

Somatisierungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Ulrich Hagenah, Beate Herpertz-Dahlmann

Zusammenfassung

Als somatoforme Störungen werden wiederkehrende körperliche Beschwerden oder Schmerzen ohne ausreichende organische Erklärung zusammengefasst. Sie treten bei Kindern und Jugendlichen meist in Form von Kopf-, Bauch- oder Gliederschmerzen, Müdigkeit und Übelkeit auf. Probleme bei der Alltagsbewältigung (wie häufige Fehlzeiten in der Schule) sowie komorbide psychische Störungen (vor allem ängstliche und depressive Störungen) werden häufig beobachtet. Die erkrankten Kinder und Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko für ernsthafte funktionale Beeinträchtigungen und psychiatrische und somatoforme Störungen im Erwachsenenalter. Somatisierungsstörungen sind mit kostenintensiven medizinischen Untersuchungen und Behandlungen verbunden. Neben der Psychoedukation der Eltern und der

Kinder, haben sich die individuelle Psychotherapie und das soziale Kompetenztraining als effizient erwiesen. Neben psychotherapeutischen Interventionen kann ergänzend eine medikamentöse Behandlung mit Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern, insbesondere bei komorbiden ängstlichen Störungen, indiziert sein.

Schlüsselwörter: somatoforme Störung, pädiatrische Erkrankung, Psychosomatik, Angst, Therapie

Summary

Somatoform Disorders in Children and Adolescents

The term somatoform disorder describes recurrent symptoms without a known medical cause. Headaches, abdominal pains and tired-

ness are most common complaints in childhood and adolescence. Difficulties in coping with daily activities as well as comorbid psychopathology including anxiety and depressive disorders can be observed. Affected children and adolescents are at an increased risk for serious functional impairment and psychiatric and somatoform disorders in adulthood. Somatization has been associated with costly and potentially dangerous medical investigations and treatments. Besides psychoeducation of the parents and the children individual psychotherapy and social competence training have proven to be effective. If necessary, comorbid psychiatric conditions need a specific therapy. In such cases, psychopharmacologic interventions, serotonin reuptake inhibitors, have to be considered.

Key words: somatoform disorder, pediatric disease, psychosomatics, anxiety, therapy

Fast in allen Fachgebieten – insbesondere in der Allgemeinmedizin und Kinderheilkunde –, werden den Ärzten Kinder und Jugendliche vorgestellt, die unter körperlichen Beschwerden und Schmerzen leiden, für die sich trotz sorgfältiger und wiederholter Untersuchungen keine ausreichende medizinische Erklärung finden lassen. Oft besteht eine längere Vorgeschichte mit durch andere Fachkollegen veranlassten Untersuchungen oder Krankenhausaufenthalten. Die Interaktion zwischen Arzt, Eltern und Patient gestaltet sich bei diesen häufig als „funktionelle Störungen“ bezeichneten Beschwerden im Verlauf schwierig und zeitaufwendig.

Definition und Klassifikation

Körperliche Symptome und Schmerzen ohne erklärable organische Ursachen werden in der ICD-10, SGB V, sowohl unter den dissoziativen Störungen vom Körpersymptomatischen Typus (ICD-10: F 44) als auch den

somatoformen Störungen (ICD-10: F 45) klassifiziert. Körpersymptomatische dissoziative Störungen sind durch Einschränkungen oder Verlust motorischer oder sensorischer Funktionen (pseudoneurologische Symptomatik) in einem zeitlichen Zusammenhang mit Belastungen charakterisiert. Außerdem wird von den Patienten häufig eine Veränderung des Selbst- und Identitätsgefühls beschrieben.

Als gemeinsames Kennzeichen der somatoformen Störungen gilt die wiederholte Präsentation von körperlichen Krankheitssymptomen oder Schmerzen, die eine medizinische Ursache nahe legen, aber nicht oder nicht vollständig durch ein organisches Korrelat hinsichtlich des Ausmaßes an körperlichen und seelischen Funktionseinschränkungen erklärt werden können (10), möglicherweise vor dem Hintergrund einer Übersensitivität gegenüber viszerale Sensationen beziehungsweise

se deren Fehlinterpretation als Symptom einer bedrohlichen Erkrankung (39). Im Unterschied zu den dissoziativen Störungen ist für die somatoformen Syndrome im ICD-10 für das Kindes- und Jugendalter keine gesonderte Kategorie vorgesehen.

Das Auftreten von Somatisierungssymptomen wird aber bei den verschiedenen Angststörungen, insbesondere bei der emotionalen Störung des Kindesalters mit Trennungsangst als auch bei den depressiven Störungen als Kriterium aufgeführt. Außerdem können in jeder Fachdisziplin „funktionelle Beschwerden“ klassifiziert werden, etwa als Spannungskopfschmerzen, Schwindel oder Fibromyalgie.

Häufig werden diese einzelsymptomorientierten Diagnosen als leichter akzeptierbar bewertet als die jeweiligen, potenziell als Stigma erlebten psychiatrischen Diagnosen (42). Sie können aber eine Fixierung auf die Suche nach einer körperlichen Ursache verstärken und eine Chronifizierung der Beschwerden unterstützen. ▷

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Direktorin: Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann), RWTH Aachen, Universitätsklinikum

Epidemiologie

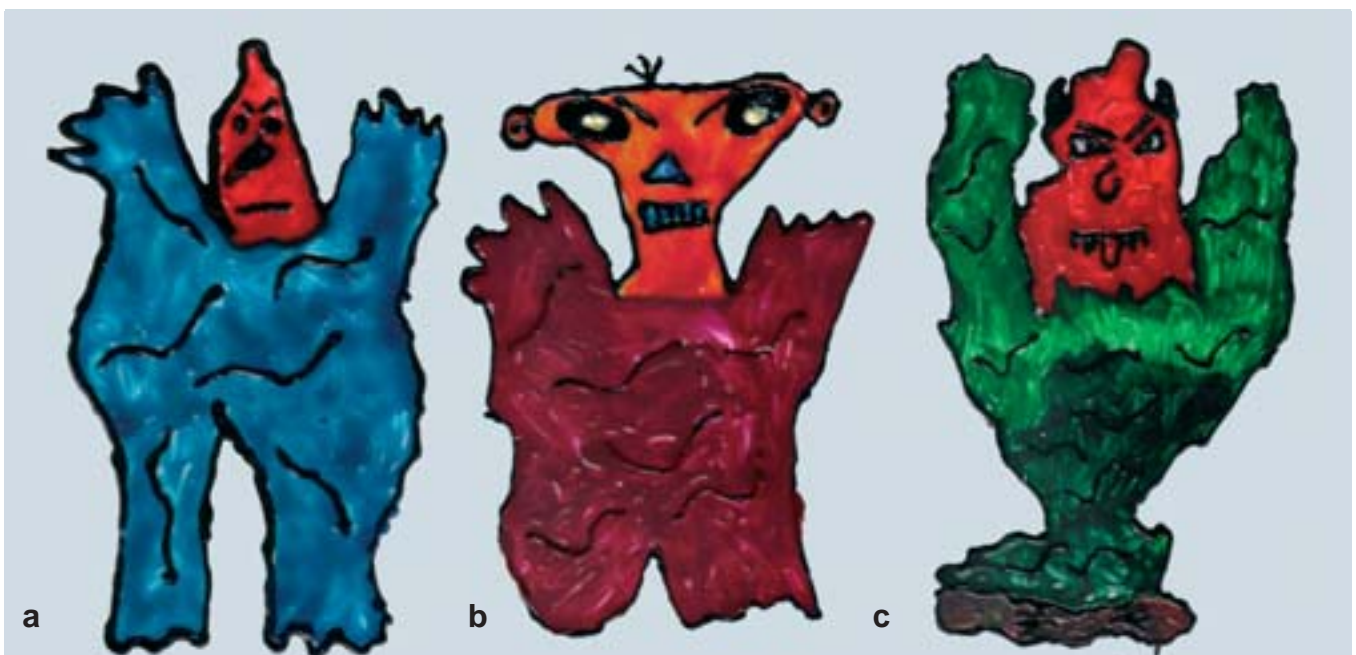
Eine genaue Beschreibung der epidemiologischen Verteilung somatoformer Störungen bei Kindern und Jugendlichen ist aufgrund mangelnder Daten zurzeit nur eingeschränkt möglich (3). Die Häufigkeit wiederkehrender körperlicher Beschwerden und Schmerzen ohne ausreichende somatische Erklärung wird auf etwa 10 Prozent geschätzt (45). Die Kriterien für eine kategoriale Zuordnung zu einer Somatisierungsstörung oder anhaltenden somatoformen Schmerzstörung werden in dieser Altersgruppe aber selten vollständig erfüllt. Eine bevölkerungsrepräsentative deutsche Stichprobe ergab bei 14- bis 24-jährigen Adoleszenten anhand der DSM-IV-Kriterien einer somatoformen Störung eine Prävalenzrate von 2,7 Prozent (32). Störungen, die nur einen Teil dieser Kriterien erfüllten, fand man in dieser Altersgruppe bei etwa 11 Prozent der Befragten. In einer weiteren repräsentativen Stichprobe berichteten fast 40 Prozent der Jugendlichen, in den letzten zwei Jahren unter mindestens einem Symptom gelitten zu haben, für das vom Arzt keine Ursache gefunden worden war und das ihr Wohlbefinden stark beeinträchtigt hatte (24).

Bei drei- bis fünfjährigen Vorschulkindern in Spanien gaben mehr als die Hälfte der Eltern mindestens ein körperliches Symptom (Müdigkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Beinschmerzen) innerhalb der letzten 14 Tage vor dem Befragungszeitpunkt an (41), 25 Prozent der Kinder hatten sogar mehr als zwei Symptome innerhalb dieser Zeit. Für Kinder im Alter von vier bis zehn Jahren berichteten Eltern anhand eines Fragebogens zumindest eine somatoforme Beschwerde bei 3,6 Prozent aller Jungen und 5,2 Prozent der Mädchen (31). Während im jungen Kindesalter rekurrende abdominale Beschwerden überwiegen und keine Geschlechterdifferenz beschrieben wird, nehmen Häufigkeit und Zahl der somatoformen Beschwerden im Jugendalter offenbar zu, wobei das häufigere Auftreten bei weiblichen Jugendlichen möglicherweise durch viszerale Sensationen im Zusammenhang mit der Menstruation erklärbar ist (5, 13, 24). Es besteht eine hohe Assoziation mit anderen psychiatrischen Erkrankungen. So hatten nach der Untersuchung von Lieb et al. (32) 14- bis 24-jährige Adoleszente mit somatoformer Störung ein vierfach erhöhtes Risiko, an einer zusätzlichen affektiven Störung zu leiden.

Symptomatik und Komorbidität

In Bezug auf Ausmaß und Schweregrad treten somatoforme Symptome entlang eines Kontinuums auf, das von unerklärten, fluktuierenden oder vorübergehenden Symptomen bis hin zu lang anhaltenden, schwer therapeutisch zugänglichen chronifizierten Syndromen reicht (3). Anfänglich besteht meist eine Monosymptomatik (17). Bei Kindern vor der Pubertät sind wiederkehrende Bauchschmerzen, oft in Verbindung mit Übelkeit, gefolgt von Kopfschmerzen die häufigsten Beschwerden. Ältere Kinder und Jugendliche klagen meistens über Kopfschmerzen, Muskelschwäche, Müdigkeit, Nachlassen der körperlichen Energie sowie Rücken- oder Gliederschmerzen (20, 24). Oft beginnen die Beschwerden nach einem akuten Magendarminfekt oder einer körperliche Immobilisierung, zum Beispiel nach einem Sportunfall.

Eine fehlende somatische Erklärbarkeit und als überängstlich interpretierte Reaktionen der Patienten und Angehörigen führen den Arzt zur Annahme eines ursächlichen psychischen Geschehens. Bei Eltern und Kindern besteht dagegen meist die Sorge, dass die körperliche Ur-



a) Bauchschmerzmonster, b) Kopfschmerzmonster und c) Angstmonster. Über die bildliche Darstellung seiner Kopf- und Bauchschmerzen sowie Ängste als Monster konnte der 11-jährige T. im Rahmen einer ambulanten Behandlung eine aktivere Rolle im Therapieprozess übernehmen und zunehmend wieder in Schule und Freizeitaktivitäten mit Gleichaltrigen integriert werden.

Abbildung 1: Externalisierte Technik, bildliche Darstellungen von Bauch-beziehungsweise Kopfschmerzen und Angst

sache der Erkrankung übersehen werden oder die Erkrankung von den Ärzten nicht ernst genug genommen werden könnte. Der Verweis auf eine mögliche psychische Ursache der Beschwerden verstärkt häufig diese Ängste bis hin zur Befürchtung von Eltern und Kind, dass ihnen der Arzt ein Simulieren der Beschwerden unterstellt. Diese Konstellation erschwert in vielen Fällen die Einleitung einer adäquaten Diagnostik und fachspezifischen Behandlung und trägt zur Chronifizierung der Symptomatik bei. Behandlungsabbruch und zahlreiche Arztwechsel sowie Krankenhausaufnahmen stellen mögliche Folgen einer als dysfunktional zu bewertenden Suche der Eltern nach einer medizinischen Erklärung für die Beschwerden ihres Kindes dar.

Über die körperliche Symptomatik hinaus findet man bei vielen Kindern und Jugendlichen mit somatoformen Beschwerden eine psychiatrische Komorbidität, oft in Form von ängstlichen und depressiven Symptomen (4) und ausgeprägten Selbstwertproblemen (12). Somatoforme Beschwerden gehen häufig mit einem Vermeidungsverhalten einher und tragen zu weiterem sozialen Rückzug und schulischen Leistungseinbußen bei (2). In Kombination mit depressiven Symptomen und Trennungsangst stellen sie ein Leitsymptom der Schulphobie dar.

Fallbeispiel: Die neunjährige Katrin wird aufgrund von häufig auftretenden Bauchschmerzen mit ausgeprägter Übelkeit dem Kinderarzt vorgestellt. Die Mutter ist sehr verunsichert, nachdem dieser keine körperliche Ursache der Beschwerden finden kann. Der Versuch, Katrin nach Ausschluss einer körperlichen Erkrankung wieder in die Schule zu schicken, scheitert daran, dass sowohl die Klassenlehrerin als auch Bekannte sich mehrfach gegenüber der Mutter beunruhigt äußern. Katrin sei so blass und empfindlich und müsse dringend medizinisch untersucht werden. Die vom Kinderarzt veranlasste Einweisung in die Kinderklinik führt zur konsiliarischen kinderpsychiatrischen Untersuchung.

Im Rahmen der Anamnesenerhebung schildert die Mutter mehrere Todesfälle im familiären Umfeld während der letzten Monate. Außerdem habe Katrin in dieser Zeit mehrere Infekte erlitten. Bei

der Exploration berichtet Katrin von Ängsten, dass ihren Eltern etwas zustoßen könne. Diese seien zum ersten Mal aufgetreten, als ihre Großmutter gestorben sei. Bei der Schilderung wirkt das Mädchen sehr angespannt und klagt über Auftreten von Übelkeit.

Nach Übernahme auf die kinderpsychiatrische Station der Autoren zeigt sich in den ersten Tagen eine deutliche vegetative Labilität mit Zunahme von Bauchschmerzen und Müdigkeit, besonders, wenn Katrin nach ihrem Befinden befragt wird sowie im zeitlichen Zusammenhang mit Telefonaten und Besuchen der Eltern. Die Lehrer der Klinikschule berichten, dass Katrin sehr hohe Ansprüche an sich habe und auf Rückmeldung von Fehlern sehr verunsichert reagiere. Auf der Station normalisiert sich Katrins Befinden während der strukturierten Alltagsaktivitäten. Im Verlauf des stationären Aufenthaltes ist von den Eltern zu erfahren, dass diese frühzeitig einen Zusammenhang zwischen den belastenden Todesfällen und Katrins Beschwerden vermutet und darauf mit wiederholten Gesprächsangeboten zum Thema „Tod und Sterben“ reagiert hatten, „um Katrin die Verarbeitung zu erleichtern.“ Dies hatte möglicherweise die Beschäftigung des Kindes mit dem Thema intensiviert und eher zu einer Zunahme der Symptomatik beigetragen.

Auch ein sekundärer Krankheitsgewinn durch Vermeidung von als belastend erlebten Situationen, zum Beispiel des Schulbesuchs oder – im Rahmen einer Trennungsangst – einer Trennung von der Bezugsperson, verstärkt häufig die Symptomatik. Die oft anzutreffende Reaktion, Kinder und Jugendliche mit einer Schulphobie ohne adäquate kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik stundenweise durch Lehrer in der häuslichen Umgebung zu unterrichten, ist kontraindiziert und fördert die Chronifizierung der Symptomatik.

Ätiologie und Pathogenese

Die Ätiologie somatoformer Störungen ist bislang unzureichend geklärt. Daten stützen Hypothesen, die Somatisierung als Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen neurobiologischen Prädispositionen der Betroffenen einerseits sowie

überfordernden Lebenssituationen andererseits auffassen. Jüngere Zwillingsstudien weisen auf eine Bedeutung genetischer Faktoren (14, 21, 25, 30). Die komorbid häufig auftretenden Angststörungen und affektiven Erkrankungen findet man auch bei Familienangehörigen dieser Patientengruppe relativ häufig (29). Neuere Daten verweisen auf eine möglicherweise genetisch vermittelte Interaktion von veränderter Schmerzwahrnehmung, Depressivität und serotonerger Dysfunktion (33, 44). Veränderungen im serotonergen Metabolismus werden auch von Patienten mit somatoformen Störungen ohne gleichzeitige depressive Symptome berichtet (40). Bei Kindern mit somatoformer Symptomatik wurde wiederholt eine Übersensitivität gegenüber Schmerzreizen gefunden (1, 41). Als weiterer Risikofaktor wird eine eingeschränkte Habituation auf Stressreize diskutiert (38). Bestimmte individuelle Persönlichkeitsmerkmale, wie eine erhöhte Gewissenhaftigkeit mit hohen Ansprüchen an die eigene Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Unsicherheit und Störungen des Selbstwertgefühls (12, 36), scheinen das Risiko für das Auftreten von somatoformen Beschwerden zu erhöhen.

Außerdem spielen psychosoziale, insbesondere familiäre Einflüsse eine bedeutsame Rolle. Somatisierungssymptome und dissoziative Störungen bei Kindern ähneln häufig Symptomen organischer, aber auch somatoformer Erkrankungen anderer Familienmitglieder (1, 4), was für ein „Lernen am Modell“ spricht. Körperliche oder psychiatrische Erkrankungen eines Elternteils, etwa die Depression der Mutter, können die Fähigkeit, dem Kind ausreichende Unterstützung bei der Wahrnehmung und Regulierung von Emotionen zu geben, beeinträchtigen (7, 16) und Auswirkungen auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme medizinischer Hilfen haben. Somatoform erkrankte Mütter berichten häufiger über krankheitsbedingte Fehltag ihrer Kinder in der Schule, stellen ihre Kinder häufiger beim Hausarzt oder Spezialisten vor (9) und scheinen eher auf körperliche als auf emotionale Signale ihrer Kinder zu reagieren (8). Eine Überbewertung körperlicher Beschwerden kann sich auch vor dem Hintergrund ängstlicher oder anderer

psychischer Auffälligkeiten in der Familie finden und über verstärkte Zuwendung in einen sekundären Krankheitsgewinn münden. Oft wird dabei ein Vermeidungsverhalten der Kinder bei gleichzeitiger Behinderung adäquater Bewältigungsstrategien gefördert (11, 19, 48, 49).

Kinder mit Trennungsangst sind häufig schlecht in die Klassengemeinschaft integriert. Im Rahmen einer Schulphobie vermuten Eltern oft, dass die körperlichen Symptome wie Kopf- oder Bauchschmerzen Folgen von Ausgrenzungen ihres Kindes durch Mitschüler seien und tolerieren deshalb die Schulvermeidung.

Gleichzeitig können bereits aus milder Schmerzsymptomatik des Kindes negative Einflüsse auf das Familienleben, insbesondere in Form sozialer Einschränkungen der Mütter, resultieren (27).

Auslöser und im Verlauf aufrechterhaltende Faktoren stellen chronisch belastende Lebenssituationen, etwa schulische Überforderung, Integrationsprobleme bei Gleichaltrigen, überhöhte elterliche Erwartungen, aber auch aktuelle belastende Lebensereignisse, wie schwere Erkrankungen oder Tod eines Elternteils, dar. Körperliche oder sexuelle Traumatisierungen sind überdurchschnittlich häufig bei Adoleszenten mit chronischen Somatisierungssymptomen anzutreffen (3, 23, 45).

Diagnostik und Differenzialdiagnostik

Am Anfang der Diagnostik steht eine vollständige Erhebung der bisherigen Krankengeschichte unter Einbeziehung von in der Vergangenheit bereits durchgeführten Untersuchungen sowie eine sorgfältige körperlich-neurologische Untersuchung (*Kasten 1*). Eltern und Kinder sollten ausreichend Gelegenheit haben, die Symptome und Beschwerden detailliert zu schildern. Frühzeitige psychologisierende Erklärungsversuche führen dabei meist zu verstärkter Abwehr und sind deshalb zu vermeiden. In der Beratung ist zu verdeutlichen, dass die vorgetragene Symptome ernst genommen werden, auch wenn in den Untersuchungen keine somatische Ursache nachgewiesen werden konnte. Gleich-

zeitig sollten Eltern und Patient darüber informiert werden, dass körperliche Beschwerden Ausdruck einer Überforderung sein können und deshalb der diagnostische Prozess neben dem Ausschluss einer organischen Erkrankung auch die Erkennung aktueller Belastungen beinhalten muss. Einen Einstieg bietet hier oft die Frage nach den Auswirkungen der jetzigen Symptomatik auf das Kind und seine Familie. So entwickeln sich zum Beispiel aus häufigen Fehlzeiten in der Schule Ängste der Eltern bezüglich eines schulischen Scheiterns ihres Kindes, die dann zu Spannungen in der Eltern-Kind-Interaktion führen und die Symptomatik im Sinne eines Circulus vitiosus verstärken. Hilfreich ist auch die Abklärung, wie das Kind in der Vergangenheit auf Belastungen im Rahmen seiner Entwicklungsaufgaben, zum Beispiel Kindertarteneintritt, Schuleintritt oder Geburt eines Geschwisters, reagiert hat.

Das Ausmaß der weiterführenden Organdiagnostik (zum Beispiel Labor, EKG, EEG, bildgebende Verfahren) sollte bei Vorliegen somatischer Warnsignale (zum Beispiel unklarer Gewichtsverlust, Bewusstseinsverlust beim Schulsport, neurologische Auffälligkeiten) abhängig gemacht werden. Besonders bei den körpersymptomatischen dissoziativen Störungen liegt oft eine Koinzidenz mit einer neurologischen Symptomatik vor (vor allem epileptische und psychogene Krampfanfälle), die eine eindeutige Zuordnung erschweren.

Als positive Kriterien und mögliche Hinweise für das Vorliegen einer somatoformen Störung sollten in der Vergangenheit oder aktuell bestehende Trennungsängste (Kindergartenbesuch, Einschulung, Schulwechsel), belastende Lebensereignisse (Schulleistungsprobleme, Integrationsprobleme mit Zurückweisung durch Gleichaltrige, Umzug, Trennung der Eltern, Arbeitslosigkeit, chronische oder schwere Erkrankung eines Elternteils) beachtet werden.

Weitere Hinweise können psychiatrische Auffälligkeiten des Kindes (Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, depressive oder ängstliche Symptomatik, Störungen im Sozialverhalten) sein. Bauchschmerzen und Übelkeit regelmäßig vor dem Schulbesuch, nicht aber an Wochenenden oder in den

Ferien, weisen deutlich in Richtung einer Somatisierungssymptomatik bei Schul- oder Trennungsangst oder bei Überforderung.

Im Rahmen der Differenzialdiagnostik (*Kasten 2*) sollte die Möglichkeit eines gleichzeitigen Auftretens mit einer somatischen Erkrankung nicht außer Acht gelassen werden.

Außerdem ist an ein Münchhausen-by-proxy-Syndrom zu denken, einer subtilen Form der Kindesmisshandlung durch eine nahe Bezugsperson – oft eine psychiatrisch kranke Mutter. Gegenüber den Ärzten werden wiederholt unterschiedlichste Symptome (Blutungen, Durchfälle, Fieber, Anfälle, Gedeihstörungen und ähnliches) des Kindes berichtet, die zum Teil von dieser Bezugsperson vorgetäuscht, zum Teil durch Verabreichung von Medikamenten oder körperliche Manipulationen am Kind herbeigeführt werden und zu einer vitalen Bedrohung führen können (18).

Therapie

Kinder und Jugendliche mit somatoformen Störungen werden primär zum überwiegenden Teil in allgemeinärztlichen und pädiatrischen Praxen vorgestellt. Das ausschließlich auf somatische Ursachen ausgerichtete Krankheitsverständnis der Eltern und/oder der Patienten erschwert selbst bei frühzeitiger Verdachtsdiagnose einer somatoformen Störung die Überweisung zum Kinder- und Jugendpsychiater. Nach einer Phase umfangreicher, möglicherweise invasiver Untersuchungen ohne fassbaren Befund entwickeln sich auf Seiten der Eltern häufig Zweifel an der Qualität der somatischen Diagnostik, die zu Behandlungsabbrüchen, Arztwechseln und unnötigen, belastenden Wiederholungsuntersuchungen beitragen können. Zum Aufbau eines tragfähigen Behandlungsbündnisses sollten in der initialen Phase folgende Prinzipien beachtet werden (6, 45):

- Anerkennung der vorgetragenen Beschwerden, Respektieren des somatischen Krankheitskonzepts der Eltern
- Vereinbarung eines realistischen Behandlungsziels (Symptom- beziehungsweise Schmerzreduktion, nicht Schmerzfreiheit oder Sicherheit hinsichtlich des Ausschlusses somatischer Erkrankung)

● Versicherung gegenüber Eltern und Patient, dass eine akut bedrohliche, beziehungsweise lebensgefährliche Erkrankung ausgeschlossen werden konnte

● Vermeidung beschämender, die komplexen Wechselwirkungen des Störungsbildes missachtender Interventionen: So berichteten die Eltern einer Patientin mit einer psychogenen Lähmung, dass ihre Tochter suggestiv aufgefordert worden sei, ohne Hilfe aus ihrem Rollstuhl aufzustehen und durch das Zimmer zu gehen: „Du musst nur wollen..., du musst dich mehr anstrengen“.

● Frühzeitige Information über mögliche Zusammenhänge zwischen körperlicher Symptomatik und emotionalen sowie psychosozialen Belastungen in einer für Eltern und Kind verstehbaren Wortwahl (Psychoedukation)

● Betonung der Notwendigkeit rehabilitativer Ansätze zur Symptomreduktion („lernen, mit dem Symptom/Schmerz umzugehen“, „sich nicht vom Schmerz überwältigen zu lassen“ anstatt: „die Ursache herausfinden und den Schmerz wegoperieren“).

Vorrangige Ziele der Behandlung (*Kasten 3*) sind die Reduktion der Symptomatik und eine zunehmende Fähigkeit zur Bewältigung der Alltagsaufgaben. Die Suche nach einer somatischen Ursache der Beschwerden ist zu beenden. Hierbei kann eine gemeinsame Konferenz zwischen Eltern (und älterem Kind/Jugendlichen), Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater hilfreich sein. Die Behandlung nicht chronifizierter Störungen kann zunächst meist ambulant erfolgen. Sie umfasst eine intensive, regelmäßige Elternberatung, in deren Rahmen eine Verringerung von Aufmerksamkeit für die körperlichen Symptome und vermehrte Zuwendung in schmerzfreien Perioden durch regelmäßige gemeinsame Spiel- und Gesprächszeiten zwischen Eltern und Kind erarbeitet wird.

Die Behandlung des Kindes beginnt mit einer kindgerechten Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Erleben von Stress und den daraus resultierenden Symptomen. Der Schwerpunkt der Therapie liegt in der Verstärkung vorhandener Ressourcen des Kindes unter Einsatz kognitiv-verhaltenstherapeutischer Techniken. Bei vorhandenen sozialängst-

lichen Merkmalen wird die Behandlung durch ein soziales Kompetenztraining ergänzt. Zusätzlich kann der Einsatz von Entspannungsverfahren (progressive Muskelrelaxation nach Jacobsen, autogenes Training) indiziert sein.

Eine zusätzliche psychiatrische Komorbidität auf Seiten des Kindes (ängstliche oder depressive Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, Teilleistungsstörungen und andere) sowie psychopathologische Auffälligkeiten auf Elternseite limitieren die Erfolgchancen eines ambulanten Vorgehens. Bei sehr häufigen Fehlzeiten in der Schule ist im Rahmen einer ambulanten Therapie ein regelmäßiger Schulbesuch innerhalb von zwei Monaten anzustreben.

Nach längerem störungsbedingtem Fehlen in der Schule sowie bei anderen schweren, bereits chronifizierten Verlaufsförmungen ist eine stationäre oder teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung einzuleiten. Während der stationären Behandlung werden pädagogische und verhaltenstherapeutische Behandlungsmodulare sowie auf die körperliche Symptomatik ausgerichtete Übungsbehandlungen (Krankengymnastik, Bewegungstherapie) und Entspannungsverfahren kombiniert. Die Kinder lernen in der Behandlung, dass sie trotz Übelkeit, Schwindelgefühl oder Schmerzen in der Lage sind, an Aktivitäten teilzunehmen und hieran zunehmend Freude zu haben. Primäres Ziel ist nicht Symptomfreiheit, sondern trotz Symptomatik wieder an Alltagsaktivitäten teilnehmen zu können.

Bei älteren Kindern und Jugendlichen können kognitiv-behaviorale Therapieformen unter anderem zur Reduktion von „katastrophisierenden“ Bewertungen körperlicher Symptome und Verbesserung der Wahrnehmung der emotionalen Befindlichkeit hilfreich sein. Während des stationären Aufenthalts erfolgt in der Regel zunächst eine Beschulung im Klinikrahmen („Schule für Kranke“). In kleinen Klassen ist hier eine individuelle Beobachtung des Leistungsniveaus sowie schrittweise ein Heranführen an schulische Anforderungen möglich. Eine ausführliche Psychoedukation zu den Wechselwirkungen zwischen körperlichen Beschwerden und sozialen Belastungsfaktoren soll sowohl

Kasten 1

Kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik

- Anamnese (störungsspezifisch, Entwicklungsanamnese, Familienanamnese)
- körperlich-neurologische Untersuchung, fakultativ: labor- und apparative Diagnostik (zum Beispiel EEG, EKG, bildgebende Verfahren)
- Testpsychologische Diagnostik einschließlich Intelligenzdiagnostik, Teilleistungsdiagnostik (bei Hinweisen auf eine Lese-Rechtschreib-Schwäche oder Dyskalkulie)
- Erfassung aktueller, abnormer psychosozialer Umstände beziehungsweise psychosozialer Belastungsfaktoren
- Einschätzung des globalen Funktionsniveaus des Kindes oder Jugendlichen

Kasten 2

Differenzialdiagnostik somatoformer Störungen*¹

- Angsterkrankungen
- Depression
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- hypochondrische Ängste (bei Jugendlichen noch selten)
- Münchenhausen-by-proxy-Syndrom
- Simulation
- Somatische Erkrankungen

*¹ Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie 2003

Kasten 3

Behandlung somatoformer Störungen bei Kindern und Jugendlichen

- Eltern
 - Psychoedukation zu Störungsbild und Behandlungsprozess
 - Kontinuierliche Elternberatung:
 1. Reduktion von Aufmerksamkeit für körperliche Symptome und Schmerzen
 2. Etablierung von Zuwendung für das Kind in symptomfreien Phasen
- Kind beziehungsweise Jugendlicher
 - Psychoedukation
 - Kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen
 - Funktionelle Behandlungen (Krankengymnastik, Bewegungstherapie)
 - Soziales Kompetenztraining
 - Entspannungsverfahren (progressive Muskelrelaxation, autogenes Training)
 - Reduktion von chronischer Überforderung
 - Pharmakotherapie (Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer), vor allem bei Komorbiditäten mit Angstsymptomatik

den Patienten als auch die Eltern unterstützen, eine aktivere Rolle in der Behandlung zu übernehmen. Wichtig ist die Erfassung und Verringerung chronischer Überforderungssituationen besonders in der Schule. Hier kann in Einzelfällen ein Schulwechsel angezeigt sein. Auch durch lange Fehlzeiten bedingte schulische Rückstände müssen beachtet werden (Wiederholung der Klasse, Nachhilfe).

Fallbeispiel: Die 15-jährige S. entwickelte im Anschluss an eine Schiefhals-Symptomatik (Torticollis spasticus) eine zunehmende Schmerzsymptomatik mit Schwindelgefühlen und zunehmender Bewegungseinschränkung.

Bei Übernahme in die Klinik der Autoren nach mehrmonatigem Krankheitsverlauf und längerem Aufenthalt in einer Kinderklinik war die Patientin bettlägerig und aufgrund einer ausgeprägten Schmerzsymptomatik nicht mehr in eine sitzende Position aufzurichten. Die Aufnahme in die Kinder- und Jugendpsychiatrie führte zu einer schweren Vertrauenskrise bei der Patientin, die von einer organischen Ursache ihrer Symptomatik überzeugt war und die Verlegung als Zeichen dafür ansah, dass die Ärzte ihre Erkrankung nicht ernst nehmen und sie „für verrückt“ halten würden.

Anamnestisch bestand eine mehrjährige chronische Kopfschmerzsymptomatik mit wiederholten Fehlzeiten in der Schule. Trotz guter Schulleistung in der neunten Realschulklasse hatte die Jugendliche keine gleichaltrigen Freundinnen und beschäftigte sich in der Freizeit am liebsten mit jüngeren Kindern. Neben den Diagnosen einer psychogenen Lähmung (ICD-10 F 44.4) und einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F 45.4) fand sich eine sozialängstliche Symptomatik (ICD-10 F 40.1). Zusätzlich bestanden bei Übernahme sekundäre Muskelatrophien als Folge der langen Immobilisation.

Der langwierige Behandlungsprozess umfasste eine sehr intensive krankengymnastische Behandlung unter Einsatz verhaltenstherapeutischer Interventionen, hochfrequent durchgeführte Elternberatungen sowie eine Pharmakotherapie mit einem Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer. In der psychotherapeutischen Arbeit mit der Patientin stand in der Anfangsphase der Abbau von Widerständen gegen die Behandlung im

Vordergrund. Im Verlauf konnte die Jugendliche ihre auf Schmerzvermeidung ausgerichtete passive Haltung aufgeben. Sie berichtete später, dass hierzu die aufgrund der Informationen über das Störungsbild und ihren Zustand erstmals bewusst gewordene Gefahr, für immer an das Bett gefesselt zu bleiben, beigetragen habe. Dennoch gestaltete sich die Mobilisierung der Patientin extrem schwierig, weil die mit den Veränderungen verbundenen Körpersensationen von der Patientin sehr aversiv erlebt wurden und immer wieder Panik auslösten.

Übergang in die ambulante Behandlung

Der Übergang in eine anschließende ambulante Behandlung sollte schrittweise erfolgen und eine graduierte Belastungssteigerung beinhalten. Einen besonderen Stellenwert nimmt die Reintegration in den schulischen Alltag ein. Hier sollte – wenn möglich – noch aus dem stationären Rahmen heraus vor Entlassung ein anfänglich reduzierter, später vollständiger Besuch der Heimatschule erfolgen. Die Behandlung vorhandener komorbider Störungen muss konsequent und bisweilen vorrangig durchgeführt werden.

Kontrollierte Therapiestudien zur medikamentösen Behandlung somatoformer Störungen sind rar und liegen bisher nur für das Erwachsenenalter vor (34, 46, 47). Der Einsatz von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (zum Beispiel Fluvoxamin, Citalopram, Fluoxetin) bei Kindern und Jugendlichen sollte bei ausgeprägten Störungsbildern mit drohender oder bereits begonnener Chronifizierung vor allem beim Vorliegen von Angststörungen unter Berücksichtigung der heute notwendigen Aufklärung von Patient und Eltern und sorgfältiger ärztlicher Überwachung erwogen werden (6).

Prognose

Anders als in der Vergangenheit oft angenommen, handelt es sich bei dissoziativen und somatoformen Störungen im Kindes- und Jugendalter nicht um grundsätzlich benigne verlaufende Stö-

rungsbilder. Im längerfristigen Verlauf zeigen 14 bis 56 Prozent der Patienten mit dissoziativen Störungen mit Beginn im Kindes- und Jugendalter weiterhin dissoziative Symptome, wobei ein früher Beginn, eine späte Diagnose sowie ein längerer Zeitraum bis Behandlungsbeginn mit einem schlechteren Langzeitverlauf assoziiert scheinen (28). Auch somatoforme Symptome persistieren häufig bis ins Erwachsenenalter (15, 35) und gehen oft mit psychiatrischer Komorbidität, insbesondere ängstlichen und depressiven Störungen einher, die zusätzlich die Bewältigung von Alltags- und Entwicklungsaufgaben erschweren und mit einem erhöhten Risiko hinsichtlich der Chronifizierung der körperlichen Beschwerden verbunden sind (22). Jugendliche, die unter somatoformen Beschwerden leiden, erkranken zudem als Erwachsene häufiger an psychiatrischen Erkrankungen, insbesondere depressiven und Angststörungen (32, 50). Studien bei erwachsenen Patienten mit Somatisierungsstörungen weisen darüber hinaus auf gesundheitsökonomisch relevante Folgen durch inadäquat hohe Behandlungskosten sowie Arbeitsausfallzeiten der Betroffenen (26, 37, 43).

Frühzeitige Erkennung somatoformer Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren adäquate Behandlung können einer Chronifizierung sowie Entwicklung weiterer psychiatrischer Störungen entgegenwirken und stellen insofern einen wesentlichen Beitrag zur Prävention dar.

Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des Internationalen Committee of Medical Journal Editors besteht.

Manuskript eingereicht: 28.7.2004, revidierte Fassung angenommen: 20.12.2004

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 1953–1959 [Heft 27]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter www.aerzteblatt.de/pp/lit0805 abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:
Dr. med. Ulrich Hagenah
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Universitätsklinikum Aachen
Neuenhofer Weg 21
52074 Aachen
E-Mail: uhagenah@ukaachen.de