



Somatoformen Störungen auf der Spur

Kinder mit somatoformen Störungen können leicht in einen Teufelskreislauf geraten – bei der Diagnose, aber auch bei den Symptomen. In der Arztpraxis heißt die Devise dann: Reden ist Gold.

Arzte jeden Fachs werden immer wieder mit Patienten mit somatoformen Störungen konfrontiert. Das gilt im selben Maß auch für Kinder- und Jugendfachärzte, wie auf der jüngsten Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- u. Jugendheilkunde (ÖGKJ) in Wien deutlich wurde.

„Somatoforme oder somatisierende Beschwerden bedeuten, dass emotionale und seelische Probleme und Unzulänglichkeiten über körperliche Beschwerden ihren Ausdruck finden“, erklärt OA Dr. Adrian Kamper, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für Kinder- und Jugendheilkunde. Kamper ist Departmentleiter an der Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde am Klinikum Wels-Grieskirchen sowie Leiter der Arbeitsgruppe Psychosomatik in der ÖGKJ.

Zur Definition der somatoformen Störungen gehört – und dem kommt im Kin-

des- und Jugendalter besondere Bedeutung zu – dass Eltern trotz negativer Ergebnisse wiederholt organmedizinische Untersuchungen einfordern. „Kinder bringt diese Vorgangsweise häufig in einen inneren Zwiespalt“, so Kamper. „Sie glauben dann, ihrem eigenen Erleben nicht trauen zu können – denn sie ‚hätten ja ohnehin nichts‘.“

Diagnostisches Dilemma

Dieses „Nichts haben“ offenbart das grundlegende Dilemma der Diagnose somatoformer Störungen. Dem Ursache-Wirkungs-Prinzip folgend, wird nach einer organischen Ursache der Beschwerden gesucht – die grundsätzlich in jedem Organsystem auftreten können. Damit wird ein Ausschlussverfahren in Gang gesetzt: Die sich anhäufenden negativen Befunde veranlassen zu immer mehr und immer invasiveren Untersuchungen. Eindeutige positive Kri-

terien für die Diagnose einer somatoformen Störung existieren allerdings nicht.

Um es nicht zu überflüssigen Untersuchungen kommen zu lassen, ist die Erfahrung des Arztes gefragt. Kamper: „Der Arzt sollte von Anfang an sicher genug und auch mit dem nötigen Wissen ausgestattet sein, eine psychosomatische Störung in Betracht zu ziehen und gleichzeitig die Anzahl somatischer Untersuchungen zu begrenzen.“ Dazu gehört eine gute Beziehung zum Patienten und – im Falle von Kindern und Jugendlichen – auch zur Familie. Denn in der Entstehungsgeschichte psychosomatischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen spielt die Familie eine entscheidende Rolle.

Ärztelisting droht

Innerhalb jeder Familie existieren – auch kulturell geprägte – Erklärungsmodelle und Vorstellungen zu Ereignissen, Ge-

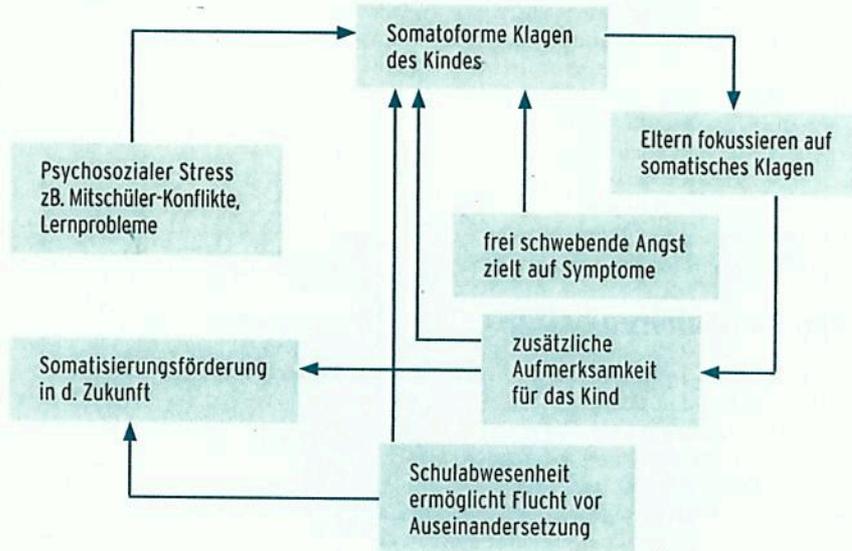
sundheit und Krankheit. Letzteres kann etwa stark somatisch orientiert sein. Modellvorstellungen werden zum einen selbst gelebt und an die Kinder weitergegeben, aber natürlich auch gegenüber dem Arzt vertreten. „Kann der Arzt dem daraus eventuell entstehenden Druck nicht standhalten, droht die Gefahr des ‚doctor-shopping‘ (engl. für Ärztehopping, Anm.)“, warnt der Experte.

Zudem werden psychosomatische Symptome bei Kindern und Jugendlichen entscheidend vom Verhalten der Eltern mit beeinflusst. Sind diese selbst unsicher oder ängstlich, kann das die Somatisierung verstärken (siehe Abbildung). Umgekehrt kann sicheres und klares Verhalten der Eltern symptomabschwächend wirken.

Nicht zuletzt spielen Persönlichkeitsfaktoren für die Entstehung psychosomatischer Symptome eine Rolle. Dazu zählen beispielsweise das Temperament, Verarbeitungsmechanismen, Umgang mit Emotionen, Coping-Mechanismen oder sozio-ökonomischer Status.

Somatoforme Störungen kommen bei Kindern und Jugendlichen offenbar häufig vor, auch wenn keine eindeutigen Zahlen vorliegen. 25 bis 35 Prozent aller Kinder, die einen Arzt mit körperlichen Beschwerden aufsuchen, dürften nach Schätzungen davon betroffen sein.

Somatisierungs-Verstärker-Mechanismen



Quelle: Dr. Adrian Kamper

„Bereits im Kindergartenalter können somatoforme Beschwerden auftreten – dann zumeist in Form von Bauchweh“, erklärt Kamper. Bei Volksschulkindern stünden Bauch- und Kopfschmerzen im Vordergrund. Im jugendlichen Alter verbreitert sich dann das Spektrum der Beschwerden, zudem werden die Beschwerden mädchen-

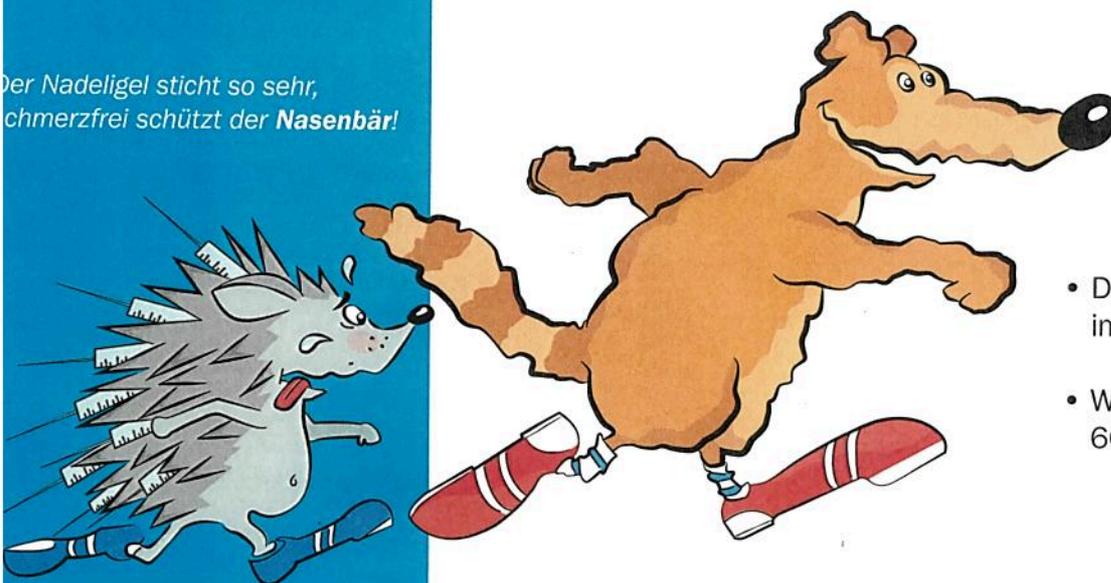
spezifisch. Kamper: „Probleme und Krisen bewältigen Burschen dann häufiger durch expansives Verhalten, Mädchen eher durch introvertiertes Verhalten – und introvertiertes Verhalten ist mit Körpersymptomen verbunden.“

Bei Jugendlichen kommt noch hinzu, dass sich Ängste bereits in die Zukunft rich-

NEU: FLUENZ™ TETRA Der Grippe-Impfspray

Ab sofort geht der Schutz durch die Nase.¹

Der Nadeligel sticht so sehr,
schmerzfrei schützt der Nasenbär!



- Die neue Grippeimpfung zum Sprühen¹
- Weltweit bereits 60-Millionenfach eingesetzt²

ten – als Erwartungs- oder Zukunftsängste. Dies wirkt nicht nur symptomverstärkend, sondern kann in Medikamenten- und Alkoholkonsum sowie Depressionen und damit letztendlich in einen daraus entstehenden Circulus vitiosus münden. In solchen Konstellationen sei die Familie ein wesentlicher Taktgeber, wie mit körperlichen Symptomen umgegangen wird, sagt Kamper. „Bei entsprechender somatisierender Haltung besteht eine hohe Übergangsrate zur Chronifizierung bis ins Erwachsenenalter.“

Reden und Zuhören helfen

In der Diagnostik stellt das Gespräch das zentrale Element dar. Kamper: „Das Gespräch braucht Zeit. Ich kann meine Überlegungen nicht dem Patienten ‚hinwerfen‘.“ Im Fall von Kindern müsse der Arzt mit den Eltern und dem Kind gemeinsam sprechen, mit Jugendlichen müsse alleine und mit Bezugspersonen gesprochen werden. „Das benötigt oft die doppelte Zeit.“ Und häufig sei es in der Zeitnot des Praxisalltags einfacher eine Untersuchung anzuordnen, als

sich mit den Eltern auseinanderzusetzen – umso mehr, als das Arzt-Patienten-Gespräch nicht ausreichend honoriert wird.

Dennoch ist es laut Kamper bei Verdacht auf eine psychosomatische Störung „State of the Art“, eine biopsychosoziale Anamnese parallel zur somatischen Abklärung durchzuführen, die sogenannte Simultan- bzw. Paralleldiagnostik. Damit bestünde zudem die Möglichkeit, schrittweise bei allen Beteiligten ein breiteres Verständnis für die Beschwerden zu schaffen.

Nicht außer Acht gelassen werden sollte trotzdem die Tatsache, dass Somatisierung auch gemeinsam mit körperlichen Erkrankungen auftreten kann. Darüber hinaus gebe es praktisch relevante Gefahrenmomente, die die Diagnostik beeinträchtigten, so Kamper: „Dazu zählen etwa Verharmlo-

ICD-10-Kodierung somatoformer Störungen

| | |
|--------------|---|
| F45.- | Somatoforme Störungen |
| F45.0 | Somatisierungsstörung |
| F45.1 | Undifferenzierte Somatisierungsstörung |
| F45.2 | Hypochondrische Störung |
| F45.3 | Somatoforme autonome Funktionsstörung |
| F45.4 | Anhaltende somatoforme Schmerzstörung |
| F45.8 | Sonstige somatoforme Störungen |
| F45.9 | Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet |

sung und Zögerlichkeit vonseiten des Arztes.“

Drehscheibe Arzt

„Eine vertrauensvolle und belastbare Beziehung stellt die Grundlage der Behandlung dar“, erinnert Kamper. „Denn dann kann gute Aufklärung geleistet werden, und dann kann ich beispielsweise als Allgemeinmediziner auch die Motivation schaffen, um eine Psychotherapie oder Erziehungsberatung anzugehen.“

Große Bedeutung kommt einer regelmäßigen medizinischen Betreuung zu. Der Arzt fungiert quasi als „Drehscheibe“, zum einen, um den Patienten zu halten und Ärzthopping zu vermeiden, zum anderen, um interdisziplinäre Therapiemodalitäten zu koordinieren. „Zentrales Thema bleibt die Betreuung der gesamten Familie“, betont Kamper. Generell wird eine frühzeitige Betreuung durch ein interdisziplinäres pädiatrisches Team empfohlen. Dieses umfasst Spezialisten aus Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinischer Psychologie bzw. Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit etc.

„Wenn Medikamente eingesetzt werden, dann im Rahmen eines Gesamtkonzepts und mit nicht zu hohen Erwartungen, außer es gibt eine behandlungswürdige Angst und/oder Depression“, rät Kamper. Es müsse darauf geachtet werden, ob ein Medikament zugelassen und ob das Nutzen-Risiko-Verhältnis günstig ist. Außerdem: „Man sollte den Effekt von Psychopharmaka nicht überschätzen.“

Therapeutisch wäre den somatoformen Störungen also beizukommen. Aber Kamper schränkt ein: „Vieles spricht dafür, dass nur drei bis vier Prozent derer, die somatoforme Beschwerden haben, tatsächlich eine Therapie erhalten.“ Prospektive Daten sprechen von einer Chronifizierungsrate ins Erwachsenenalter von über 50 Prozent. Und retrospektiv geben 75 Prozent der Erwachsenen an, ihre Beschwerden zumindest bereits im Jugendalter gehabt zu haben.

Kamper hält dennoch als positiven Aspekt fest: „Bei rechtzeitiger Diagnose und adäquater Therapie besteht bei somatoformen Störungen durchaus eine günstige Prognose.“

Dr. Michaela Steiner

Kasuistik: „Kranksein ohne organopathologischen Befund“

Die exemplarische Kasuistik zeigt einen typischen Verlauf einer somatoformen Störung im Kindesalter.

Die neunjährige Sonja, ein ansonst gesundes Mädchen, erwacht eines morgens mit einem „Schiefals“. Ihre Mutter sucht mit ihr den Hausarzt auf. Im Zuge der Anamnese stellt sich heraus, dass in der Nachbarschaft eine Frau mit einer Hemiparese nach einem Schlaganfall wohnt. Die körperliche Untersuchung ergibt keinerlei Auffälligkeiten. Dennoch veranlasst der Hausarzt auf Drängen der Mutter ein Röntgen der Halswirbelsäule, welches unauffällig ist.

Am nächsten Tag entwickelt das Mädchen zusätzlich zum Schiefals Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen des linken Armes. Der erneut konsultierte Hausarzt schickt Mutter und Kind – in der Annahme eines Traumas – zur weiteren Abklärung ins Krankenhaus an die Unfallambulanz, wo bei dem Mädchen eine MRT-Untersuchung des Schädels und der Halswirbelsäule durchgeführt wird. Diese erbringt einen Normalbefund.

Ein Analgetikum wird verordnet, Mutter und Kind werden zur weiteren Beutachtung an die Kinderambulanz geschickt. Nach eingehender Untersuchung, inklusive neurologisch-klinischer Diagnostik, werden Kind und Mutter zur Beobachtung stationär aufgenommen. Am Tag nach der Aufnahme besteht ein neurologischer Nor-

malbefund, sodass die Entlassung erfolgt.

Zwei Tage später treten bei der Patientin Lähmungserscheinungen und Sensibilitätsstörungen des linken Beines auf, die klinisch keiner organischen Läsion zordenbar sind. Spürbar ist die Angst von Mutter und Kind vor einer Erkrankung, verbunden mit dem Einfordern erneuter Untersuchungen.

Ein ausführliches Gespräch findet anstelle neuerlicher Untersuchungen statt. Familiäre Belastungen werden deutlich, vor allem aber das intensive Miterleben der Zeit nach dem Schlaganfall der Nachbarin, zu der sehr guter Kontakt besteht.

Auf Basis dieser Informationen finden Gespräche mit Mutter und Kind statt, die zu einem neuen Verständnis für die gezeigten Symptome führen, mit rascher Befundnormalisierung.

Wenige Tage später, nach einem Streit mit der Mutter, zeigt das Mädchen erneut eine neurologische Symptomatik, diesmal rechtsseitig. Nach erneuter Untersuchung wird die Szene des Streites gemeinsam besprochen und die Thematik geklärt. Die Symptome klingen wiederum rasch ab.

Die bereits wesentlich sicherer wirkende Mutter kann in der Folge den Vorschlag erziehungsberaterischer Gespräche annehmen.