

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3739>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

Autor(en): Winter, Sibylle; Köberle, Carolin; Lenz, Klaus; Pfeiffer, Ernst;
Lehmkuhl, Ulrike

Titel: Systematik somatoformer Störungen des Kindes- und
Jugendalters

Erscheinungsjahr: 2013

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62
(9), 639-653

Nutzungsbedingungen

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Kontakt

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)
Universitätsring 15
54296 Trier
Telefon: +49 (0)651 201-2877
Fax: +49 (0)651 201-2071
info@zpid.de

ORIGINALARBEITEN

Systematik somatoformer Störungen des Kindes- und Jugendalters¹

Sibylle Winter, Carolin Köberle, Klaus Lenz, Ernst Pfeiffer und Ulrike Lehmkuhl²

Summary

Systematics of Somatoform Disorders in Children and Adolescents

Somatoform disorders in children and adolescents are common and can cause significantly reduced wellbeing and quality of life. Considerable subjective impairment leads to a high number of doctors' visits, which along with a reoccurrence of negative findings, often results in a sense of helplessness in the patient and a lack of trust towards the physician. The criteria for somatoform disorders are illustrated based on the classification scheme ICD-10 and in consideration of the DSM-V. Referring to Noeker (2008) the special role of the parents for the development of somatoform disorders is explained. The typical clinical profile of somatoform disorders in children and adolescents is described. As a diagnostic instrument the newly developed Screening for Somatoform Disorders in Children and Adolescents (SOMS-CA) (Winter, Pfeiffer, Köberle, Lenz, Lehmkuhl, 2008) is introduced. Furthermore it is demonstrated that patients with somatoform disorders are seen predominantly within consulting and liaison services of the paediatric clinic. The importance of interdisciplinary cooperation between paediatrics and child and adolescent psychiatry and -psychotherapy in early diagnosis and introduction of appropriate treatment is highlighted.

Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 639-653

Keywords

somatoform disorders in children and adolescents – diagnostic criteria – SOMS-CA – interdisciplinary cooperation – child and adolescent psychiatric and psychotherapeutic treatment

¹ Leicht veränderte Fassung von Winter, S., Köberle, C., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. (2012). Systematik somatoformer Störungen. Monatsschr Kinderheilkd, 160, 20-26. Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Springer + Business media.

² Die Autoren geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Zusammenfassung

Somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter sind häufig und führen zu einer erheblichen Einschränkung des Wohlbefindens und der Lebensqualität. Aufgrund der hohen subjektiven Beeinträchtigung kommt es zu einer Vielzahl von Arztbesuchen, die häufig durch wiederholt negative Befunde ohne therapeutische Konsequenzen zu einem Gefühl der Hilflosigkeit bei den Patienten und zu einem Vertrauensverlust gegenüber dem Arzt führen. Anhand der Klassifikationsschemata der ICD-10 und des DSM-V werden die Kriterien der somatoformen Störungen beschrieben. In Anlehnung an Noeker (2008) wird auf die besondere Rolle der Eltern bei der Entwicklung somatoformer Störungen im Kindes- und Jugendalter eingegangen. Das typische klinische Bild somatoformer Störungen im Kindes- und Jugendalter wird erläutert. Als diagnostisches Instrument wird das neu entwickelte Screening für somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters (SOMS-KJ) (Winter et al., 2008) vorgestellt. Ferner wird gezeigt, dass betroffene Patienten überwiegend im Konsiliar- und Liaisondienst der Kinderklinik gesehen werden. Die Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie in der frühzeitigen Erkennung somatoformer Störungen und entsprechender Therapieeinleitung wird hervorgehoben.

Schlagwörter

somatoforme Störung des Kindes- und Jugendalters – diagnostische Kriterien – SOMS-KJ – interdisziplinäre Zusammenarbeit – kinder- und jugendpsychiatrische und -psychotherapeutische Behandlung

1 Hintergrund

Somatoforme Störungen präsentieren sich in Form von anhaltenden oder wiederholt auftretenden körperlichen Beschwerden ohne adäquaten organpathologischen Befund und haben häufig ihren Beginn bereits im Kindes- und Jugendalter. Untersuchungen an erwachsenen Patienten zeigten, dass das Auftreten der ersten Symptome bei 75 % somatoformer Patienten vor dem 20. Lebensjahr liegt (Tomasson, Kent, Coryell, 1991). Kennzeichnend für diese Erkrankung ist ein Missverhältnis zwischen dem starken subjektiven Beschwerdeempfinden des Patienten auf der einen Seite und dem objektiv negativen körpermedizinischen Befund des Kinder- oder Allgemeinarztes auf der anderen Seite. Somatoforme Störungen führen zu einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität der Patienten und der gesamten Familie mit hohen Folgebelastungen. Aufgrund der starken subjektiven Beeinträchtigung durch die Symptomatik kommt es zu einer Vielzahl von Arztbesuchen einschließlich zum Teil invasiver medizinischer Diagnostik (Lindley, Glaser, Milla, 2005). Durch wiederholte negative Befunde ohne therapeutische Konsequenzen kommt es bei Patienten und Eltern zum Gefühl der

Hilflosigkeit und zum Vertrauensverlust gegenüber dem Arzt. Zudem kommt es zu häufigen Fehlzeiten im Unterricht, sozialem Rückzug und Einschränkungen im familiären Bereich (Noeker, 2008).

Bei somatoformen Störungen handelt es sich im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter um ein durchaus häufiges Problem: Für somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter (ICD-10: F.45, DSM-IV: 300, 307) wird eine Lebenszeitprävalenz von 13,1 % (Essau, Conrad, Petermann, 2000) angegeben. Noch häufiger sind die funktionellen Störungen mit einer Prävalenz bis zu 25 % (Huertas-Ceballos, Logan, Bennett, Macarthur, 2009). Als häufigste Beschwerden werden bei Kindern und Jugendlichen Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Schwäche und Schwindel angegeben (Eminson, 2007; Köberle, 2013; Meesters, 2003; Saps et al., 2009).

Somatoforme Störungen neigen zu langwierigen, chronifizierten Verläufen. Eine Chronifizierung zieht hohe Kosten für das Gesundheitssystem nach sich (Bernal et al., 2000; Noeker, 2008; Reid, Wessely, Crayford, Hotopf, 2002) und erhöht das Risiko für weitere psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter (Campo et al., 2001; Hotopf, Carr, Mayou, Wadsworth, Wessely, 1998).

2 Klassifikation

Die somatoformen Störungen finden sich in der ICD-10 unter den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ (F40-F48; Tab. 1, folgende Seite). Allen somatoformen Störungen (F45) gemeinsam ist das Charakteristikum, dass körperliche Symptome wiederholt dargeboten werden in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und der Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Die Möglichkeit einer psychischen Ursache wird von den Patienten weitgehend verworfen, auch wenn offensichtlich ein enger Zusammenhang mit psychischen Belastungsfaktoren zu eruieren ist. Häufig liegt ein gewisses aufmerksamkeitsuchendes Verhalten des Patienten vor.

Aus Sicht der Kinder- und Jugendpsychiatrie fehlen bis heute spezifische Kriterien für die somatoforme Störung des Kindes- und Jugendalters, die das häufig monosymptomatische Krankheitsbild und die meist kürzere Beschwerdedauer (Pfeiffer, Schröder, Lehmkuhl, 1997) berücksichtigen.

Im DSM-V (APA, 2013; Tab. 2, übernächste Seite) ist eine Kategorie „Somatic Symptom and Related Disorders (300.82)“ vorgesehen. Schulte und Petermann (2011) überprüften in ihrer Studie die Anwendbarkeit dieser vorgeschlagenen Kriterien nach DSM-V und stellten fest, dass diese Vorschläge bedeutend besser für Kinder und Jugendliche geeignet sind als die bestehenden Kriterien des DSM-IV. Sie betonen allerdings die bedeutende Rolle der Eltern und schlagen deshalb vor, zusätzlich Kriterien wie „übermäßige Sorge der Eltern“ und „große Gesundheits-

Tabelle 1: Somatoforme Störungen nach ICD-10

Diagnosen	Kriterien
F45.0 Somatisierungsstörung	Charakteristisch sind multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome, die über zwei Jahre vorhanden sind. Insgesamt müssen sechs Symptome aus zwei verschiedenen Symptomkategorien (gastrointestinale, kardiovaskuläre, urogenitale, Haut- und Schmerzsymptome) vorliegen. Diese Störung ist bei Kindern sehr selten und tritt bei Jugendlichen eher auf.
F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung	Diese Störung kann diagnostiziert werden, wenn zwar verschiedene körperliche Beschwerden vorliegen, aber das vollständige, typische Bild oder das Zeitkriterium der Somatisierungsstörung nicht erfüllt ist. Diese Störung kann im Kindes- und Jugendalter häufiger vergeben werden.
F45.2 Hypochondrische Störung	Vorherrschendes Kennzeichen ist die beharrliche Beschäftigung mit der Möglichkeit an einer oder mehreren schweren und fortschreitenden körperlichen Erkrankungen zu leiden, manifestiert durch anhaltende körperliche Beschwerden oder die ständige Beschäftigung mit der eigenen körperlichen Erscheinung (Dysmorphophobie). Diese Störung ist bei Kindern sehr selten und tritt eher bei Jugendlichen auf.
F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung	Bei dieser Störung werden die Beschwerden vom Patienten so geschildert, als beruhten sie auf der körperlichen Erkrankung eines Systems oder eines Organs, das weitgehend oder vollständig vegetativ innerviert und kontrolliert wird. F45.30 des kardiovaskulären Systems, z. B. Herzrasen F45.31 des oberen Gastrointestinaltraktes, z. B. Erbrechen, Aufstoßen, Übelkeit F45.32 des unteren Gastrointestinaltraktes, z. B. Durchfall F45.33 des respiratorischen Systems, z. B. Hyperventilation F45.34 des urogenitalen Systems, z. B. Dysurie
F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	Vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt werden kann.
F45.41 Chronische Schmerzen mit somatischen und psychischen Faktoren	Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen mindestens sechs Monate bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für den Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen.
F45.8/9: Andere oder nicht näher bezeichnete Somatoforme Störungen	Z. B. „Globus hystericus“ (Kloßgefühl in der Kehle), Torticollis (psychogener Schiefhals), psychogenes Jucken

ängste der Eltern“ für das Kindes- und Jugendalter zu berücksichtigen. Dies betont auch Noeker (2008), der die „Somatoforme Störung by proxy“ definiert hat, welche eine Fehlanpassung der Eltern aufweist.

Tabelle 2: DSM-V: Somatic Symptom and related Disorders

Diagnostische Kriterien	300.82
A) Körperliche Symptome	Ein Symptom oder mehrere Symptome, die belasten oder das tägliche Leben signifikant beeinflussen
B) Fehlattributionen	Exzessive Gedanken und Gefühle oder Verhaltensweisen, auf die Symptomatik bezogen
C) Dauer der Symptome	> 6 Monate
Spezifikationen	1) Vorwiegend Schmerz 2) Persistierend 3) Schweregradeinteilung

3 Klinisches Bild

Psychosomatische Beschwerden im Vorschulalter sind selten. Im Grundschulalter dominieren Kopfschmerzen und Beschwerden des Verdauungstraktes (Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen). Es liegt im Gegensatz zu den erwachsenen somatoformen Patienten überwiegend ein monosymptomatisches Krankheitsbild vor. Häufig liegt der Beginn der Symptomatik erst tage- bis wochenlang zurück. Oftmals sind Fehltag in der Schule zu verzeichnen. Die Eltern machen sich große Sorgen und bleiben beim Kind zu Hause. Dadurch begünstigen sie den Krankheitsverlauf. Die Rolle der Eltern ist an dieser Stelle sehr entscheidend: Wenn diese ihr Kind für ernsthaft körperlich krank halten, häufige Arzttermine vereinbaren und wiederholte diagnostische Untersuchungen veranlassen, vermitteln sie dem Kind, dass es krank ist. In diesem Fall sind zunächst Gespräche mit den Eltern sehr wichtig, um diesen Teufelskreis zu durchbrechen. Als Auslöser für das Auftreten somatoformer Beschwerden sind fast immer zeitnahe Belastungen zu eruieren, die häufig mit einer Schulproblematik und sozialen Ängsten einhergehen. Nach unserer Erfahrung gibt es zwischen Auslöser und Beginn der Symptomatik eine kurze Latenz. Es lohnt sich, sich den Beginn der Symptomatik ganz genau schildern zu lassen sowie im zweiten Schritt dann die Begleitumstände zu erfragen. Dies ist wichtig, da den Patienten selbst und deren Eltern dieser Zusammenhang oftmals nicht bewusst ist. Nicht selten liegt das paradoxe Erscheinungsbild vor, dass Patienten von sehr starken Beschwerden berichten (Skala 9-10), es ihnen aber nicht anzumerken ist, vielmehr sie dabei sogar lächeln („belle indifférence“). Es fällt aus diesem Grunde oftmals schwer, als behandelnder Arzt die Beschwerden trotzdem ernst zu nehmen.

Dies ist jedoch die Voraussetzung für eine erfolgreiche Kontaktaufnahme mit dem Patienten. Anamnestisch unbedingt zu erfragen sind auch körperliche Erkrankungen des Patienten und der Eltern. Oftmals kann eine so genannte „organische Eintrittspforte“ gefunden werden, das heißt, der Patient und/oder die Eltern hatten einen organischen Befund mit entsprechender Symptomatik. Wochen oder Monate später zeigt sich die gleiche Symptomatik, allerdings ohne somatischen Befund.

Im Übergang zur Pubertät wird das Spektrum der Symptomatik größer. Es reicht von Schmerzen über Schwindel, Synkope bis hin zu Herzrasen und Hyperventilation. Zum Teil zeigen die Patienten ähnlich wie die Erwachsenen ein polysymptomatisches Krankheitsbild. Die Beschwerden liegen oft schon seit Monaten bis Jahren vor, sodass eher längerfristige Belastungen eine Rolle spielen. Bei jugendlichen Patienten ist es sehr wichtig, auch mit ihnen persönlich ins Gespräch zu kommen, um ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu bekommen.

4 Instrumente zur Erfassung somatoformer Störungen

Im deutschsprachigen Raum ist eine zuverlässige diagnostische Erfassung von somatoformen Störungen des Kindes- und Jugendalters mithilfe von Fragebögen nur unzureichend möglich. Es gibt lediglich für Jugendliche ab 16 Jahren ein computergestütztes diagnostisches Interview: Das Composite International Diagnostic Interview und seine Weiterentwicklung (CIDI/DIA-X; Wittchen u. Pfister, 1997).

Im Erwachsenenalter existieren deutschsprachige Instrumente zur Erfassung von somatoformen Störungen: So wurde 1997 das Screening für Somatoforme Störungen (SOMS; Rief u. Hiller, 2008; Rief, Hiller, Heuser, 1997) entwickelt. Zudem wurde im psychiatrischen Bereich das Quantifizierungs-Inventar für somatoforme Syndrome (QUISS; Wedekind, Bandelow, Fentzahn, Trumper, Ruther, 2007) konzipiert.

Da im deutschsprachigen Raum bisher kein evaluiertes Screening zur Erfassung somatoformer Störungen des Kindes- und Jugendalters vorliegt, wurde von unserer Arbeitsgruppe in Anlehnung an die oben genannten Instrumente das Screening für somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters (SOMS-KJ) entwickelt (Winter et al., 2008). Es handelt sich um einen Selbstbeurteilungsbogen für die Altersstufen 11;0 bis 17;11 Jahre. Eine Publikation zu den Gütekriterien ist eingereicht (Winter, Köberle, Lenz, Pfeiffer, Lehmkuhl, 2013). Ein Fragebogen zur Elternbeurteilung wurde in einer aktuellen Studie erprobt (Voss, 2012). Im SOMS-KJ gibt es 33 Items in Bezug auf somatoforme Symptome (Tab. 3, folgende Seite): Zehn Items zu Schmerzsymptomen, fünf Items zu gastroenterologischen Symptomen, fünf Items zu kardiorespiratorischen Symptomen, 13 Items zu pseudoneurologischen Symptomen. Bei der Entwicklung des SOMS-KJ spielten neben der Überarbeitung der Symptomliste die Fragen zur Lebensqualität und zum krankheitsrelevanten Verhalten eine bedeutende Rolle (Eminson, Benjamin, Shortall, Woods, Faragher, 1996; Essau et al., 2000; Fritz, Fritsch, Hagino, 1997; Pilowsky, 1990; Rief, 1999; Rief u. Hiller, 1999; Walker, Garber, Greene, 1991;

Walker, Garber, Smith, Van Slyke, Claar, 2001). Das SOMS-KJ beinhaltet sechs Fragen zur Lebensqualität, elf Fragen zu krankheitsrelevantem Verhalten und drei differentialdiagnostische Fragen (Tab. 4, folgende Seite). Über das Auswerteschema können maximal sieben mögliche Punkte erreicht werden. Insgesamt müssen für ein positives Screening mindestens vier Punkte vorliegen.

Tabelle 3: SOMS-KJ: Symptomliste: Positives Screening bei ≥ 1 Punkt

Symptomliste	Screening: Vergabe von einem Punkt bei ≥ 1 positiven Antwort	Symptomliste	Screening: Vergabe von einem Punkt bei ≥ 1 positiven Antwort
<i>Schmerzsymptome</i>		<i>Kardiorespiratorische Symptome</i>	
Kopfschmerzen	Ja - Nein	Kloß im Hals	Ja - Nein
Bauchschmerzen	Ja - Nein	Husten	Ja - Nein
Rückenschmerzen	Ja - Nein	Atembeschwerden	Ja - Nein
Gelenkschmerzen	Ja - Nein	Herzklopfen	Ja - Nein
Schmerzen Arme/Beine	Ja - Nein	Müdigkeit	Ja - Nein
Schmerzen in der Brust	Ja - Nein	<i>Pseudoneurologische Symptome</i>	
Ohrenschmerzen	Ja - Nein	Lähmungen	Ja - Nein
Schmerzen b. Wasserlassen	Ja - Nein	Taubheitsgefühl	Ja - Nein
Schmerzen im Genitalbereich	Ja - Nein	Muskelzuckungen	Ja - Nein
Andere Schmerzen	Ja - Nein	Schweregefühl	Ja - Nein
<i>Gastrointestinale Symptome</i>		Gangstörungen	Ja - Nein
Übelkeit	Ja - Nein	Sehstörungen	Ja - Nein
Erbrechen	Ja - Nein	Sprachstörungen	Ja - Nein
Appetitlosigkeit	Ja - Nein	Krampfanfälle	Ja - Nein
Durchfall	Ja - Nein	Zittern	Ja - Nein
Verstopfung	Ja - Nein	Schwindel	Ja - Nein
		Ohnmacht	Ja - Nein
		Geräusch im Ohr	Ja - Nein
		<i>Andere Beschwerden</i>	

5 Inanspruchnahmepopulation unserer Klinik

In den Jahren 1992-2012 wurde unter insgesamt 18.874 Patienten bei 1.015 Patienten eine somatoforme Störung diagnostiziert, ca. die Hälfte der Patienten (N = 514, 50,6 %) wurde im Rahmen des Konsiliar- und Liaisondienstes vorgestellt. Das mittlere Alter betrug 12,3 Jahre, 32,3 % Jungen und 67,7 % Mädchen. Die Verteilung der Diagnosen ist in Tabelle 5 (übereinstimmende Seite) dargestellt. Fast ein Drittel der Patienten (31,7 %) hatte zusätzlich weitere kinder- und jugendpsychiatrische Diagnosen. Familiäre

Krankheitsbelastungen lagen bei über der Hälfte der Patienten (59,3 %) vor, insbesondere neurotische Störungen, Alkohol- und Suchterkrankungen und internistische Krankheiten. Das Ausmaß der belastenden psychosozialen Umstände war hoch, vor allem wurden abweichende Elternsituation (39,9 %), psychische Störung eines Elternteils (26,7 %), verzerrte intrafamiliäre Kommunikation (25,1 %), Disharmonie in der Familie (24,6 %) und elterliche Überfürsorge (22,7 %) angegeben.

Tabelle 4: Fragen zur Lebensqualität und krankheitsrelevantem Verhalten: Positives Screening bei ≥ 3 Punkten

Fragen	Screening	Inhaltliche Antworten	Relevante Fragen für die Auswertung: 4, 5-8, 11, 12, 13, 18 (fett, grau)
Gesundfühlen	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
Sorge um die Gesundheit	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
Beeinträchtigung des Wohlbefindens (4)	Ja - Nein		Vergabe von einem Punkt bei positiver Antwort
Beeinträchtigung des Tagesablaufs (5)	Ja - Nein		Vergabe von einem Punkt bei ≥ 1 positiven Antwort
Beeinträchtigung des Schulalltags (6)	Ja - Nein		
Beeinträchtigung der Freizeitaktivität (7)	Ja - Nein		
Beeinträchtigung des Familienlebens (8)	Ja - Nein		
Veränderungen des Umgangs in der Familie	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
Wunsch nach Untersuchungen	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
Notwendigkeit von Hilfe Dritter	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
Mangelndes Ernstgenommen- Werden	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
Medikamenteneinnahme	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
Dauer der Beschwerden (18)		< 1 Monat	Keine Punktvergabe
		$\geq 1-6$ Monate	Vergabe von einem Punkt
Anzahl der Arztbesuche (11)		< 1-2mal	Keine Punktvergabe
		$\geq 1-2$mal	Vergabe von einem Punkt
Wenn ≥ 1			
Organische Ursache der Beschwerden (12)	Ja - Nein		Vergabe von einem Punkt bei negativer Antwort
Davon			
Akzeptanz der körperlichen Gesundheit (13)	Ja - Nein		Vergabe von einem Punkt bei negativer Antwort
Wunsch nach weiterer Ursachenklärung	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
DD Panikattacken	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
DD Hypochondrie	Ja - Nein		Keine Punktvergabe
DD Dymorphophobie	Ja - Nein		Keine Punktvergabe

Tabelle 5: Diagnosen der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters (1992-2008)

	N = 1015	%
F45.0: Somatisierungstörung	203	20,0
F45.1: Undifferenzierte Somatisierungsstörung	166	16,4
F45.2: Hypochondrie	26	2,6
F45.3: Somatoforme autonome Funktionsstörung	66	6,5
F45.4: Somatoforme Schmerzstörung	464	45,7
F45.8/9: Andere/nicht näher bezeich. Somatoforme Störung	90	8,9

6 Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie für die frühzeitige Erkennung und Therapieeinleitung

Bei Patienten mit somatoformen Störungen besteht häufig ein dramatisches Missverhältnis zwischen somatischer Diagnostik auf der einen sowie kinderpsychiatrischer Diagnostik auf der anderen Seite. Lediglich 3 % der Betroffenen erhalten eine angemessene fachspezifische Diagnostik und Behandlung (Perquin et al., 2001). Diese Erkenntnisse sprechen für die Notwendigkeit einer Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie bzw. -psychotherapie sowie der Implementierung einer psychosomatischen Basisdiagnostik innerhalb der somatischen Grundversorgung im ambulanten und stationären Bereich, um die Indikation für die weiterführende inter-disziplinäre Versorgung stellen zu können. Dies ist im stationären Bereich nur an wenigen Zentren durch die konsiliarische kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Mitbehandlung in der Kinderklinik gegeben. Im ambulanten Bereich ist für den Pädiater eine Kooperation mit einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeuten unbedingt anzuraten. Aus diesem Grunde hat der Pädiater als erster Ansprechpartner eine herausragende Bedeutung in Bezug auf die Früherkennung, Einleitung einer fachspezifischen Behandlung und damit Verhinderung einer Chronifizierung. Zudem ist es ebenfalls von enormer Bedeutung, dass vorhandene oder neu auftretende körperliche Beschwerden innerhalb einer kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung von einem Pädiater diagnostiziert, einem Krankheitsbild zugeordnet und gegebenenfalls mitbetreut werden.

6.1 Kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Erstgespräche

Eine wichtige Voraussetzung für den Behandlungserfolg ist, dass der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut sich die geschilderten Beschwerden ebenfalls ausführlich beschreiben lässt und ernst nimmt. Der Behandler sollte nicht darüber diskutieren, inwieweit die Beschwerden vielleicht eingebildet bzw. simuliert

sein könnten. Die Schwere der Symptomatik sollte über die Frage der Einschätzung anhand einer Skala (0 „keine Beeinträchtigung“ bis 10 „sehr starke Beeinträchtigung“) erfragt werden.

Wenn noch nicht erfolgt, sollte der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut eine sorgfältige körperliche Untersuchung beim Pädiater veranlassen. Bei der Beratung der Eltern sollte der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut darauf achten, dass die Eltern nicht ständig neue Zusatzuntersuchungen bei verschiedenen Fachärzten (Labor, Sonographie o. ä.) einfordern, sondern mit fachlicher Unterstützung des zuständigen Kinderarztes „begrenzte“ Untersuchungen nach dem Motto „so wenig wie möglich und so viel wie nötig“ veranlassen. Der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut sollte dabei bedenken, dass bei der Entscheidung bezüglich Zusatzuntersuchungen in vielen Fällen vor allem bei jüngeren Patienten neben fachlichen Überlegungen durchaus auch die Eltern eine entscheidende Rolle spielen. Wenn diese sich durch die vorliegende ausreichende Diagnostik nicht überzeugen lassen, dass ihr Kind körperlich gesund ist, ist es manchmal sinnvoll, die Indikation für eine „abschließende“ Zusatzuntersuchung großzügig zu stellen. Dabei spielt der enge Austausch zwischen Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut eine herausragende Rolle. Erst nach Abschluss der somatischen Diagnostik und einem ausführlichen Gespräch des Pädiaters mit dem Patienten und seinen Eltern, in dem alle Befunde erklärt und alle noch offenen Fragen beantwortet werden, ist es möglich, als Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut mit dem Patienten und seinen Eltern ins Gespräch zu kommen.

Im weiteren Verlauf ist es wünschenswert, dass der Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut die Erklärungsmodelle des Pädiaters kennt und möglichst die gleichen Worte verwendet, sodass die Eltern nicht verunsichert werden. Grundsätzlich sollten Aussagen wie „der Arzt hat nichts gefunden“ oder „du hast nichts“ vermieden werden. Vielmehr sollte immer wieder deutlich gemacht werden, dass der Arzt keine strukturellen Auffälligkeiten gefunden hat und der Patient körperlich gesund ist. Den Eltern gegenüber sollte betont werden, dass trotzdem ein Gesundheitsproblem vorliegt, die geschilderten Beschwerden vom Patienten empfunden werden und nicht eingebildet sind. An dieser Stelle sollte das psychosomatische Krankheitsmodell eingeführt werden. Die Eltern sollten darauf hingewiesen werden, dass gerade Kinder häufig auf psychosoziale Belastungen mit körperlichen Beschwerden reagieren, z. B. erfolgt bei Stress eine Muskelanspannung und diese wird dann als Schmerz wahrgenommen. Der Hinweis auf eine sich entwickelnde verstärkte Wahrnehmung von Körperprozessen bei wiederholten Beschwerden ist von großer Wichtigkeit. An Belastungsfaktoren spielen nach unserer Erfahrung am häufigsten schulische Belastungen, Mobbing, Ausgrenzung, Über- oder Unterforderung eine Rolle, aber auch familiäre Veränderungen können von Bedeutung sein. Wichtig ist, den Eltern zu erklären, dass Kinder durch die Beschwerden einen so genannten sekundären Krankheitsgewinn haben, das heißt, dass sie z. B. bei Schulängsten aufgrund der Beschwerden den Schulbesuch vermeiden können und vermehrt Zuwendung bekommen. Wenn die Eltern und das Kind das

psychosomatische Krankheitsmodell annehmen und alle Beteiligten sich an dieser Stelle eine mögliche Belastung vorstellen können, kann vorerst für die nächsten vier Wochen eine weitere kinderärztliche psychosomatische Basisversorgung ausreichen. Empfohlen werden das Führen eines Beschwerdetagebuches und feste, regelmäßige Termine, in denen die langsame Besserung der Symptomatik und eine Reintegration in den Alltag begleitet werden. Ein wichtiger Punkt ist, dass gerade psychosomatische Beschwerden nicht sofort „geheilt sind“, sondern sich im besten Fall langsam bessern. Es geht vor allem darum, das Verständnis und den Umgang mit den Beschwerden zu verändern. Die Patienten brauchen Zeit, das Symptom „in Ehren aufzugeben“ und „ihr Gesicht zu wahren“. Wichtig ist, dass eine normale Teilnahme am Leben und ein regelmäßiger Schulbesuch stattfindet. Es ist nachgewiesen, dass sich die Beschwerden durch einen regelmäßigen Schulbesuch bessern, während das Verbleiben zu Hause die Fokussierung auf die Beschwerden fördert (Noeker, 2008). Eine Krankschreibung sollte nur in Ausnahmefällen erfolgen.

6.2 Interdisziplinäre Kooperation mit dem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeuten

Wenn innerhalb von vier Wochen die Beschwerden nicht zumindest leicht gebessert sind bzw. der Schulbesuch nicht möglich ist, empfehlen wir eine zeitnahe erweiterte kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung (s. Abb. 1, folgende Seite). Dazu ist optimalerweise zu Beginn ein interdisziplinäres Gespräch des Pädiaters und des Kinder- und Jugendpsychiaters bzw. -psychotherapeuten sehr wichtig. Manchmal ist auch die weitere gemeinsame Betreuung durch den Pädiater und den Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeuten notwendig. Nur auf der Grundlage einer gesicherten somatischen Diagnostik, die keinen auffälligen Befund ergeben hat, kann die Diagnose einer somatoformen Störung gestellt werden. Häufig können die Belastungsfaktoren im ersten Gespräch exploriert werden und der Patient und seine Familie können ein psychosomatisches Krankheitsmodell gut annehmen. Es gibt aber auch den schwierigeren Fall, dass in den ersten kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Gesprächen keine psychosozialen Belastungsfaktoren exploriert werden können. Das sollte nicht zu dem Schluss führen, dass es sich nicht um eine somatoforme Störung handelt. Vielmehr sollte dies so gedeutet werden, dass der Patient und seine Eltern einen Zusammenhang noch nicht sehen können, und dies sollte dem Patienten und seiner Familie erstmal zugestanden werden. Wichtig ist, dem Patient und seiner Familie deutlich zu machen, dass ein Gesundheitsproblem vorliegt, das durch den Pädiater allein nicht gelöst werden kann, sondern die Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeuten notwendig macht. Die Kunst liegt darin, den Patienten und seine Familie für weitere Gespräche zu gewinnen und ihm die Angst vor „Psycho“ zu nehmen. Es hat sich bewährt, die Angst der Patienten und ihrer Familien zu reduzieren, indem im ersten Schritt erklärt wird, dass es sich bei den Auslösern der Symptomatik

häufig um Alltagsbelastungen, wie z. B. Kränkungen in der Schule, handelt, und nicht um schwerwiegende intrafamiliären Konflikte oder Traumata.

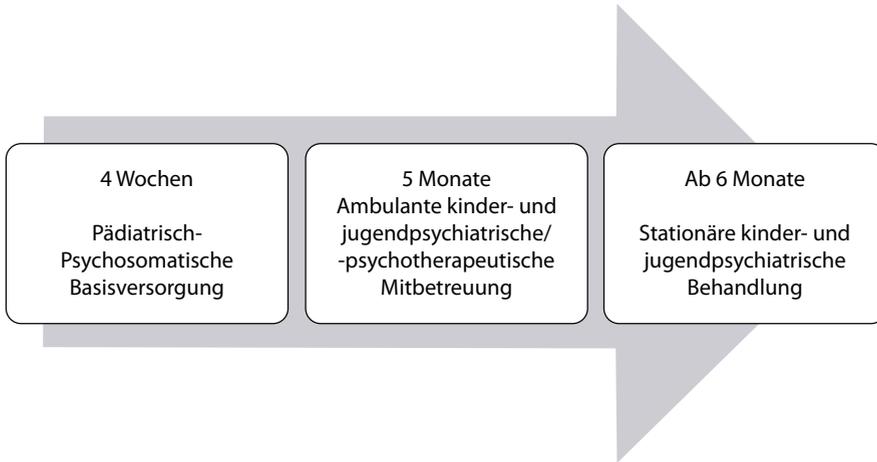


Abbildung 1: Zeitschiene der Behandlung

Nach Abschluss der erweiterten kinder- und jugendpsychiatrischen bzw. -psychotherapeutischen Diagnostik sollte bei Bestätigung der Diagnose einer somatoformen Störung eine ambulante kinder- und jugendpsychiatrische bzw. -psychotherapeutische Behandlung eingeleitet werden. Bei psychotherapeutischen Behandlungen sollte zu Beginn mit Deutungen vorsichtig umgegangen werden, da sonst die Gefahr besteht, dass die Behandlung abgebrochen wird (Albus, Kruse, Wöller, 2001). Je nach Symptomatik kann auch eine zusätzliche körperbezogene Behandlung, z. B. Krankengymnastik, sinnvoll sein. Bei schweren Verläufen können auch Psychopharmaka, in erster Linie Selektive Serotonin Reuptake Inhibitoren (SSRI) indiziert sein.

Wenn innerhalb von fünf Monaten keine ausreichend erfolgreiche Behandlung möglich ist, sollte im Konsens mit allen Beteiligten (Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut) eine teil- oder vollstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung eingeleitet werden. Während der stationären Behandlung wird die Beschulung im Rahmen der Klinikschule weitergeführt. Zudem kann neben den psychotherapeutischen Einzel- und Gruppengesprächen während eines stationären Aufenthaltes die zusätzliche Anwendung von nonverbalen Therapieformen (Körpertherapie, Musiktherapie, Entspannungstechniken) erfolgen.

Eine Behandlungskrise tritt auf, wenn die Eltern nach erfolgter unauffälliger somatischer Diagnostik das psychosomatische Krankheitsmodell nicht annehmen bzw. sie sich keine mögliche psychosoziale Belastung vorstellen können. In dieser Situation ist es wichtig, dass die Behandler (Pädiater, Kinder- und Jugendpsychiater bzw. -psychotherapeut) sich abstimmen, wer den Kontakt hält und einen stationären Aufenthalt in einer Kinderklinik

zur erweiterten Diagnostik einleitet. Optimal wäre die Einweisung in eine Kinderklinik mit einem kinder- und jugendpsychiatrischen Konsiliardienst. Andernfalls ist die Gefahr des doctor-hoppings gegeben. Ziel aller Behandlungen ist die Besserung der Symptomatik und die altersgemäße Teilnahme an alltäglichen Aktivitäten des Lebens. Je früher die somatoforme Störung erkannt wird, umso eher kann diese erfolgreich behandelt werden.

Literatur

- Albus, C., Kruse, J., Wöller, W. (2001). „Hätte ich die Beschwerden nicht, wäre alles gut“. Patienten mit somatoformen Störungen. In W. Wöller, J. Kruse (Hrsg.), *Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer.
- APA (2013). American Psychiatric Association – DSM V Development. <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/SomaticSymptomDisorders.aspx>
- Bernal, P., Estroff, D. B., Abouadarham, J. F., Murphy, M., Keller, A., Jellinek, M. S. (2000). Psychosocial morbidity: The economic burden in a pediatric health maintenance organization sample. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 154, 261-266.
- Campo, J. V., Di Lorenzo, C., Chiappetta, L., Bridge, J., Colborn, D. K., Gartner, J. C., Jr., Gaffney, P., Kocoshis, S., Brent, D. (2001). Adult outcomes of pediatric recurrent abdominal pain: Do they just grow out of it? *Pediatrics*, 108, E1.
- Eminson, D. M. (2007). Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 27, 855-871.
- Eminson, M., Benjamin, S., Shortall, A., Woods, T., Faragher, B. (1996). Physical symptoms and illness attitudes in adolescents: an epidemiological study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 37, 519-528.
- Essau, C. A., Conradt, J., Petermann, F. (2000). Häufigkeit und Komorbidität Somatoformer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 29, 97-108.
- Fritz, G. K., Fritsch, S., Hagino, O. (1997). Somatoform disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1329-1338.
- Hotopf, M., Carr, S., Mayou, R., Wadsworth, M., Wessely, S. (1998). Why do children have chronic abdominal pain, and what happens to them when they grow up? Population based cohort study. *BMJ*, 316, 1196-1200.
- Huertas-Ceballos, A. A., Logan, S., Bennett, C., Macarthur, C. (2009). Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane database of systematic reviews* (1), CD003019.
- Köberle, C. (2013). Screening für Somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters „SOMS-KJ“ – Eine Pilotstudie zu Sensitivität und Spezifität. (Medizinische Dissertation), Charité-Universitätsmedizin Berlin, Berlin.
- Lindley, K. J., Glaser, D., Milla, P. J. (2005). Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: Lessons from children with functional abdominal pain. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 335-337.
- Meesters, C. (2003). The Children's Somatization Inventory: Further Evidence for Its Reliability and Validity in a Pediatric and a Community Sample of Dutch Children and Adolescents. *Journal of pediatric psychology*, 28, 413-422.

- Noeker, M. (2008). Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter (Band 11). Göttingen: Hogrefe.
- Perquin, C. W., Hunfeld, J. A., Hazebroek-Kampschreur, A. A., van Suijlekom-Smit, L. W., Passchier, J., Koes, B. W., van der Wouden, J. C. (2001). Insights in the use of health care services in chronic benign pain in childhood and adolescence. *Pain*, 94, 205-213.
- Pfeiffer, E., Schröder, G., Lehmkuhl, U. (1997). Somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie*, 2, 102-105.
- Pilowsky, I. (1990). The concept of abnormal illness behavior. *Psychosomatics*, 31, 207-213.
- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., Hotopf, M. (2002). Frequent attenders with medically unexplained symptoms: Service use and costs in secondary care. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 248-253.
- Rief, W. (1999). [Functional physical complaints. Guideline for diagnosis and treatment of somatoform disorders]. *MMW Fortschritte der Medizin*, 141, 32-35.
- Rief, W., Hiller, W. (1999). Toward empirically based criteria for the classification of somatoform disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 507-518.
- Rief, W., Hiller, W. (2008). Screening für Somatoforme Störungen (SOMS). Manual. (2., vollst. überarb. u. neu normierte Auflage). Bern: Huber.
- Rief, W., Hiller, W., Heuser, J. (1997). SOMS - Das Screening für Somatoforme Störungen (Manual zum Fragebogen) Bern: Huber.
- Saps, M., Seshadri, R., Stainberg, M., Schaffer, G., Marshall, B. M., Di Lorenzo, C. (2009). A Prospective School-based Study of Abdominal Pain and Other Common Somatic Complaints in Children. *Journal of Pediatrics*, 154, 322-326.
- Schulte, I. E., Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria! What about children and adolescents? *Journal of psychosomatic research*, 70, 218-228.
- Tomasson, K., Kent, D., Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84, 288-293.
- Voss, K. (2012). Vergleich des SOMS-KJ mit dem YSR und des SOMS-KJ-E mit dem CBCL/4-18 hinsichtlich der Klassifikation somatoformer Störungen in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Inanspruchnahmepopulation. (Medizinische Dissertation), Charite - Universitätsmedizin Berlin, Berlin.
- Walker, L. S., Garber, J., Greene, J. W. (1991). Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 379-394.
- Walker, L. S., Garber, J., Smith, C. A., Van Slyke, D. A., Claar, R. L. (2001). The relation of daily stressors to somatic and emotional symptoms in children with and without recurrent abdominal pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 85-91.
- Wedekind, D., Bandelow, B., Fentzahn, E., Trumper, P., Ruther, E. (2007). The quantification inventory for somatoform syndromes (QUISS): A novel instrument for the assessment of severity. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257, 153-163.
- Winter, S., Köberle, C., Lenz, K., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U. (2013). Screening for Somatoform Disorders in Children and Adolescents SOMS-CA – A Pilot Study for Sensitivity and Specificity. *Journal of Pediatric Psychology* (eingereicht).
- Winter, S., Pfeiffer, E., Köberle, C., Lenz, K., Lehmkuhl, U. (2008). Arbeitsgruppe somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter: Screening für Somatoforme Störungen des Kindes- und Jugendalters SOMS-KJ. Berlin: Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow-Klinikum.

Wittchen, H. U., Pfister, H. (1997). DIA-X-Interviews: Manual für Screening-Verfahren und Interview; Interviewheft Längsschnittuntersuchung (DIA-X-Lifetime); Ergänzungsheft (DIA-X-Lifetime); Interviewheft Querschnittuntersuchung(DIA-X-12 Monate); Ergänzungsheft (DIA-X-12 Monate); PC-Programm zur Durchführung des Interviews (Längs- und Querschnittuntersuchung); Auswertungsprogramm. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Korrespondenzanschrift: Dr. med. Sibylle Winter, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin; E-Mail: Sibylle.Winter@charite.de

Sibylle Winter, Carolin Köberle, Ernst Pfeiffer und Ulrike Lehmkuhl, Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Virchow, Berlin; Klaus Lenz, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Institut für Biometrie, Klinische Biometrie, Berlin