

# Psychosomatik und funktionelle Störungen

Phaedra M. D. Lehmann, Daniel Marti

## Übersicht

Einleitung	295
Klinik	296
Psychopathophysiologie und ätiologische Modelle	300
Diagnostik und Vorgehen	302
Therapie	305
Fazit	307

## Einleitung

Körperliche Symptome und Beschwerden, die nicht ausreichend durch bekannte somatische Krankheiten oder pathophysiologische Mechanismen erklärt werden können, sind bei Kindern und Jugendlichen häufig [1,2]. Zur großen Mehrheit werden diese Patienten von Kinderärzten oder Allgemeinpraktikern gesehen. Sie stellen sowohl für den Kinder- und Jugendarzt als auch für den Kinder- und Jugendpsychiater eine besondere diagnostische und therapeutische Herausforderung dar.

### Alte Definitionen

Symptome ohne messbare pathologische Befunde wurden in der somatischen Medizin als funktionelle Störungen (wie z. B. Fibromyalgie, Colon irritabile, chronisches Müdigkeitssyndrom) diagnostisch beschrieben. Als psychosomatische Störungen wurden körperliche Beschwerden bezeichnet, für die eine psychische Ursache angenommen wird und die nicht oder nicht ausreichend durch nachweisbare physiopathologische Befunde erklärt werden können [3]. Diese zwei diagnostischen Systeme entsprechen sich nicht direkt [4], vor allem bezüglich der Ätiologie, d. h. der unterschiedlichen Gewichtung somatischer oder psychischer Faktoren. Für die Klinik hat sich diese diagnostisch-konzeptuelle Trennung nicht bewährt.

### Neue Definitionen

Heutzutage werden die meisten funktionellen Störungen und die psychosomatischen Störungen unter den psychiatrischen Diagnosen des Klassifikationssystems ICD-10 [5] und in der amerikanischen Klassifikation DSM-IV-TR [6] entweder als somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Essstörungen oder im Rahmen einer primären psychischen Störung (z. B. depressive Episoden, Angststörungen) diagnostisch erfasst.

Funktionelle und psychosomatische Störungen können als körperliche Symptome ohne messbare pathologische Befunde oder als medizinisch nicht erklärbares Symptome (Medically unexplained Symptoms, „MUS“) bezeichnet werden. Sie formen eine phänomenologisch und klinisch sehr heterogene Gruppe unterschiedlichster somatischer Beschwerdebilder, für die keine ausreichenden Belege einer organischen Pathologie gefunden werden können und psychosoziale Faktoren als mögliche Ursachen angenommen werden. Mehrdimensionale Erklärungsmodelle mit unterschiedlicher Beteiligung neurobiologischer, genetischer, psychosozialer und psychologischer Mechanismen haben sich sowohl für das bessere Verständnis der Entstehung und der Aufrechterhaltung der Symptomatik als auch für die Planung therapeutischer Ansätze bewährt. Bei Kindern und Jugendlichen spielen auch psychische, kognitive und somatische Entwicklungsprozesse eine wichtige Rolle.

### Beispiele psychosomatischer Beschwerden

- Bauch- und Kopfschmerzen (rezidivierend)
- Gelenk- und Rückenschmerzen
- Müdigkeit, Schwindel, Übelkeit
- Schwächeanfälle, synkopale Episoden
- Lähmungen, Gangstörungen
- Schwerhörigkeit
- Stimmbänder-Dysfunktion (Vocal Cord Dysfunction)

Im Folgenden wird für alle diese Symptome und Krankheitsbilder der Begriff psychosomatische Beschwerden benutzt. Psychosomatisch wird hier nicht als die Ursache definierend, sondern als ganzheitlicher Begriff ohne Trennung von Psyche und Soma verstanden.

**Merke:** Für Verständnis, Diagnostik und Therapie psychosomatischer Störungen haben sich mehrdimensionale Erklärungsmodelle bewährt, die genetische, neurobiologische, psychologische und psychosoziale Mechanismen berücksichtigen.

## Klinik

Typische psychosomatische Beschwerdebilder im Kindes- und Jugendalter sind Bauch- und Kopfschmerzen, Schmerzen des Bewegungsapparates („Wachstumsbeschwerden“), Müdigkeit, Schwindel sowie seltener pseudoneurologische Symptome wie Sensibilitätsstörungen, Gangstörungen und Bewusstseinsveränderungen.

**Merke:** Auffallend ist oft die Diskrepanz zwischen den angegebenen häufig intensiven Beschwerden und der fehlenden somatischen Pathologie beziehungsweise Pathophysiologie [7].

Die Intensität des subjektiven Leidens des Kindes und der Familie sowie das Ausmaß der Beeinträchtigung und die Häufigkeit der Beschwerden variieren sehr stark. Ein Großteil der Beschwerden verschwindet von allein oder nach einer einzelnen kinderärztlichen Konsultation. Nicht selten wiederholen sich Episoden psychosomatischer Beschwerden mit wechselnder Symptomatik, wodurch das Risiko einer Chronifizierung steigt. Bis ins Alter von ca. 12 Jahren sind die Beschwerden meistens monosymptomatisch. Ab dem Eintritt ins Jugendalter treten vermehrt polysymptomatische Beschwerden auf [1]. Trotzdem wird der Kinder- und Jugendarzt häufig wegen einem einzelnen Symptom konsultiert.

Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung [8], die mit nachteiligen Konsequenzen einhergeht, wie Schulproblemen und -absentismus und erhöhter Inanspruchnahme medizinischer Dienste mit unnötigen diagnostischen Abklärungen und nicht indizierten Therapien. Dadurch entstehen hohe Kosten und nicht selten auch iatrogene Schädigungen. Dazu kommen eine konflikthafte Arzt-Patienten-Beziehung, eine hohe Patientenunzufriedenheit und psychosoziale Einschränkungen.

**Das hohe Chronifizierungsrisiko** psychosomatischer Beschwerden hängt mit einem grundlegenden Problem der Schulmedizin zusammen: der konzeptuellen

### Fallbeispiel: einfache Symptomatik

- **Problematik:** Der 9-jährige Junge B. kommt mit seiner Mutter notfallmäßig zu seinem Kinderarzt. B. habe seit dem Vorabend starke Bauchschmerzen, habe nichts gegessen und in der Nacht kaum geschlafen. Kein Fieber.
- **Vorgeschichte:** Außer häufigen Mittelohrentzündungen unauffällige Entwicklung. Mittelguter Schüler, sozial gut integriert, viele sportliche Aktivitäten. Manchmal Leistungsdruck in der Schule wegen Mathematik. B. lebt mit seinen leiblichen Eltern, keine Geschwister. Beide Eltern sind berufstätig. Über Mittag isst B. bei der Groß-

mutter mütterlicherseits, nachmittags und abends ist er zu Hause.

- **Behandlung:** Die Schmerzen haben schon auf dem Weg zum Kinderarzt etwas nachgelassen. Ausschluss einer Appendizitis und einer Gastroenteritis nach klinischer Untersuchung und Labor. Der Kinderarzt kennt B. seit seiner Geburt und es besteht eine vertrauensvolle Patient-Arzt-Beziehung. Er erklärt der Mutter und B. verständlich sein Vorgehen und die Untersuchungsergebnisse und erläutert mögliche Zusammenhänge von Stress und

Schmerz. B. hätte heute eine Mathematikprüfung schreiben müssen. Die Mutter berichtet, dass sie Angst habe, da der Großvater mütterlicherseits vor ca. 3 Monaten an Darmkrebs verstorben sei. Der Kinderarzt nimmt diese Ängste ernst und betont, dass bei B. keine Zeichen einer lebensbedrohlichen Krankheit bestehen. Beim Kontrolltermin eine Woche später berichtet B., dass die Symptomatik am gleichen Tag verschwunden sei. B. habe jetzt auch Unterstützung in Mathematik durch einen Nachbarjungen.

### Fallbeispiel: chronische Symptomatik

- **Problematik:** Die 14<sup>1/2</sup>-jährige Jugendliche S. wird wegen Migräne mit und ohne Aura sowie Spannungskopfschmerzen bei Verdacht auf eine psychosomatische Komponente auf die Psychosomatisch-Psychiatrische Therapiestation zugewiesen.
- **Vorgeschichte:** Die Entwicklung wird als unauffällig beschrieben. S. sei eine gute Schülerin, geduldig, freundlich, selbständig, sehr hilfsbereit und dementsprechend beliebt. Im Alter von 8 Jahren litt sie über mehrere Monate an rezidivierenden Bauchschmerzen. Eine gastroenterologische Abklärung ergab keine pathologischen Befunde. Bei Übertritt in die Oberstufe schleicher Beginn der Kopfschmerzen begleitet von Übelkeit ohne Erbrechen, Müdigkeit, Lärm- und Lichtempfindlichkeit. Erste Abklärungen durch den Hausarzt, der eine medikamentöse Akutbehandlung (Paracetamol, Mefenacid) verschreibt und S. ermuntert, den Schulbesuch nicht zu unterbrechen. Die Eltern kontaktieren daraufhin einen Kinderneurologen. Bei zusätzlich nächtlichem Erwachen wegen der Schmerzen wird eine Bildgebung durchgeführt, die einen Normalbefund zeigt. Diagnose einer Migräne mit Spannungskopfschmerzen. Physiotherapie, Schmerztagbuch, Akutbehandlung mit Zomig nasal. Zusätzlich Kinesiologie. Bei fehlender Besserung und immer längeren Schulabsenzen, Behandlungsversuch mit Botoxinjektionen. Mit der Zeit bedrückte Stimmung und Abbruch der Freizeitbeschäftigungen. S. ist verzweifelt und hat ständige Angst vor neuen Anfällen. Die Empfehlung einer stationären psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung wird von der Familie zuerst zurückgewiesen. Wegen der schulischen Unterstützungsmöglichkeiten und der Zusicherung einer Zusammenarbeit mit dem Neurologen können sie den Vorschlag annehmen. Auf Drängen der Familie Beginn einer Prophylaxe mit Topamax.
- **Familienanamnese:** S. lebt mit ihrer 6 Jahre älteren Schwester A. und ihren leiblichen Eltern. Die Mutter sei seit 2 Jahren wieder berufstätig und für das Einkommen der Familie zuständig. Vor 6 Jahren Diagnose einer Rheumatoiden Arthritis, die medikamentös behandelt wird. In ihrer Jugend habe sie an Migräneattacken gelitten und sei gezwungen worden, die Schule trotzdem zu besuchen. Der Vater sei seit 2 Jahren Familienmann. Er sei seit 6 Jahren, nach einem Unfall, krankheitshalber arbeitslos. Er habe an Depressionen gelitten. Aktuell leide er noch an einem diffusen Schmerzsyndrom und gelegentlich an Kopfschmerzen. Die Schwester A. habe vor ca. 2 Jahren eine Lehre begonnen. Im Jugendalter starke Migräneanfälle. Die Eltern beschreiben ihre Familie als sehr harmonisch, Konflikte gebe es keine. Mit S. habe es nie Schwierigkeiten gegeben. Sie sei vernünftig, reif und verständnisvoll. Migräne sei in der Familie vererbt. Bei S. sei dies besonders stark ausgeprägt. Sie hätten noch nicht die richtige Behandlung gefunden.
- **Stationäre Behandlung und Verlauf:** S. ist nach der ersten Woche ihres Aufenthalts – zu ihrem Erstaunen – symptomfrei. Kurze Kopfschmerzepisoden kann sie selbst mithilfe eines Entspannungsverfahrens „kontrollieren“. Anfänglich wird dies von ihr und der Familie auf die Behandlung mit Topamax zurückgeführt. In ihrer Einzeltherapie kann S. Themen wie Individuations- und Ablösungswünsche ansprechen. Sie hat Schuldgefühle, weil sie außerhalb der Familie symptomfrei ist. Mit der Unterstützung der Lehrer kann sie den verpassten Schulstoff aufarbeiten und den Eintritt in eine neue Schule organisieren. In den Familiengesprächen kann sie sehr vorsichtig und zögernd ihre Sorgen um die Gesundheit der Eltern verbalisieren. Topamax kann nach 2 Gesprächen zusammen mit dem Neurologen ausgeschlichen werden. S. beginnt depressive Affekte und Ängste wahrzunehmen. Sie wünscht eine ambulante Psychotherapie. Auf Wunsch der Eltern werden Kontrolltermine beim Kinderneurologen vereinbart. S. konnte trotz ihrer weiterhin bestehenden Ängste nach Hause zurückkehren und das Schuljahr erfolgreich beenden.

Trennung von Körper und Psyche. Krankheit wird entweder als ein somatopathologisches oder als ein psychopathologisches Geschehen verstanden. Die somatische Medizin ist für den Körper, die Psychiatrie und Psychologie für den Bereich der Psyche zuständig.

Daraus resultiert eine Reihe von Problemen:

- Für den Somatiker besteht die Schwierigkeit, dass eine organische Ursache oft nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann und eine Unsicherheit bestehen bleibt. Dies kann zu immer weiteren diagnostischen Maßnahmen führen und zu unklaren körperlichen Befunden, welche die Unsicherheit zusätzlich verstärken.

- Sind für ein körperliches Leiden keine organischen Ursachen nachweisbar, werden psychosoziale Faktoren als ursächlich angesehen, die sich in larvierter Form als Körpersymptom manifestieren. Häufig wird daher das kranke Kind mit seiner Familie vom Kinderarzt an einen Kinderpsychologen oder -psychiater verwiesen. Dadurch wird kommuniziert, dass das Beschwerdebild als psychische Störung zu verstehen und zu behandeln ist. Durch diese Überweisung fühlen sich die Patienten und ihre Familien unverstanden und nicht ernst genommen. Häufig kommt es zu Ärztechseln und weiteren Untersuchungen bei neuen Spezialisten. Dementsprechend steigt das Risiko, dass sich die Symptomatik aggregiert und chronifiziert.

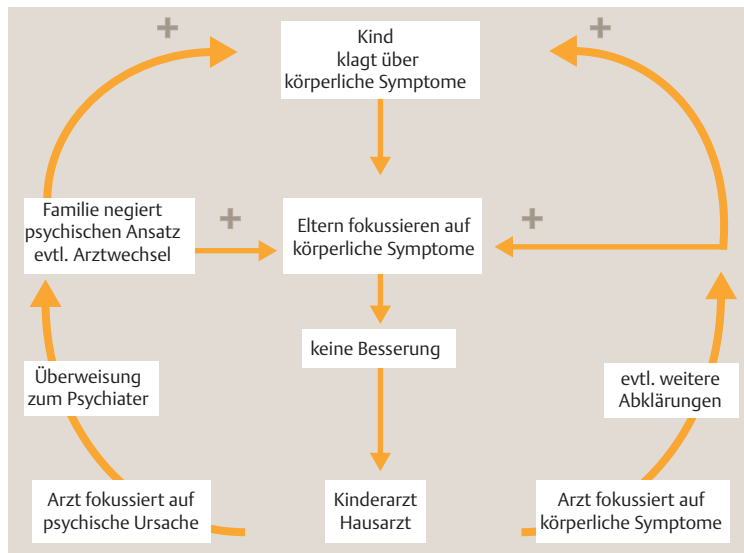


Abb. 1 Typische Abläufe psychosomatischer Störungen.

- Die Mehrheit der an psychosomatischen Beschwerden leidenden Kinder und ihre Familien haben ein somatogenes Krankheitskonzept. Es fällt ihnen daher schwer zu akzeptieren, dass keine organischen Ursachen vorhanden sind. Weil die Angst vor einer ernsthaften organischen Erkrankung sehr groß ist, kommt es zu weiteren Forderungen spezialisierter medizinischer Abklärungen (Abb. 1). Psychische Probleme werden oft verneint. Einerseits, weil sie Angst auslösen, andererseits, weil sie oft nicht bewusst wahrgenommen oder verdrängt werden. Diese Familien zeigen sich blind für Beziehungsschwierigkeiten und innerpsychische Konflikte [4]. Ein weiterer Aspekt ist, dass in der westlichen Kultur nur Leiden, welche durch eine körperliche Pathologie erklärt werden können, als „legitime“ Krankheiten gelten. Eine psychische Ursache wird oft mit Selbstverschulden oder unwirklichen, eingebildeten Symptomen gleichgesetzt.

### Klassifikation

Die Mehrheit funktioneller und psychosomatischer Beschwerden werden unter den psychiatrischen Diagnosen der International Classification of Diseases (ICD-10) der WHO und der amerikanischen Klassifikation Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR) klassifiziert. Beide Systeme sind beschreibend und orientieren sich nicht an der Genese der Störungen. Die Begriffe „funktionelle Störungen“ und „funktionelle Syndrome“, die in der inneren Medizin entwickelt wurden, kommen in den Klassifikationen nicht mehr vor. Auch hier zeigt sich die

Schwierigkeit, die durch die konzeptuelle Trennung von Körper und Seele entsteht. Eigentlich ist es weder eine rein psychiatrische noch eine rein somatische Diagnose. Im deutschen Sprachbereich wird klinisch vorwiegend die ICD-10 verwendet (Tab. 1). Psychosomatische Störungen können unterteilt werden in somatoforme Störungen und dissoziative Störungen.

#### ■ Somatoforme Störungen (ICD-10 F45)

Diese sind charakterisiert durch eine „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse“ [5] (Tab. 1). Bei Vorhandensein körperlicher pathologischer Befunde erklären diese nicht die Art und das Ausmaß des Leidens sowie die innerliche Beteiligung des Patienten oder die damit verbundene soziale Behinderung. Eine Komorbidität mit Depression oder Angststörungen ist häufig. Es besteht mehrheitlich ein somatogenes Krankheitsverständnis, und die Möglichkeit einer psychischen Ursache wird meistens nicht akzeptiert. Es werden 6 Subgruppen unterschieden. Bei Kindern und Jugendlichen kommen die Schmerzstörungen am häufigsten vor. Sie sind meistens weniger fluktuierend als bei Erwachsenen.

**Merke:** Hypochondrische Störungen, d. h. Angst, an einer schweren Krankheit zu leiden, sind bei Kindern und Jugendlichen selten.

#### ■ Dissoziative Störungen (ICD-10 F44)

Diese auch Konversionsstörungen genannten Phänomene sind charakterisiert durch den „teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration, die sich auf Erinnerungen an die Vergangenheit, Identitätsbewusstsein und unmittelbare Empfindungen sowie auf die Kontrolle von Körperbewegungen bezieht“ [5]. Die körperlichen Symptome sind vor allem Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen sowie Krampfanfälle (früher bezeichnet als hysterische Anfälle). Aufgrund der Art der Symptomatik werden sie auch als pseudoneurologische Störungen bezeichnet. Das Auftreten dieser Störung kann häufig im Zusammenhang mit einer belastenden und für das Kind oder Jugendlichen unlösbaren psychosozialen Konfliktsituation gesehen werden, also im Verlauf einer akuten oder chronischen Traumatisierung. Die Symptomatik kann dementsprechend langsam oder plötzlich beginnen und enden. Im Kindes- und Jugendalter ist die kategoriale diagnostische Zuordnung psychosomatischer Beschwerden nach ICD-10 oder DSM-IV häufig nicht möglich, da meistens das Vollbild einer Somatisierungsstörung (vor allem die Störungsdauer) nicht erreicht wird.

Tabelle 1

## Klassifikation psychosomatischer Störungen nach ICD-10.

**F 44 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)**

F 44.0 dissoziative Amnesie

F 44.1 dissoziative Fugue

F 44.2 dissoziativer Stupor

F 44.3 Trance und Besessenheitszustände

F 44.4 dissoziative Bewegungsstörungen

F 44.5 dissoziative Krampfanfälle

F 44.6 dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen

**F 45 Somatoforme Störungen**

F 45.0 Somatisierungsstörungen: Dauer der Störung mindestens 2 Jahre

F 45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörungen: wie in F45.0, aber klinisches Bild unvollständig und untypisch

F 45.2 hypochondrische Störung: Vorstellung, an einer bestimmten schweren Krankheit zu leiden

F 45.3 somatoforme autonome Funktionsstörung

F 45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung

F 45.8 sonstige somatoforme Störungen

F 45.9 nicht näher bezeichnete somatoforme Störung

**F 48.0 Neurasthenie (Chronic Fatigue Syndrome „CFS“; früher: chronisches Ermüdungssyndrom)****F 50 Essstörungen**

F 50.0 Anorexia nervosa

F 50.1 Bulimia nervosa

**Merke:** Vermutlich sind die diagnostischen Kriterien für das Kindes- und Jugendalter unzureichend spezifisch [9].

**Differenzialdiagnosen**

Psychosomatische Beschwerden können auch im Rahmen primärer psychiatrischer Störungen auftreten und diagnostiziert werden; am häufigsten bei

- Depressionen,
- Angststörungen,
- posttraumatischen Belastungsstörungen.

Differenzialdiagnostisch müssen die Beschwerden, je nach Symptomatik, von unterschiedlichen somatischen Prozessen abgegrenzt werden.

Zusätzlich muss an Simulation und artifizielle Störung (oder „Münchhausen-Syndrom“) gedacht werden.

*Simulation* ist die absichtliche Produktion oder das Vortäuschen von Symptomen mit einer konkreten Intention, z. B. Befreiung vom Schulbesuch. Bei der *artifiziellen Störung* werden Symptome absichtlich produziert oder vorgetäuscht, damit eine Patientenrolle eingenommen werden kann und medizinische Hilfe erhalten wird. Bei Kindern und Jugendlichen muss auch an das „Münchhausen-by-proxy“-Syndrom gedacht werden, hierbei werden die Symptome durch die Bezugsperson produziert, d. h. das Kind wird durch die Bezugsperson geschädigt.

**Differenzialdiagnosen**

- somatische Prozesse,
- primäre psychiatrische Störungen,
- Simulation,
- artifizielle Störung (Münchhausen-Syndrom und Münchhausen-by-proxy-Syndrom)

**Epidemiologie**

Literaturübersichten weisen darauf hin, dass körperliche Symptome ohne pathologische Befunde – vor allem Schmerzen – in der medizinischen Primärversorgung auch bei Kindern und Jugendlichen häufig vorkommen [10]. Es dominieren vor allem Kopf- und Bauchschmerzen, Übelkeit, Muskel- und Gliederschmerzen, Rückenschmerzen sowie Müdigkeit und Erschöpfung [8,10].

## Epidemiologie

In einer Untersuchung [11] von 1997 bei 10000 Schulkindern und Jugendlichen im Alter zwischen 2–17 Jahren aus 5 nordeuropäischen Ländern zeigte sich, dass 18% der 2–6-Jährigen, 25% der 7–12-Jährigen und 31% der 13–17-Jährigen an mindestens einer psychosomatischen Beschwerde (Bauch-, Kopf- und Rückenschmerzen, Ein- und Durchschlafstörungen, Schwindel oder Appetitlosigkeit) wöchentlich oder einmal in 2 Wochen litt. Bauch- und Kopfschmerzen waren die häufigsten Beschwerden. Mädchen waren etwas häufiger betroffen als Jungen. Die Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe von 14–24-Jährigen in der Bundesrepublik Deutschland ergab für klinisch signifikante Somatisie-

rungssyndrome und undifferenzierte somatoforme oder dissoziative Syndrome eine Prävalenzrate von 12,6%. Hingegen war die Prävalenzrate somatoformer Störungen nach DSM-IV Kriterien nur 2,7% [12]. Diese niedrige Prävalenzrate somatoformer Störungen im engeren Sinne kann durch die für das Kinder- und Jugendalter unzureichend spezifischen Diagnosekriterien erklärt werden. Retrospektive Studien bei Erwachsenen, die an einer somatoformen Störung leiden, berichten sehr oft über einen Störungsbeginn vor dem 20. Lebensjahr [8, 4]. Ab dem Jugendalter sind weibliche Jugendliche deutlich häufiger betroffen als männliche Jugendliche und die Anzahl der Symptome nimmt zu [1, 13].

## Psychopathophysiologie und ätiologische Modelle

### Regelkreise

Die Erfassung der Ätiologie psychosomatischer Beschwerden verlangt eine Integration neurobiologischer und psychosozialer Aspekte [14]. In den letzten zwanzig Jahren konnten vermehrt neuro-psycho-physiologische Mechanismen nachgewiesen werden, welche die psychische und körperliche Gesundheit des Menschen beeinflussen. Die Interaktionen zwischen Umwelt, Körper, Gehirn und Psyche bilden Regelkreise [8], die sowohl psychosomatischer als auch somato-psychischer Natur sind [14] (Abb. 2).

Zum Beispiel löst eine starke psychische oder physische Belastung (Stress) über das zentrale und autonome Nervensystem kardiovaskuläre, hormonelle und immunologische Reaktionen aus, die wiederum die Emotionen, das Denken und das Verhalten beeinflussen. Durch das Denken und Handeln (Copingstrategien) wird wiederum die Belastung selbst oder zumindest das Erleben der Belastung beeinflusst. Es wird daher davon ausgegangen, dass mehrere sehr unterschiedliche neurobiologische und psychosoziale Faktoren für Ätiologie, Entstehung und Verlauf psychosomatischer Beschwerden einen Einfluss haben. Im Folgenden werden einige dieser Faktoren kurz dargestellt.

### Prädisponierende neurobiologische Faktoren

**Genetische Disposition:** Bei psychosomatischen Beschwerden wird eine vererbte Vulnerabilität angenommen. Z. B. zeigen diverse Studien eine genetische Prädisposition für rezidivierende Bauchschmerzen [15], Müdigkeit [16], Angststörungen und Depressionen [17,18].

**Frühe Lebenserfahrungen:** Frühe Stressbelastung und Traumatisierungen (z. B. Verlust der Bezugsperson) können zu einer erworbenen neurobiologischen Vulnerabilität führen. An neugeborenen Ratten konnte gezeigt werden, wie frühe Vernachlässigung zu Veränderungen der Genexpression von Neuropeptiden führt. Dies wiederum verändert den Regelkreis der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse mit erhöhter Ausschüttung von Glukokortikoiden

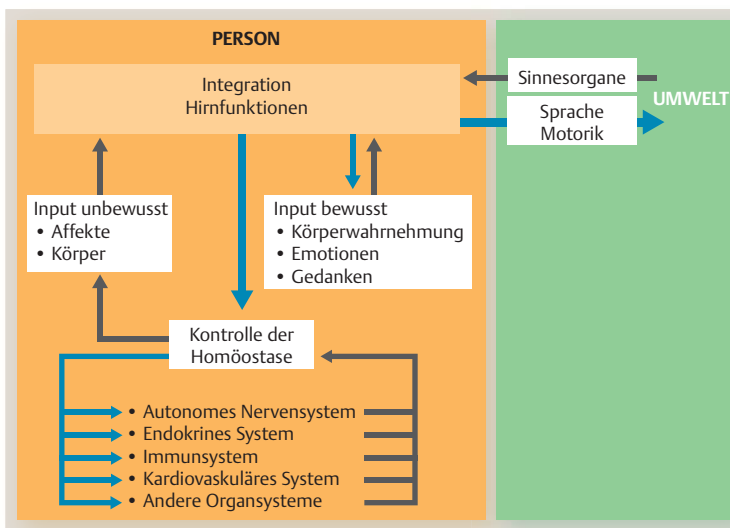


Abb. 2 Beispiele für bio-psycho-soziale Regelkreise.



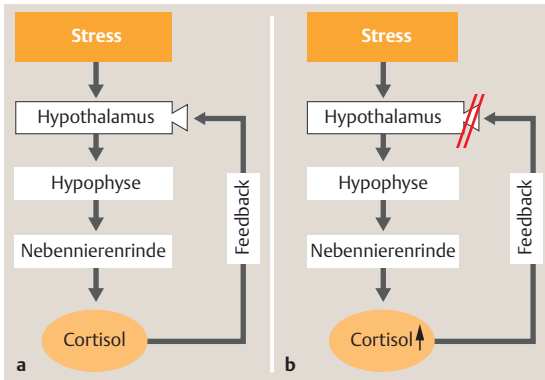


Abb. 3 **a** Bei Stress wird über die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse Cortisol in das Blut ausgeschüttet. Über die hypothalamischen Glykocortikoid-Rezeptoren kommt es durch negatives Feedback zur Normalisierung des Cortisolspiegels. **b** Bei früh vernachlässigten Ratten gibt es weniger Glykocortikoid-Rezeptoren im Hypothalamus. Die Regulierung der Cortisolausschüttung bei Stress ist dadurch unvollkommen, der Cortisolspiegel bleibt hoch.

(Abb. 3). Früh vernachlässigte Tiere zeigten auch später eine besondere Stressempfindlichkeit [19].

## Prädisponierende psychosoziale Faktoren

In seiner Entwicklung lernt das Kind mithilfe seiner Eltern, Gefühle und körperliches Empfinden differenziert wahrzunehmen und zu benennen. Über Interaktion und Identifikation mit den Eltern lernt das Kind ein Krankheitsverständnis und -verhalten. Es wird angenommen, dass familiäre Interaktionen und Modelllernen die Entwicklung psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen begünstigen [20, 21] (Abb. 4). Konflikte und unangenehme Gefühle werden vermieden und drücken sich über ein körperliches Leiden aus (*Somatisierung*). Dem körperlichen Symptom wird mehr Aufmerksamkeit geschenkt als den dahinter stehenden Emotionen. Das Kind macht die Erfahrung, dass es mehr Beachtung und Zuwendung bekommt, wenn es krank ist. Kinder von Müttern, die an einer Somatisierungsstörung leiden, zeigen ein erhöhtes Risiko, selbst eine solche Störung zu entwickeln [22]. Diese Mütter reagieren auf das Kranksein ihrer Kinder mit einer deutlich erhöhten Aufmerksamkeit [23].

**Merke:** Nicht selten zeigen sich auch überbehütende, kontrollierende und die Unabhängigkeit des Kindes hemmende Haltungen der Eltern gegenüber dem Kind [24].

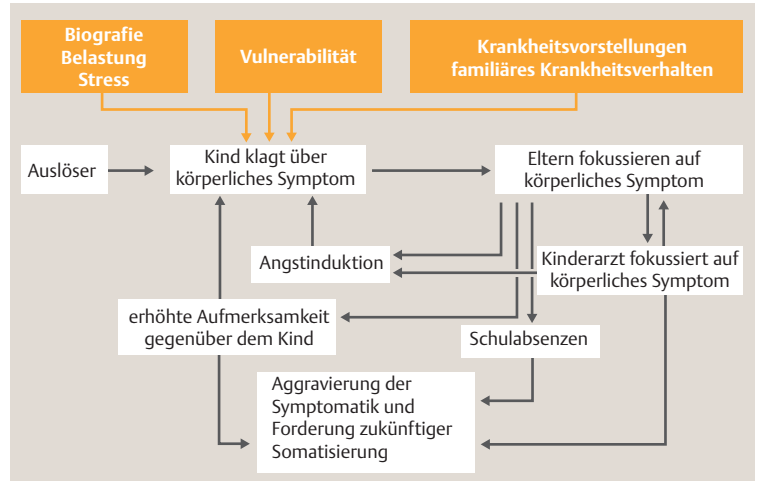


Abb. 4 Einfaches Modell der Pathogenese einer Somatisierungsstörung.

Chronische psychosoziale Belastungen oder Stressoren haben eine Auswirkung auf die Entwicklung und Funktion des Gehirns. Wenn das Kind sich diesen Stressoren gegenüber hilflos ausgeliefert fühlt und nur wenig sicherheitgebende Unterstützung erhält, kann dies auf Dauer zur emotionalen Verunsicherung, psychischen Problemen und psychosomatischen Beschwerden führen [25].

- **Familiäre Belastungen**, die bei psychosomatischen Beschwerden vermehrt vorkommen, sind psychiatrische und somatische Krankheiten der Eltern, Paarkonflikte, Trennung der Eltern, konflikthafte Eltern-Kind-Beziehungen [21], Arbeitslosigkeit und finanzielle Schwierigkeiten. Weitere Belastungen sind Probleme in der Schule, der Peergroup (z. B. Mobbing) und soziale Isolation. Extreme Belastungen sind physische und psychische Misshandlungen und Vernachlässigung.
- **Kindliche Faktoren** sind frühere Krankheitserfahrungen oder chronische Krankheit, die zu erhöhter Aufmerksamkeit und Überbehütung führten. Diese Kinder haben wenig Gelegenheit, ihre Kompetenzen zu üben und erleben sich oft als hilflos und wenig selbstwirksam. Angststörungen, insbesondere Trennungängste sowie andere psychiatrische Erkrankungen des Kindes erhöhen die Wahrscheinlichkeit psychosomatischer Beschwerden. Eine wichtige Rolle spielt die Fähigkeit des Kindes oder Jugendlichen, Emotionen und Gefühle wahrzunehmen, begrifflich zu fassen und auszudrücken. Das Fehlen dieser Fähigkeit (*Alexithymie*) wird oft mit psychosomatischen Beschwerden in Verbindung gebracht.

## Auslösende Faktoren

Auslöser kann jegliches Ereignis oder Erlebnis sein, welches zu Bedrängnis, Not oder Verzweiflung führt. Jeder Mensch reagiert unterschiedlich auf verschiedene Belastungen oder Stress. Die individuelle Reaktion auf Stress hängt sehr von der neurobiologischen und psychischen Vulnerabilität (vererbt und erworben) ab. Stress löst biochemische, physiologische und psychische Reaktionen aus, die zu subjektivem körperlichem und/oder psychischem Leiden führen [26, 14].

**Merke:** Was für den einen Menschen Stress ist, muss kein Stress für einen anderen sein.

## Aufrechterhaltende Faktoren

Alle Belastungen, die zur Entstehung der Beschwerden beitragen, begünstigen auch ihr Fortbestehen [26]. Manchmal kann der Auslöser nicht mehr eruiert werden. Andere und weniger akute Belastungen unterhalten die Symptomatik. Die oben erwähnten familiären Interaktionen fördern die Beschwerden zusätzlich. Die Belastungen und der emotionale Hintergrund werden nicht erkannt oder nicht als mögliche Ursache akzeptiert. Die Familie konzentriert sich auf das körperliche Symptom und sucht diesbezüglich Hilfe. Wenn auch der Arzt nicht auf die komplexeren Zusammenhänge eingeht und nur auf der organischen Ebene nach Ursachen sucht, kann dies die Angst vor einer bedrohlichen Krankheit und die Symptomatik verstärken.

Der primäre und sekundäre Krankheitsgewinn spielt eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung der Symptome. *Ein primärer Krankheitsgewinn* besteht, wenn ein körperliches Symptom zur Reduktion von innerpsychischen Konflikten und unangenehmen Gefühlen, z. B. Trennungsangst, führt. Die Aufmerksamkeit wird auf das Symptom gerichtet, wodurch die

## Zitat

J. C. Rüegg [14] „Die körpereigene Chemie wirkt mittels Hormonen und Neurotransmittern auf die Psyche und das Gehirn ein, aber auch die mentalen Glaubensstrukturen (Belief Structures) beeinflussen die Gesundheit des übrigen Körpers.“

Angst nicht mehr wahrgenommen wird. *Ein sekundärer Krankheitsgewinn* besteht, wenn das Kind mehr Aufmerksamkeit von den Eltern erhält und die Mutter mit dem kranken Kind zuhause bleibt. Dadurch wird die befürchtete Situation der Trennung vermieden.

**Merke:** Die Umwelt ist ein Regulator biologischer Systeme [14].

## Diagnostik und Vorgehen

Bei der Behandlung (Diagnostik und Therapie) psychosomatischer Beschwerden handelt es sich um einen Prozess, in dem der Faktor Zeit eine wichtige Rolle spielt. Schon das diagnostische Vorgehen hat bei psychosomatischen Krankheitsbildern therapeutische Konsequenzen. Eine Kurzübersicht der Behandlungsansätze gibt die blaue Infobox.

Die große Mehrheit der Patienten mit körperlichen Symptomen ohne organische pathologische Befunde wird in der medizinischen Grundversorgung gesehen. Meistens handelt es sich um akut auftretende, monosymptomatische Beschwerden mit identifizierbaren psychosozialen Belastungen, die nach einer oder wenigen Konsultationen remittieren. Komplizierter wird es bei rezidivierenden Episoden. Hier ist es wichtig, sich daran zu erinnern, dass Somatisierungen, v. a. rezidivierende Schmerzen, die häufigste Art ist, in der sich psychische Leiden bzw. Störungen bei Kindern

## Behandlungsansätze bei psychosomatischen Störungen (nach [7])

- gründliche medizinische Abklärung
- Leiden von Patient und Familie ernstnehmen
- Wirklichkeit der Symptome nicht infragestellen
- Angst reduzieren: es besteht keine lebensbedrohliche Krankheit
- zuversichtliche Haltung einnehmen
- keine voreiligen Zusammenhänge mit psychischen Faktoren herstellen
- Symptome in Kontext setzen lassen (Tagebuch, Befindlichkeitsskalen)
- Einbeziehen von Psychiater/Psychologen (nicht statt, sondern zusätzlich zum/zur Kinderarzt/-ärztin)
- Rehabilitationsansatz
- Patientenrolle nicht verstärken
- Entspannungstechniken (Progressive Muskelrelaxation, Phantasiereisen)
- möglichst keine Wechsel der Behandler
- regelmäßige Konsultationen vereinbaren
- bei assoziierten Problemen (Depression, Angst, Familien-, Schulprobleme) entsprechende psychiatrisch-psychologische Interventionen



und Jugendlichen in der medizinischen Primärvorsorge präsentieren [1].

## Probleme der somatischen Diagnostik

Rein somatisch orientierte Diagnostik kann zu Schwierigkeiten führen. Das Fehlen einer organischen Pathologie erlaubt keine sichere Zuordnung zu einer Diagnose, und dadurch wird die Planung einer zielgerichteten Therapie erschwert. Es besteht die Gefahr, dass der Arzt darauf besteht, dass „alles in Ordnung ist“ oder „nichts falsch ist“, was einer Nicht-Anerkennung des Leidens des Patienten gleichkommt. Auch die Banalisierung des Leidens ist nicht hilfreich. Genauso unfruchtbar ist es, wenn der Arzt darauf besteht, dass das Leiden rein psychischen Ursprungs ist. Solche Vorschläge führen dazu, dass sich der Patient und die Familie unverstanden fühlen. Daher ist es im diagnostischen Prozess zentral, gemeinsam die weitere Behandlung zu planen.

## Integrative Diagnostik

Ein multidimensionales, integratives Vorgehen hat sich bewährt. Von Anfang an muss auf verschiedenen Ebenen parallel gedacht werden, das heißt auf organischer, psychosozialer und interaktioneller Ebene (Abb. 5). Damit kann das komplexe Krankheitsgeschehen besser erfasst und verstanden werden. Eine Entweder-oder-Perspektive ist zu vermeiden. Viel nützlicher ist ein Sowohl-als-auch-Denken.

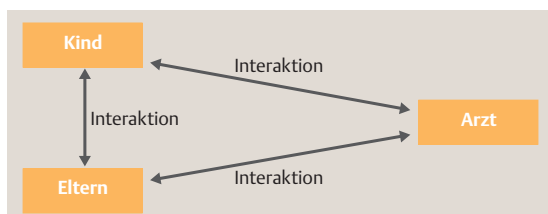


Abb. 5 Diagnostische Ebenen: kindliche Faktoren, elterliche Faktoren, ärztliche Faktoren und die 3 Interaktionsebenen.

Körperliche Erkrankungen beeinflussen die Psyche, und psychische Leiden manifestieren sich immer auch über den Körper.

**Merke:** Die Beschwerden sind der Ausdruck des subjektiven Erlebens des Patienten.

Die Beziehung des Arztes zum Patienten und seiner Familie ist ein wesentlicher Faktor sowohl für die Diagnostik als auch die Therapie. Vorerst sollten körperliche Beschwerden als solche akzeptiert werden, ohne sofort ursächliche Rückschlüsse zu ziehen. Dabei ist ein empathisches und aufmerksames Zuhören wichtig. Das klare und verständliche Erklären des diagnostischen Vorgehens und der Befunde erlaubt, das Vertrauen zu stärken. Die Art der Erklärungen und Informationen muss altersgerecht sein. Die Möglichkeit psychosomatischer Wirkungsmechanismen sollte von Anfang an erläutert werden [27]. Die Versicherung, dass keine lebensbedrohliche Krankheit feststellbar ist und dass solche Beschwerden häufig und behandelbar sind, kann zusätzlich das Arbeitsbündnis stärken. Dabei sollten keine falschen Hoffnungen geweckt [8] und von Anfang an darauf hingewiesen werden, dass eine Besserung oft nur durch einen langen und anstrengenden Prozess zu erreichen ist.

**Merke:** Körperliche Beschwerden sollten immer als solche akzeptiert werden, unabhängig von den möglichen Ätiologien.

## Praktisches Vorgehen

Eine klinisch-körperliche Untersuchung und Anamnese sowie indizierte weiterführende Abklärungen müssen immer lege artis durchgeführt werden. Hierbei gilt „so viel wie nötig, so wenig wie möglich“. Differenzialdiagnostisch müssen die sehr heterogenen Beschwerdebilder, je nach Symptomatik, von unterschiedlichen somatischen Prozessen abgegrenzt werden. Auf die Auflistung der verschiedenen somatischen Differenzialdiagnosen wird hier verzichtet. Der Verdacht einer eventuellen psychogenen Ursache darf nicht dazu führen, die medizinische Abklärung zu vernachlässigen.

**Merke:** Eine psychosomatische Störung schließt eine zusätzliche organische Erkrankung nicht aus, genauso wie eine organische Erkrankung eine psychosomatische Störung nicht ausschließt.

Die Unsicherheit, welche bei unklaren organischen Befunden bestehen bleibt, beeinflusst sowohl die Ärzte und Therapeuten als auch die Patienten und ihre Familien und kann zu immer weiteren, unnötigen bis gar schädigenden Abklärungen führen. Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit erleichtert den Umgang mit der Unsicherheit. Der direkte Austausch zwischen den Fachleuten sollte genutzt werden, um sich gemeinsam

### Beispiele für ergänzende Screeningverfahren, adaptiert nach [8, 27]

- Allgemeiner Fragebogen Verhalten (Elternbeurteilung): *Deutsche Version der Child Behavior Checklist (CBCL 4–18)*. Gute Unterscheidung zwischen klinisch-psychiatrischen Problemen und nichtklinischen Stichproben; aktuelle deutsche Normierung auf Alter und Geschlecht.
- Fragebogen zu Stärken und Schwächen: *Deutsche Version des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu; Elternbeurteilung für 4–16-Jährige; Selbstbeurteilung für 11–16-Jährige)*. Gute Unterscheidung zwischen klinisch relevanter psychischer Problematik und nicht klinischen Stichproben. Keine Deutsche Normierung, aber Validierung, gleichgute Unterscheidung wie im CBCL. Vorteil: Dauer von 5 Minuten.
- Fragebogen für spezifische psychiatrische Störungen (Selbstbeurteilungs-Fragebogen nur ältere Kinder und Jugendliche):
  - Depressive Störungen: Depressions-test für Kinder (DTK) oder Depressionsfragebogen für Kinder- und Jugendliche (DIKJ).
  - Angststörungen: *Angstfragebogen für Schüler (AFS)*.
- Somatoforme Störungen: *Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche 9–15 Jahre (GKB-KJ) und Gießener Beschwerdebogen für Erwachsene ab 16 Jahre*.

Für die aufgeführten und für weitere Screening-Fragebogen siehe URL <http://www.testzentrale.de/>; <http://www.testzentrale.ch/>; <http://www.hogrefe.at/>; Für Informationen und Download des SDQ siehe <http://www.sdqinfo.com>.

über Indikation, Sinn und Zweck weiterer Abklärungen und die Möglichkeiten des weiteren Vorgehens zu einigen. Dadurch können Veränderungen im Krankheitsverlauf, die eventuell neue Fragen aufwerfen, reflektiert und Missverständnisse geklärt werden. In gewissen Situationen kann die Durchführung einer aus somatischer Sicht nicht dringend notwendigen Untersuchung, auf die der Patient und/oder seine Familie bestehen, von Nutzen sein, um die Angstspirale zu unterbrechen.

**Neben der medizinischen Abklärung** sind eine ausführliche Anamnese der Entwicklung des Kindes, seines sozialen Umfelds und die differenzierte Familienanamnese wichtig. Dabei interessieren besonders die individuellen Verarbeitungsweisen des Patienten im Umgang mit den Beschwerden, frühere Erfahrungen mit Krankheit und Schmerzen und die durch das Leiden entstandenen Behinderungen im Alltag sowie die interaktionellen Veränderungen. Informationen über mögliche psychosoziale Belastungsfaktoren, Konflikte und symptomverstärkende Interaktionsmuster in der Familie sind für das umfassendere Verständnis essenziell und können durch das gemeinsame Erstellen eines *Genogramms* erhoben werden.

**Merke:** Die Anamnese sollte bei Jugendlichen immer auch ohne Eltern erhoben werden.

Vorbehandler und Zuweisende müssen, wenn möglich, immer direkt kontaktiert werden, um Wiederholungen zu vermeiden und den bisherigen Verlauf besser zu verstehen. Informationen zur Schule ergeben wertvolle Informationen zu Einschränkungen, Leistungsfähigkeit und sozialer Integration.

Bei der Anamneseerhebung muss nach psychischen Problemen und Verhaltensauffälligkeiten beim Kind und in der Familie gefragt werden. Im Rahmen ambulanter kinderärztlicher Konsultationen können hierfür standardisierte Screeningverfahren (Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen) orientierend angewendet werden. Je jünger das Kind, desto wichtiger ist die Fremdbeurteilung durch die Eltern. In der blauen Infobox sind Beispiele für Screening-Verfahren aufgeführt.

**Bei auffälligen Resultaten** muss eine weiterführende psychiatrische Diagnostik durchgeführt werden. Sie wird durch die freie Exploration, diagnostische Interviews und projektive Verfahren erweitert [8]. Im interdisziplinären Team wird diese Diagnostik durch den Kinderpsychiater durchgeführt.

Wie für die Diagnose einer organischen Erkrankung muss bei einer psychischen Erkrankung nach positiven Kriterien (vgl. blaue Infobox nächste Seite) gesucht werden.

**Cave:** Keines dieser Kriterien ist pathognomonisch. Das Vorhandensein dieser Kriterien heißt nicht, dass die Ursache psychisch ist [1]. Sie können alle auch bei einer organischen Pathologie vorhanden sein [29].

**Kriterien für die Diagnose somatoformer oder dissoziativer Störungen, modifiziert nach [1, 8, 9, 30, 31]**

- Vorhandensein akuter oder chronischer psychosozialer Belastungen
- traumatische Lebensereignisse mit zeitlichem Zusammenhang mit dem Auftreten der Symptomatik
- anamnestisch diagnostizierte psychiatrische Störungen
- primärer oder sekundärer Krankheitsgewinn
- Symbolgehalt oder Ausdrucksgehalt der Symptomatik
- Übernahme von Symptomen in Anlehnung an ein Modell (Familie oder soziales Umfeld)
- gehäuftes Auftreten von psychosomatischen oder psychiatrischen Erkrankungen in der Familie
- Symptom entspricht nicht anatomischen oder (neuro)physiologischen Mustern
- organische Erkrankungen am, vor oder während des Beginns der somatoformen Symptomatik z. B. chronische Krankheiten wie Diabetes, SLE
- körperliche Belastungen durch Deformitäten oder bleibende Krankheitsfolgen
- ähnliches Copingverhalten bei früheren vorangegangenen organischen Erkrankungen
- häufiger Arztwechsel (Doctor Shopping)
- manipulative Handlungen bis hin zu selbstschädigenden Handlungen

## Therapie

Es existieren nur wenige kontrollierte, prospektive Studien über die Wirksamkeit verschiedener Behandlungskonzepte und Therapien psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen. Einige wenige Studien belegen die Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze mit Einbezug der Familie bei rezidivierenden Bauchschmerzen, z. B. [32]. Richtlinien und Empfehlungen zur Therapie basieren daher zum großen Teil auf Fallbeschreibungen, deskriptiven Studien und gesammeltem Erfahrungswissen.

Generell werden *multimodale Behandlungskonzepte* empfohlen. Die Therapie muss individuell angepasst und dementsprechend die Interventionen auf den verschiedenen Ebenen unterschiedlich gewichtet werden. Die Familie muss miteinbezogen werden. Die Grundlage des therapeutischen Vorgehens ist die transparente Aufklärung des Kindes und seiner Familie über das Störungsbild und das Vorgehen.

**Merke:** Es ist wichtig, mögliche psychologische Faktoren, die Rolle von Stress- und Belastungssituationen als selbstverständlichen Teil der Überlegungen anzusprechen.

Das Symptom sollte in einem Kontext gesehen werden. Hierfür eignen sich Tagebücher über den Verlauf der Symptome und Schmerz- bzw. Befindlichkeitsskalen, die vom Patienten selbst (bei jüngeren Kindern mithilfe der Eltern) ausgefüllt werden. Symptomverstärkende oder mildernde Faktoren sowie interaktionelle Zusammenhänge müssen mit der Familie besprochen werden.

## Psychoedukative Maßnahmen

Diese Maßnahmen können Copingstrategien soweit stärken, dass der Patient und seine Familie mit der Symptomatik selbständig umgehen können. Wichtig ist vor allem das Erklären psychosomatischer Mechanismen, wie etwa die Schmerzsensitivierung, die kognitiv-emotionale Beeinflussung des Schmerzerlebens, die Interaktionen zwischen Emotion, Kognition und Verhalten bei der Schmerzregulation [33] oder auch das Symptom als ernstzunehmender Ausdruck einer psychosozialen Überforderung.

**Merke:** Kontrolltermine müssen in regelmäßigen Abständen vereinbart werden, um eine Kontinuität zu sichern.

Einfache, akut auftretende, monosymptomatische Beschwerden, die mit leicht erkennbaren psychosozialen Belastungen in Verbindung stehen (z. B. Schikanen in der Schule), können auf diese Weise häufig im ambulanten kinderärztlichen Setting erfolgreich behandelt werden.

**In komplexeren Situationen**, d. h. bei rezidivierenden Beschwerden, funktionellen Einschränkungen des Kindes oder Jugendlichen und Hinweisen für eine psychologische Problematik, sollte interdisziplinär gearbeitet werden. Psychologisch geschulte Fachpersonen oder Mitarbeiter aus anderen Bereichen, wie z. B. Physiotherapeuten und Sozialarbeiter, sollten so früh wie möglich beigezogen werden. Psychotherapeutische Hilfe muss ergänzend zur Behandlung durch den Haus- oder Kinderarzt gesehen werden. Der Haus- oder Kinderarzt vereinbart weiterhin regelmäßige Konsultationen. Dadurch können oft Exazerbationen

der Symptomatik und Notfallsituationen durch die Eskalation von Angst verhindert werden. Weitere spezialärztliche Maßnahmen und Behandlungsschritte können interdisziplinär und mit der Familie besprochen werden.

**Merke:** Der Einbezug des Psychiaters ersetzt den Somatiker nicht.

### Rehabilitative Ansätze

Rehabilitative Ansätze, wie z. B. Physiotherapie, Krankengymnastik, Psychomotorik oder Ergotherapie sind bei psychosomatischen Beschwerden sehr hilfreich. Einerseits können sekundäre Folgen, wie z. B. Fehlbelastungen und Muskelatrophien durch Schonhaltungen, verhindert werden, andererseits kann an der Körperwahrnehmung gearbeitet werden.

Die Patientenrolle des Kindes oder Jugendlichen darf nicht verstärkt werden. Vermeidungsverhalten und „Kranksein“ sollte nicht mit zusätzlicher Aufmerksamkeit und spezieller Rücksichtnahme „belohnt“ werden. Ein gemeinsam zu definierendes Ziel kann z. B. sein, dass der Patient seine alltäglichen Aktivitäten wie den Schulbesuch trotz seiner Beschwerden partiell weiterführt oder bei schon erfolgtem Unterbruch schrittweise wieder aufnimmt.

#### ■ Entspannungsverfahren

Die progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Phantasieren, Hypnose oder autogenes Training erlauben dem Patienten ein „Instrument“ zu haben, mit dem er selbst auf seine Symptomatik einwirken kann. Durch Entspannungsverfahren lernt der Patient, den eigenen Körper differenzierter zu erleben. Die Wahl des Verfahrens richtet sich nach dem Entwicklungsstand des Kindes oder Jugendlichen.

### Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze

Diese können „gesunde“ Verhaltensweisen stärken. Stressbewältigungsstrategien können erlernt werden, und dysfunktionale kognitive Krankheitsverarbeitungsmuster können moduliert werden.

### Familientherapeutische Ansätze

Diese sind bei Kindern und bei der Mehrheit der Jugendlichen unentbehrlich. Symptomverstärkende Interaktionsmuster und die Krankheitskonzepte der Familie sowie intrafamiliäre Belastungen und Konflikte müssen mit der Familie schrittweise thematisiert werden. Familiäre und individuelle Ressourcen können dadurch erkannt und gestärkt werden.

### Psychodynamische Ansätze

Diese können sowohl in der therapeutischen Arbeit mit der Familie als auch im einzeltherapeutischen Setting angewendet werden. Hier steht die Beziehung im Vordergrund. Es geht darum, dass der Patient befähigt wird, seine Gefühlswelt zu verbalisieren. Bei somatoformen Störungen zeigen die Patienten meistens große Schwierigkeiten, eigene Gefühle wahrzunehmen und zu benennen (Alexithymie); nicht selten ist dies ein familiäres Muster. Emotionen und intrapsychische Konflikte werden nicht wahrgenommen und können dadurch auch nicht erkannt und beschrieben werden. Dadurch wird z. B. Leistungsdruck „nur“ als körperliche Verspannung und eventuell als Kopfschmerzen wahrgenommen und nicht mit einem Gefühl wie Versagensangst in Verbindung gebracht. Durch das Bewusstwerden der inneren Konflikte im Verlauf der psychodynamischen Therapie werden das Selbstverständnis und dadurch die Konfliktlösungsfähigkeiten gestärkt.

### Pharmakotherapie

Die Vorteile und Nachteile einer medikamentösen Behandlung müssen sorgfältig abgewogen werden. Eine psychopharmakologische Behandlung der psychiatrischen Komorbidität oder Grunderkrankung kann als zusätzliche therapeutische Maßnahme hilfreich sein. Für die Behandlung von depressiven Störungen und Angststörungen können Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) sowie Serotonin und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) angewendet werden. Die Wirksamkeit von SSRIs und SNRIs ist für die Behandlung von Depressionen und Angststörungen im Kindes- und Jugendalter nicht gut belegt, und nur wenige sind für diese Indikation zugelassen. Bei komorbiden Schlafstörungen können Benzodiazepine, sedierende Neuroleptika oder sedierende Antidepressiva (z. B. Mirtazapin) eingesetzt werden. Bei psychosomatischen Beschwerden besteht eine erhöhte Tendenz

### Kriterien für eine stationäre Behandlung, adaptiert nach [8]

- lange Dauer der Symptomatik mit Risiko einer Chronifizierung
- schwere Einschränkungen in der sozialen Anpassung (sozialer Rückzug, Unterbrechung des Schulbesuchs)
- schwere psychiatrische Störung beim Kind oder Jugendlichen und/oder der Eltern
- akute Krisen (Suizidalität, wiederholte Exazerbation der Symptomatik)
- Vernachlässigung, körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch
- sehr enge, die Störung aufrechterhaltende, Eltern-Kind-Beziehung (Cave: kann auch z. T. störungsreaktiv begreifbar sein)
- ausgeprägtes Misstrauen gegenüber allen nicht ausschließlich somatischen Behandlungsansätzen

zur Selbstmedikation. Das Risiko eines Medikamentenmissbrauchs ist bei somatoformen Schmerzstörungen speziell hoch, vor allem für Analgetika (nicht-steroidale Analgetika und Opioide). Analgetika können bei längerfristigem Gebrauch ihrerseits Schmerzen (z. B. Aspirin: Kopfschmerzen) verursachen. Zu bedenken ist weiterhin, dass eine medikamentöse Behandlung ein rein organisches Krankheitskonzept der Betroffenen festigen kann. Falls doch notwendig, z. B. um eine akute Exazerbation der Symptomatik zu unterbrechen, sollte dies im Rahmen eines gesamthaften Behandlungskonzeptes und in Zusammenarbeit mit einem Kinderpsychiater geschehen.

### Stationäre psychiatrisch-psychosomatische Behandlung

Eine stationäre Behandlung muss bei schwerwiegenden, chronifizierten Störungen erwogen werden (vgl. blaue Infobox).

Des Weiteren müssen direkte Hilfestellungen in gewissen Situationen angeboten werden, z. B. in schwierigen schulischen Situationen durch Kontaktnahme mit der Schule.

**Soziale Entlastungsmöglichkeiten** sollten bei Vorhandensein schwerer psychosozialer Belastungen in Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern organisiert werden.

**Kindschutzmaßnahmen** sind zu erwägen, wenn der Verdacht einer Misshandlung besteht. Ein interdisziplinäres Vorgehen ist in solchen Situationen absolut notwendig.

### Fazit

Psychosomatische Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen können zu erheblichen Einschränkungen und Behinderungen der Entwicklung führen.

Der Kinderarzt und der Hausarzt haben eine wichtige Funktion für die Erkennung und Behandlung von psychosomatischen Beschwerden. Sie sind die ersten Fachpersonen, an die sich die Familie wendet. Meistens besteht eine vertrauensvolle Beziehung, die eine einmalige Chance ist, um eine Chronifizierung zu verhindern.

Ein ganzheitliches Vorgehen ist wichtig. Die Haltung der Fachpersonen – Kinderarzt und Psychiater – prägen das Krankheitsverhalten der Patienten. Die Berücksichtigung sowohl somatischer als auch psychosozialer Überlegungen erlaubt ein flexibleres Vorgehen bei der Behandlung. Die Diagnostik und Therapie kann dadurch individuell angepasst werden. Bei komplexen Situationen ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unumgänglich.

## Über die Autoren

### Phaedra Muriel Diona Lehmann Scarponi



Jahrgang 1968, Dr. med., Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Medizinstudium in Lausanne. Weiterbildung in psychoanalytischer Psychotherapie für Kinder und Jugendliche. Arbeit in der Erwachsenenpsychiatrie im Waadtland und in den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten

Fribourg und Solothurn. 2006–2008 Stationsärztin der Psychosomatisch-Psychiatrischen Therapiestation und Oberärztin in der Kardiopsychiatrie der Universitätskinderkliniken Zürich. Jetzt Assistenzärztin in der Abteilung Entwicklungspädiatrie des Kinderspitals Zürich.

### Daniel Marti



Jahrgang 1954, Dr. med., Facharzt für Kinder und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. Diplomierter Biochemiker. Weiterbildung in systemischer und psychoanalytischer Psychotherapie. Seit 1998 Leitender Arzt der Abteilung Psychosomatik und Psychiatrie der Universitäts-Kinderkliniken Zürich.

#### Korrespondenzadresse

Dr. med. Phaedra M. D. Lehmann  
Kinderspital Zürich  
Universitäts-Kinderklinik  
Steinwiesstraße 75  
8032 Zürich  
Schweiz  
Telefon: 0041-44-266-7111  
E-mail: Phaedra.Lehmann@kispi.uzh.ch

## Literatur

- 1 Campo JV, Garber J. Somatization. In: Ammerman RJ, Campo JV (Hrsg). *Handbook of Pediatric Psychology and Psychiatry*, Vol I. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1998: 137–161
- 2 Eminson D. M. Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 855–871
- 3 Adler RH, Hermann JM, Köhle K, Langewitz W, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin*. 6. Auflage. München: Urban & Fischer, 2008
- 4 Kapfhammer HP. Somatoforme Störungen. *Nervenarzt* 2007; 79: 99–117
- 5 Remschmidt H, Schmidt M, Poustka F. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber, 2001
- 6 Sass H, Wittchen H-U, Zaudig M, Houben I. *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR/Textrevison und deutsche Bearbeitung*. Göttingen: Hogrefe: 2003
- 7 Wartmann M, Marti D. Psychosomatische Störungen beim Kind. *Schwerpunkt Pädiatrie* 2002; 4: 6–9
- 8 Oelkers-Ax R. *Schmerz bei Kindern und Jugendlichen – Psychotherapeutische Verfahren*. München: Ernst Reinhardt Verlag, 2006
- 9 Fritz GK, Fritsch S, Hagino O. Somatoform disorders in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1329–1338
- 10 Campo JV, Fritsch SL. Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 1223–1235
- 11 Berntsson LT, Köhler L, Gustafsson JE. Psychosomatic complaints in schoolchildren: A nordic comparison. *Scand J Public Health* 2001; 29: 44–54
- 12 Lieb R, Mastaler M, Wittchen H-U. Gibt es somatoforme Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen? Erste epidemiologische Befunde der Untersuchung einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Verhaltenstherapie* 1998; 8: 81–93
- 13 Aro H, Paronen O, Aro S. Psychosomatic symptoms among 14–16 year old Finnish adolescents. *Social Psychiatry* 1987; 22: 171–176
- 14 Rüegg JC. *Gehirn, Psyche und Körper*. 4. Auflage. Stuttgart: Schattauer, 2007
- 15 Morris-Yates A, Talley NJ, Boyce PM, Nandurkar S, Andrews G. Evidence of a genetic contribution to functional bowel disorder. *Am J Gastroenterol* 1998; 93: 1311–1317
- 16 Fowler TA, Rice F, Thapar A, Farmer A. Relationship between disabling fatigue and depression in children: genetic study. *Br J Psychiatry* 2006; 189: 247–253
- 17 Lesch KP, Bengel D, Heils A, Sabol SZ, Greenberg BD, Petri S, Benjamin J, Müller CR, Hamer DH, Murphy DL. Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. *Science* 1996; 274: 1527–1531
- 18 Middeldorp CM, Cath DC, Van Dyck R, Boomsma DI. The comorbidity of anxiety and depression in the perspective of genetic epidemiology. A review of twin and family studies. *Psychol Med* 2005; 35: 611–624



- 19 Szyf M, Weaver IC, Champagne FA, Diorio J, Meaney MJ. Maternal programming of steroid receptor expression and phenotype through DNA methylation in the rat. *Front Neuroendocrinol* 2005; 26: 139–162
- 20 Aromaa M, Sillanpää M, Rautava P, Helenius H. Pain experience of children with headache and their families: A controlled study. *Pediatrics* 2000; 106: 270–275
- 21 Liakopoulou-Kairis M, Alifieraki T, Protagora D, Korpa T, Kondyli K, Dimosthenous E, Christopoulos G, Kovanis T. Recurrent abdominal pain and headache—psychopathology, life events and family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 115–122
- 22 Craig TK, Bialas I, Hodson S, Cox AD. Intergenerational transmission of somatization behaviour: 2. Observations of joint attention and bids for attention. *Psychol Med* 2004; 34: 199–209. Kommentar dazu: *Psychol Med* 2004; 34: 195–198
- 23 Craig TK, Cox AD, Klein K. Intergenerational transmission of somatization behaviour: a study of chronic somatizers and their children. *Psychol Med* 2002; 32: 805–816. Kommentar dazu: *Psychol Med* 2004; 34: 195–198
- 24 Siniatchkin M, Gerber WD. Die Rolle der Familie in der Entstehung neurophysiologischer Auffälligkeiten bei Kindern mit Migräne. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 2002; 51: 194–208
- 25 Rothenberger A, Hüther G. Die Bedeutung psychosozialer Belastungen im Kindesalter für die strukturelle und funktionelle Hirnreifung: Neurobiologische Grundlagen der Entwicklungspsychopathologie. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1997; 46: 623–644
- 26 Lask B, Fosson A. *Childhood Illness: The Psychosomatic Approach*. West Sussex: John Wiley & Sons, 1989
- 27 Oyama O, Paltoo C, Greengold J. Somatoform Disorders. *Am Fam Physician* 2007; 76: 1333–1338
- 28 AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Leitlinien für Diagnostik und Therapie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie/Somatoforme Störungen. [http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II\\_028.htm](http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF/II/II_028.htm)
- 29 Walker LS, Garber J, Greene JW. Somatic complaints in pediatric patients: a prospective study of the role of negative life events, child social and academic competence, and parental somatic symptoms. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 1213–1221
- 30 Goodyer I, Taylor DC. Hysteria. *Arch Dis Child* 1985; 60: 680–681
- 31 Resch F et al. *Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters*. 2. Auflage. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union, 1999
- 32 Sanders MR, Shepherd RW, Cleghorn G, Woolford H. The Treatment of Recurrent Abdominal Pain in Children: A Controlled Comparison of Cognitive-Behavioral Family Intervention and Standard Pediatric Care. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62: 306–314
- 33 Noeker M, Petermann F. Fibromyalgie: Eine körperliche Krankheit oder unspezifische psychische Störung? *Kindheit und Entwicklung* 2008; 17: 57–67

# CME-Fragen

## CME-Teilnahme

- ▶ Viel Erfolg bei Ihrer CME-Teilnahme unter <http://cme.thieme.de>
- ▶ Diese Fortbildungseinheit ist 12 Monate online für eine CME-Teilnahme verfügbar.
- ▶ Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, unter <http://cme.thieme.de/hilfe> finden Sie eine ausführliche Anleitung.

1

Die Mehrheit der an psychosomatischen Beschwerden leidenden Kinder und Jugendlichen werden

- A von spezialisierten Fachärzten gesehen.
- B von Kinder- und Jugendpsychiatern gesehen.
- C in der Schule auffällig.
- D von Kinder- und Jugendpsychologen gesehen.
- E von Kinder- und Hausärzten gesehen.

2

Psychosomatische Beschwerden

- A kommen nur bei Erwachsenen vor.
- B sind im Kindes- und Jugendalter häufig.
- C beeinflussen die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen nicht.
- D sind bei Kindern selten.
- E beginnen erst im Jugendalter.

3

Welche der folgenden Aussagen trifft zu? Die Diagnosekriterien für somatoforme Störungen der ICD-10 sind

- A für die Erfassung psychosomatischer Beschwerden im Erwachsenenalter ungeeignet.
- B für die Erfassung psychosomatischer Beschwerden nur im Kindesalter ausreichend spezifisch.
- C für die Erfassung psychosomatischer Beschwerden bei Jugendlichen am genauesten.
- D für die Erfassung psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen unzureichend spezifisch.
- E für die Erfassung psychosomatischer Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen nicht erlaubt.

4

Die Ursache psychosomatischer Beschwerden kann

- A mit physiopathologischen Mechanismen erfasst werden.
- B als mehrdimensionales Geschehen verstanden werden.
- C mit Sicherheit eruiert werden.
- D mit rein psychosozialen Belastungen erklärt werden.
- E klinisch als entweder psychisch oder rein somatisch diagnostiziert werden.

5

Was sollte bei der Behandlung psychosomatischer Beschwerden vermieden werden?

- A Eine organische Ursache sollte soweit möglich ausgeschlossen werden.
- B Vereinbarung von Kontrollterminen.
- C Die Familie von einer psychologischen Ursache überzeugen zu wollen.
- D Aufmerksam zuzuhören und das Leiden ernstzunehmen.
- E Das körperliche Leiden als solches zu akzeptieren.

# CME-Fragen

Psychosomatik und funktionelle Störungen

6

Bei Kindern und Jugendlichen sind folgende psychosomatische Beschwerden am häufigsten:

- A Bauch- und Kopfschmerzen
- B Schwerhörigkeit und Schwindel
- C dissoziative Krampfanfälle und Sensibilitätsstörungen
- D simulierte Beschwerden
- E Gelenk- und Gliederschmerzen

7

Welche der folgenden Aussagen trifft bei psychosomatischen Beschwerden *nicht* zu?

- A Sie kommen bei Kindern und Jugendlichen häufig vor.
- B Im Jugendalter sind Mädchen häufiger betroffen als Jungen.
- C Die Anzahl der Symptome nimmt im Jugendalter zu.
- D Somatoforme Störungen bei Erwachsenen zeigen sehr oft einen Störungsbeginn vor dem 20. Lebensjahr.
- E Bei Jugendlichen gibt es keine Geschlechtsunterschiede in der Häufigkeit des Auftretens psychosomatischer Beschwerden.

8

Für das Verständnis psychosomatischer Beschwerden

- A sind neurobiologische Mechanismen unwichtig.
- B müssen familiäre Interaktionen nicht beachtet werden.
- C spielen frühe Lebenserfahrungen keine Rolle.
- D kann das Wissen über frühere Krankheitserfahrungen des Kindes und der Familie hilfreich sein.
- E ist das Krankheitsverständnis der Familie und des Kindes nicht von Bedeutung.

9

Welche Aussage trifft zu? Psychosoziale Belastungen

- A haben keinen Einfluss auf die Vulnerabilität für psychosomatische Erkrankungen bei Kindern.
- B können psychosomatische Beschwerden begünstigen.
- C haben keinen Einfluss auf die Entwicklung und die Funktion des Gehirns.
- D sind in ihren Auswirkungen unabhängig von der subjektiv erlebten Selbstwirksamkeit des Kindes.
- E können von einer guten Bindung des Kindes zu seinen Eltern nicht beeinflusst werden.

10

Welche Aussage trifft für die Diagnostik psychosomatischer Beschwerden *nicht* zu?

- A Eine sorgfältige klinisch-körperliche Untersuchung und Anamnese muss durchgeführt werden.
- B Eine psychosomatische Störung schließt eine zusätzliche organische Erkrankung nicht aus.
- C Für weiterführende medizinische Abklärungen gilt: so wenig wie möglich, so viel wie nötig.
- D Die Anamnese sollte bei Jugendlichen immer auch getrennt erhoben werden.
- E Eine organische Erkrankung schließt eine psychosomatische Störung aus.