

Redaktion

A. Borkhardt, Düsseldorf
S. Wirth, Wuppertal

**P. Scheer¹ · A. Kamper² · Arbeitsgruppe Psychosomatik
der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde**

¹ Graz

² Department für Psychosomatik, für Säuglinge, Kinder und Jugendliche,
Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH, Grieskirchen

Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

Konsensuspapier der AG „Psychosomatik“ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Somatoforme Störungen sind in der kinder- und jugendärztlichen Praxis ein großes Problem. Medikamente helfen nicht, die Patientinnen und Patienten leiden sehr, und die Eltern sind zu Recht besorgt. Kenntnisreiche Hilfe und leitliniengestütztes Vorgehen sollen Kolleginnen und Kollegen ebenso helfen wie den Kindern und ihren Eltern. Dabei geht es um den adäquaten Einsatz des Gesprächs ebenso wie um Unterlassung quälender und manchmal entbehrlicher Untersuchungen.

Definition der Somatisierung

Es ist ein Krankheitsverhalten, bei dem psychosozialer Stress als körperliches Symptom erlebt und kommuniziert wird und trotz negativen Ergebnissen organmedizinischer Untersuchungen weitere Untersuchungen eingefordert werden [9].

Diese Körperbeschwerden zeigen sich am häufigsten in Form von:

- Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation,
- Störungen von Organfunktionen, v. a. vegetativen Symptomen,
- Erschöpfung, erhöhter Ermüdbarkeit.

Die unterschiedlichen Begriffe *nichtspezifisch*, *funktionell* und *somatoform* geben die unterschiedlichen Sichtweisen und Perspektiven wieder:

- Allgemeinmedizin: *nichtspezifische* Körperbeschwerden. Dieser Begriff betont die fehlende Zuordenbarkeit von Beschwerden, mit denen Patienten den Hausarzt aufsuchen. Er soll eine frühe Krankheitsetikettierung vermeiden helfen.
- Somatisch orientierte Fächer: *funktionelle* Beschwerden. Mit dieser Bezeichnung wird die Bedeutung der ungestörten Organfunktion bei erlebten Beschwerden betont.
- Psychosomatische/psychiatrische Fächer: *somatoforme* Beschwerden. Diese Begriffswahl orientiert sich an der psychiatrischen Klassifikation der ICD-10 und beschreibt Körperbeschwerden, für die trotz medizinischer Untersuchungen keine organische Ursache gefunden wird und die über zumindest 6 Monate bestehen.

Diskutiert wird die Verwendung des terminologisch vereinheitlichenden Begriffs „NFS“ (nichtspezifisch, funktionell, somatoform) für diese Krankheitsgruppe [10].

Klassifikationssysteme

Die entsprechenden Klassifikationssysteme finden je nach fachlicher Ausrichtung Anwendung: z. B. Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 (ICD-10/MAS) im deutschsprachigen, psychosomatischen und kinder- und jugendpsychiatrischen Fachbereich, die schmerztherapeutische Klassifikation nach der International Association for the Study of Pain (IASP) oder die gastroenterologische Klassifikation in Form der ROM-III-Kriterien.

Charakterisierung des Störungsbilds

Klinische Symptome

Als Leitsymptome gelten Schmerzen und veränderte Empfindungen unterschiedlicher Lokalisation, beeinträchtigte Organfunktionen mit vegetativen Beschwerden sowie Erschöpfungs- und Müdigkeitszustände.

Insbesondere im Jugendalter tragen begleitende oder hinzukommende

Freigegeben vom Präsidium der ÖGKJ.

P. Scheer · A. Kamper · Arbeitsgruppe Psychosomatik der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Konsensuspapier der AG „Psychosomatik“ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde

Zusammenfassung

Nichtspezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden betreffen etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen und stellen eine hohe Inanspruchnahmepopulation aller medizinischen Versorgungsebenen dar. Die vorhandenen Prävalenzdaten sind zahlreich, allerdings inhomogen (Campo et al., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1093–1101, 1999; Eminson, *Clin Psychol Rev* 27(7):855–871, 2007; Essau et al., *Z Klin Psychol Psychother* 29:97–108, 2000; Hessel et al., *Psychotherapeut* 48:109–116, 2003; King et al., *Pain* 152(12):2729–2738, 2011; Noeker, Funktionelle und Somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Reihe: Klinische Kinderpsychologie, 2008; Perquin et al., *Eur J Pain* 7:551–559, 2003; Roth-Isigkeit, *Monatsschr Kinderheilkd*, 154:741–754, 2006). Bei rechtzeitiger Diagnosestellung und

adäquater Therapie besteht eine günstige Prognose. Ergebnisse sprechen dafür, dass die Diagnostik und die Therapieschritte häufig unterbleiben und so ein chronischer Langzeitverlauf bis ins Erwachsenenalter auftritt. Bei leichteren Verläufen im Kindesalter ist die biopsychosoziale Simultandiagnostik erforderlich, „zweiäugige“ Erklärungsansätze sollen diskutiert werden. Körperliche und soziale Aktivierung sind nötig. Mit der Schwere der Störung steigt das Erfordernis eines interdisziplinären Vorgehens.

Schlüsselwörter

Erstlinienversorgung · Schmerz · Psychologie · Psychische Gesundheitsdienste/ Inanspruchnahme · Psychische Störung/ Ätiologie

Dealing with children and adolescents with nonspecific functional and somatoform physical complaints. Consensus paper of the working group on psychosomatics of the Austrian Society of Pediatrics and Adolescent Medicine

Abstract

Nonspecific, functional and somatoform physical complaints affect approximately one third of children and adolescents and represents a population with a high utilization of all levels of medical treatment. The available data on prevalence are manifold but inhomogeneous (Campo et al., *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1093–1101, 1999; Eminson, *Clin Psychol Rev* 27(7):855–871, 2007; Essau et al., *Z Klin Psychol Psychother* 29:97–108, 2000; Hessel et al., Funktionelle Somatoforme Störungen im Kindes- und –Jugendalter, 2003; King et al., *Pain* 152(12):2729–2738, 2011; Noeker, Funktionelle und Somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Reihe: Klinische Kinderpsychologie, 2008; Perquin et al., *Eur J Pain* 7:551–559, 2003; Roth-Isigkeit, *Monatsschr Kinderheilkd*, 154:741–754,

2006). The prognosis is favorable if the diagnosis is timely and the therapy is adequate. The results indicate that the diagnostics and therapeutic steps are often not undertaken so that a chronic long-term course into adulthood occurs. For mild forms in childhood simultaneous biopsychosocial diagnostics are necessary and parallel clarification approaches should be considered. Physical and social activation is necessary. The requirement for an interdisciplinary approach increases with the severity of the disorder,

Keywords

Primary healthcare · Pain · Psychology · Mental health services/utilization · Mental disorders/etiology

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

Infobox 1 Merkmale der Diagnostik und Therapie

Eigene Haltung und Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung

- Offen-transparent
- Nichtzögerlich
- Beruhigend
- Sichernd
- Begrenzende somatische Diagnostik

Gesprächsführung

- Aktives Zuhören
- Sich Beschwerden schildern lassen
- Empathisch sein und bleiben
- Psychosoziale Themen wie nebenbei erfassen
- Empathisch nachfragen (offene Fragen), damit mögliche Bedeutungen prüfen
- Je nach Einschätzung diese nonkonfrontativ einbringen
- „Volksmund“-Aussagen zu Körper/Psyche nutzen (wie: „die Stimmung schlägt auf den Magen“, „wie ein Kloß im Hals“)
- Vermeiden verharmlosender oder stigmatisierender Begriffe (wie: „ist sicher nichts Ernstes“, [10])

Ängste, depressive Symptome und Substanzabusus (im Sinne einer fehlgeleiteten Selbstbehandlung) zur Aufrechterhaltung der Beschwerden und zur Chronifizierung bei.

Ätiologie und Pathogenese

Nach wie vor existieren unterschiedliche Konzeptionen der Somatisierung [6]. Multifaktorielle Erklärungsmodelle für das Kindes- und Jugendalter unter Berücksichtigung der Entwicklung und des familiären Kontextes sind vorhanden [11].

Diagnostik

Die sog. Simultan- bzw. Paralleldiagnostik berücksichtigt somatische und psychosoziale Gesichtspunkte/Faktoren gleichermaßen von Anfang an. Das Dilemma der oft durchgeführten organischen Ausschlussdiagnostik besteht darin, dass letzte Sicherheit nicht erreichbar ist, Wiederholung und ein Zuviel an invasiver Diagnostik betrieben wird. Daher wird mithilfe einmaliger adäquater Untersuchung

Infobox 2 Anleitung zur Behandlungsdurchführung

Allgemeine Anleitung

- Berücksichtigung des Alters des Kindes/Jugendlichen
- Beruhigung bringen, indem man Bindung herstellt
- Anregung zu körperlicher und sozialer Aktivierung
- Berücksichtigung des Alltags von Kind und Familie
- Schrittweise Veränderung des Erklärungsmodells des Patienten bzw. der Eltern/Familie, wenn nötig
- Klärung des Umgangs mit Sportfreistellung, Schulabwesenheit, Krankenstandsmeldungen bzw. Arbeitsunfähigkeit, unter Einschätzung von Vor- und Nachteilen und Einbau in den Gesamtbehandlungsplan mit Aufforderung zur Veränderung von Verhaltensweisen
- Motivationsarbeit im Sinne der Salutogenese leisten

Je nach Ausprägung der Erkrankung

- Klaren Behandlungsplan etablieren
- Strukturierung stärken
- Regelmäßige beschwerdeunabhängige Termingestaltung
- Beachtung und Therapie von Komorbiditäten
- Konkret erreichbare, realistische Therapieziele (Strategie kleiner Schritte)
- Dosierte körperliche und soziale Aktivierung
- Zusatzmaßnahmen innerhalb des Gesamttherapieplans in Form von körperorientierten bzw. nonverbalen Therapieelementen und Entspannungsverfahren etablieren
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit assoziierten Berufsgruppen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinischer Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit, Schule, diverse Institutionen)

Indikationen für einen (teil-)stationären Aufenthalt

Je nach Schwere der Erkrankung, mit den Zielen, die Chronifizierung zu vermeiden, die altersübliche Funktionsfähigkeit zu verbessern bzw. wieder herzustellen

- Bei ausgeprägter körperlicher Symptomatik
- Bei somatischer Komorbidität mit Krankheitswert (z. B. Verlassen des Hauses unmöglich)
- Bei psychischen Symptomen im Sinne einer Depression, die die Gefahr eines Suizids in sich tragen
- Bei deutlicher psychischer Komorbidität
- Bei längerer Schul- bzw. Arbeitsunfähigkeit
- Bei hoher biografischer Belastung
- Bei ausbleibendem Erfolg ambulanter Behandlung
- Bei überwiegend somatischem Krankheitsverständnis
- Um multimodale Diagnostik und Behandlung leisten zu können
- Eventuell zur Unterbrechung der Krankheitsroutine

im Sinne von „so viel wie notwendig, so wenig wie möglich“ vorgegangen. Die Abklärung wird von Anfang an in Richtung eines biopsychosozialen, holistischen Denkens geführt. Besonders zu beachten: Somatisierung tritt auch gemeinsam mit körperlichen Erkrankungen auf. Für die Praxis bedeutet dies: Trotz guter Untersuchung muss und soll der behandelnde Arzt immer wachsam bleiben.

Gründe für die Erweiterung zu interdisziplinärem Vorgehen

Diese soll jedenfalls erfolgen bei:

- Schwierigkeiten der Symptomzuordnung,
- Verdacht auf psychische Störung,
- Chronifizierung (bei Verdacht oder bestehend),
- je nach Ausmaß psychosozialer Folgen (wie Rückzugsverhalten, Schul- oder Arbeitsfehlzeiten).

Infobox 3 Orientierungshilfe zur Einschätzung des Schweregrads

Protektive Faktoren, prognostisch günstig („green flags“)

- Fehlen von biopsychosozialen Risikofaktoren
- Vorhandensein von Schutzfaktoren: individuell und familiär, wie
 - Offenes, flexibles Temperament
 - Individuelle aktive Bewältigungsstrategien
 - Gesunde Lebensführung
 - Stabile emotionale Beziehungen/Bindung
 - Unterstützende familiäre Bewältigungsstrategien

Charakteristika schwerer Verläufe („yellow flags“)

- Polysymptomatik
- Häufige oder andauernde Beschwerden
- Kurze oder seltene beschwerdefreie Intervalle
- Dysfunktionale Gesundheits- und Krankheitswahrnehmung
- Dysfunktionale Bewältigungsstrategien
- Hohes Schon- und Vermeidungsverhalten
- Deutlich herabgesetzte Funktionsfähigkeit (wie Verweigerungshaltung, Freistellungen, Krankenstände, Rückzug)
- Zumindest mäßige psychosoziale Risikofaktoren
- Übermäßige gesundheitsbezogene Ängste
- Psychische Komorbidität [wie Angststörung, Depression, posttraumatische Belastungsstörung, Suchterkrankung, Persönlichkeits(entwicklungs)störung]
- Sich schwierig gestaltende Arzt-Patient-Beziehung
- Iatrogen begünstigende Chronifizierungsfaktoren

Warnsignale für schwerste Verläufe („red flags“)

- Deutliche Zunahme der bestehenden (polytopen) Beschwerdesymptomatik
- Schwerste Ausprägung der Beschwerden mit Funktionseinschränkung/-verlust und Folgen
- Warnsignale/-symptome körperlich definierter Erkrankungen
- Körperliche Folgeschäden
- Ausgeprägte psychische Komorbidität
- Hinweise auf selbstschädigendes Verhalten
- Suizidalität
- Häufige Behandlerwechsel
- Wiederholte Therapieabbrüche
- Hinweise auf ernstes iatrogen schädigendes Verhalten

Verwendung von Symptomprotokollen

Der Nutzen von Symptomprotokollen zur Diagnostik ist gering. Auch wenn sie zeitlich begrenzt hilfreich sein können, können sie bei längerer Anwendung kontraproduktiv sein, weil sie die Symptome verstärken können.

Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebogen

Im Rahmen von Screeningfragebogen zum Verhalten von Kindern und Jugend-

lichen [wie Child Behavior Checklist (CBCL) und Youth Self-Report (YSR)] sind entsprechende Fragen zu körperlichen Symptomen vorhanden. Auch liegt ein valider, deutschsprachiger Beschwerdefragebogen vor [12].

Inhalte der Paralleldiagnostik

- Biopsychosoziale Anamnese:
 - genaue Erfragung der Beschwerden nach Art, Lokalisation, Anzahl, Häufigkeitsdauer und Intensität,
 - Erfassen von Begleitbeschwerden durch systematisches Abfragen der Organsysteme,

- Erfragen der Alltagsfunktionsfähigkeit,
- Erfragen des psychischen Befindens,
- Exploration der Krankheitstheorie bzw. des Krankheits- und Gesundheitsverhaltens innerhalb der Familie (subjektive Erklärungsmodelle),
- Exploration psychosozialer Belastungs- und Schutzfaktoren [13].

Beachtung des Gesprächsablaufs: zuerst das Gespräch mit dem Kind bzw. Jugendlichen führen, erst dann das Gespräch mit den Eltern.

- Somatische Diagnostik:
 - körperliche Untersuchung,
 - auf die Symptome ausgerichtete Diagnostik mit Augenmaß,
 - Sorgen der Eltern nicht als Anlass zu weiterer Diagnostik verstehen.

Medizinische und psychosoziale Betreuung

Allgemeine Grundsätze

Es gilt Folgendes:

- Als allgemeine Grundlage ist die psychosomatische Grundversorgung anzusehen, deren wesentliche Säulen Beratung, Information und Psychoedukation (wie Erklärungen zur Stressphysiologie) sind.
- Es bedarf der Miteinbeziehung der Familie bzw. wichtiger Vertrauens- und Bezugspersonen.
- Die medizinische Betreuung findet regelmäßig statt, nicht erst oder bloß bei Symptomverschlechterung.
- Die Betreuung versteht sich im Sinne der Ausübung der sog. Drehscheibenfunktion in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit assoziierten Berufsgruppen (wie Kinder- und Jugendpsychiatrie, klinischer Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Physiotherapie, Sozialarbeit u. a.).

Grundlegende Voraussetzungen für Diagnostik und Therapie

Diese betreffen (■ **Infobox 1**):

- die eigene Haltung,
- die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung,
- die Gesprächsführung [10].

Behandlungsdurchführung

Zur Behandlungsdurchführung:

- **Infobox 2.**

Einschätzung des Schweregrads

Eine Orientierungshilfe in Anlehnung an die aktuellen S3-Leitlinien des Erwachsenenalters bietet ■ **Infobox 3.**

Psychopharmakaeinsatz bei NFS im Kindes- und Jugendalter

Die Literatur zum Einsatz von Psychopharmaka bei NFS im Kindes- und Jugendalter ist limitiert [14, 15, 16, 17, 18, 19, 20]. Ein Cochrane Review zum Einsatz von Antidepressiva in der Behandlung von „functional gastrointestinal disorders, recurrent abdominal pain“ (FGID) im Kindes- und Jugendalter zeigt, dass diese derzeit nicht empfohlen werden können [21]. Für das Erwachsenenalter liegen Daten zum Einsatz vor, die Wirksamkeit (für Antidepressiva, Benzodiazepine) bescheinigen, allerdings bei Benzodiazepinen um den Preis der Abhängigkeit. Klinische Erfahrungen zeigen, dass Antidepressiva bei gleichzeitigem Vorhandensein von Angststörungen und affektiven Störungen hilfreich sein können. Bei schmerzdominantem Verlauf wird im Erwachsenenalter die zusätzliche, zeitlich befristete Gabe von Antidepressiva [selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)] im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplans empfohlen [10].

Transition ins Erwachsenenalter

Die Übergabe zur Weiterbetreuung erfolgt nach individueller Gestaltung und erfordert unterstützende Motivation zur Umsetzung. Regional sehr unterschied-

lich, besteht die Möglichkeit der Nutzung von Spezialambulanz (vornehmlich in Zentralräumen).

Thematik von Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen sind im Zusammenhang mit Erkrankungen des somatoformen Spektrums kritisch zu sehen. Aus fachlicher Sicht kann keine Empfehlung zur Nutzung abgegeben werden. Dies gilt deshalb, weil die Gefahr der Symptomverstärkung sehr groß ist.

Fazit für die Praxis

- Somatoforme Störungen können tückisch sein. Hinter jeder Beschwerde, hinter jedem Schmerz kann eine ernste somatische Diagnose stehen. Sie zu übersehen, kann nachhaltige Schäden hervorrufen.
- Umso bedeutender ist es, dass sich Kolleginnen und Kollegen ihrer Arbeitshypothese bewusst sind und diese immer wieder infrage stellen.
- Ebenso ist jede Untersuchung, jede Überweisung kritisch anhand dieser Hypothese zu überprüfen.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Kamper

Department für Psychosomatik, für Säuglinge, Kinder und Jugendliche, Abteilung für Kinder- und Jugendheilkunde, Klinikum Wels-Grieskirchen GmbH
Wagnleithnerstr. 27, 4710 Grieskirchen Österreich
adrian.kemper@klinikum-wegr.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. P. Scheer und A. Kamper geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

Literatur

1. Campo JV, Jansen-McWilliams L, Corner DM, Kelleher KJ (1999) Somatization in pediatric primary care: association with psychopathology, functional impairment and use of services. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1093–1101
2. Eminson DM (2007) Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 27(7):855–871
3. Essau C, Conradt J, Petermann F (2000) Häufigkeit und Komorbidität somatoformer Störungen bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. *Z Klin Psychol Psychother* 29:97–108
4. Hessel A, Geyer M, Schumacher J, Brähler E (2003) Somatoforme Beschwerden bei Jugendlichen in Deutschland. *Psychotherapeut* 48:109–116
5. King S, Chambers CT, Huguet A et al (2011) The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. *Pain* 152(12):2729–2738
6. Noeker M (2008) Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Reihe: Klinische Kinderpsychologie, Bd 11. Hogrefe, Göttingen
7. Perquin CW, Hunfeld JA, Hazebroek-Kampschreur AA et al (2003) The natural course of chronic benign pain in childhood and adolescence: a two-year population-based follow-up study. *Eur J Pain* 7:551–559
8. Roth-Isigkeit A (2006) Zur Epidemiologie von anhaltenden und/oder wiederkehrenden Schmerzen bei Kindern. *Monatsschr Kinderheilkd* 154:741–754
9. Lipowski ZJ (1988) Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry* 145:1358–1368
10. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W et al (2013) Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden, S3-Leitlinientext. Schattauer, Stuttgart
11. Resch F (1999) Entwicklungspsychopathologie des Kindes- und Jugendalters. Beltz, Weinheim
12. Winter S, Köberle C, Lenz K et al (2012) Systematik somatoformer Störungen. *Monatsschr Kinderheilkd* 160:20–26
13. Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Schulte-Markwort M, Warnke A (2008) Entwicklungspsychiatrie. Schattauer, Stuttgart
14. Campo JV, Fritz G (2001) A management model for pediatric somatization. *Psychosomatics* 42:467–476
15. Dulcan MK (2010) Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Association Publishing, Arlington VA
16. Fegert JM, Streeck-Fischer A, Freyberger HJ (2009) Adoleszenzpsychiatrie. Schattauer, Stuttgart
17. Friedt M (2008) Reizdarm-Syndrom. *Monatsschr Kinderheilkd* 156:275–286
18. Hyams JS, Zeiter DK (2002) Recurrent abdominal pain in children. *Pediatr Clin North Am* 49(1):53–71
19. Rutter M, Taylor E (2002) Child and adolescent psychiatry, 4. Aufl. Blackwell, Oxford
20. Shaw RJ, DeMaso DR (2010) Textbook of pediatric psychosomatic medicine. American Psychiatric Association Publishing, Arlington VA
21. Kaminski A, Kamper A, Thaler K et al (2009) Antidepressants for the treatment of abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* (7):CD008013

Hier steht eine Anzeige.

