5. Lebenspraktische Fähigkeiten	.sc	0 1 2 3 4 5 6 7 8
6. Persönliche Hygiene und Ordnung	.sc	0 1 2 3 4 5 6 7 8
7. Schulische (oder berufliche) Anpassung	.sc.ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8
8. Entfaltung von Interessen	.sa	0 1 2 3 4 5 6 7 8
9. Freizeitaktivitäten	.sa	0 1 2 3 4 5 6 7 8

.sc	.sa	.ar	.pr	.gatot
32	16	24	8	72

(Basierend auf der Multi-Axialen Klassifikation nach Remschmidt und Schmidt, 1994)
Wir entwickelten diesen Fragebogen, um die Schwierigkeiten der Patientinnen und Patienten in neun klar definierten Bereichen auf einer neunstufigen Skala zu erfassen. Die Akzeptanz des Fragebogens bei Kindern und Eltern war sehr gut.

Faktorenanalyse

(Varimax with Kaiser-normalization)

	N = 75	I. social competence (sc)	II. self actualization (sa)	III. adult relationship (ar)	IV. peer relationship (pr)
1.a)	Beziehung zu Familienangehörigen			.800	
1.b)	Beziehung zu Gleichaltrigen				.924
1.c)	Beziehung zu Erwachsenen außerhalb der Familie			.770	
	Bewältigung sozialer Situationen ...				
2.a)	... Allgemeine Selbständigkeit	.855			
2.b)	... Lebenspraktische Fähigkeiten	.837			
2.c)	... Persönliche Hygiene und Ordnung	.755			
3.	Schulische (oder berufliche) Anpassung	.469		.520	
4.a)	Entfaltung von Interessen		.894		
4.b)	Freizeitaktivitäten		.910		

$\Sigma 1.a) - 4.b) = \text{global adaptation (gatot)}$

Eine erste Faktorenanalyse basiert auf 75 vollständig ausgefüllten Fragebögen. Es konnten vier klar definierte Faktoren identifiziert werden:

- I. Soziale Kompetenz (sc)
- II. Selbstverwirklichung (sa)
- III. Beziehung zu Erwachsenen (ar)
- IV. Beziehung zu Gleichaltrigen (pr)

Die Summe aller Antworten wurde als weiterer Faktor (gatot) betrachtet.

Geschlechtseffekt

In unserer Stichprobe zeigten Mädchen in allen Bereichen größere Probleme als Jungen.

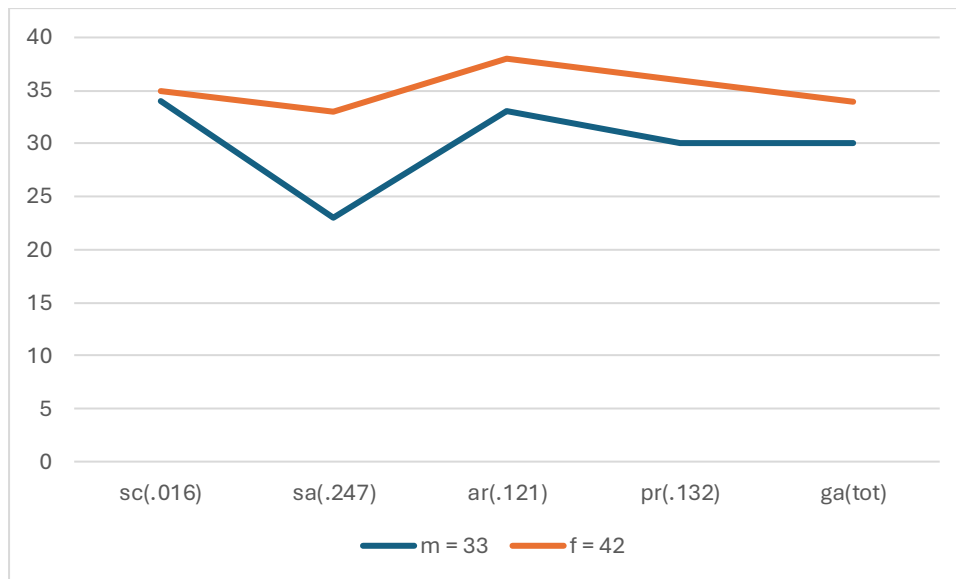


Abbildung 1: Faktorenausprägung Vergleich nach Geschlecht (mean %(max))

Alterseffekte

Der Einfluss des Alters auf die sozialen Schwierigkeiten zeigt in unserer Stichprobe kein eindeutiges Bild. Es scheint, als würden die Schwierigkeiten mit zunehmendem Alter leicht abnehmen und im Alter von 18 Jahren noch einmal stärker auftreten.

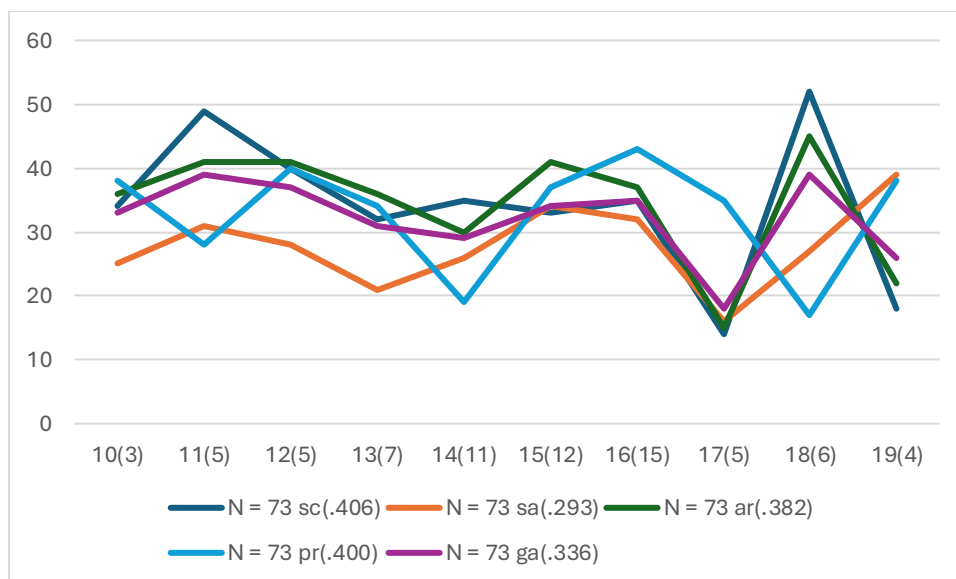


Abbildung 2: Faktorenausprägung im Altersverlauf (Alter in Jahren (Anzahl)). (mean %(max))

Selbst- vs. Elternbeurteilung

Die Einschätzungen der Kinder unterscheiden sich deutlich von denen der Eltern. Dies ist auch im Vergleich von CBCL und YSR zu beobachten. Diese unterschiedlichen Sichtweisen sind im Einzelfall für die diagnostische und therapeutische Vorgehensweise von großer Bedeutung.

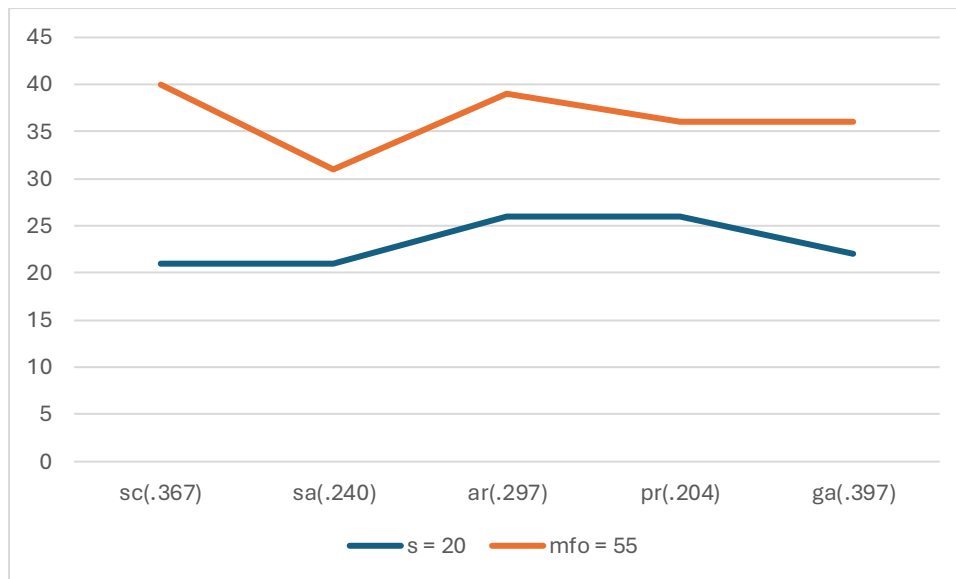


Abbildung 3: Vergleich Faktorenausprägung selbst (s) vs. Eltern (mfo) (mean %(max))

Schwierigkeiten/Diagnosegruppen (ICD-10)

In Verbindung mit der Diagnose zeigen sich typische Muster der Faktorenausprägungen: z.B.: sa bei F2 hoch, bei F4 und F9 niedrig; ar bei F9 hoch, bei F5 niedrig.

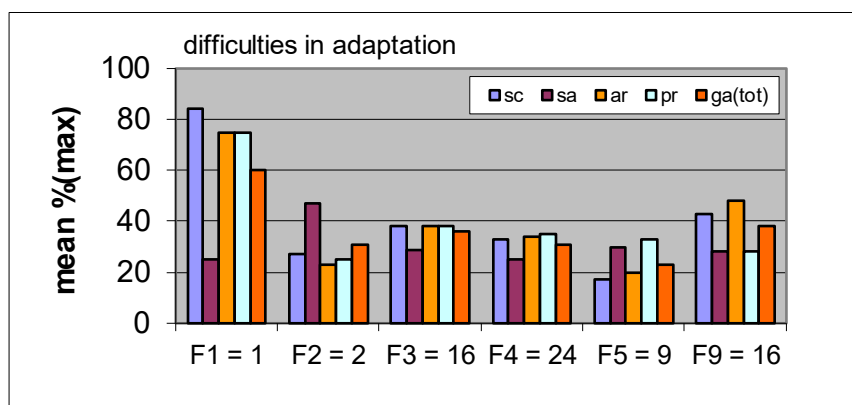


Abbildung 4; Faktorenausprägungen bei ICD10-F Gruppen

Fazit:

Die Beurteilung durch den Psychiater muss durch die Einschätzung von Patienten und Eltern ergänzt werden. Die vorgestellte Skala ermöglicht eine schnelle quantitative Erfassung der sozialen Probleme eines Patienten und ist somit für den klinischen Alltag geeignet.