

SOMATOFORME STÖRUNGEN BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN

E. Pfeiffer, G. Schröder, U. Lehmkuhl

Zusammenfassung

Somatoforme Störungen haben häufig ihren Beginn bereits im Kindes- und Jugendalter, deshalb ist eine frühzeitige Diagnose wichtig. Probleme der Klassifikation in diesem Alter werden diskutiert und eine Modifizierung der Diagnosekriterien, z.B. für die Somatisierungsstörung, vorgeschlagen. In einem Literaturüberblick wird auf Fragen der Prävalenz und Ätiologie sowie auf alters- und geschlechtsspezifische Faktoren eingegangen. In einer eigenen Studie an 108 Kindern und Jugendlichen mit somatoformen Störungen fanden wir eine erhöhte psychiatrische Komorbidität, eine hohe familiäre Krankheitsbelastung sowie ein hohes psychosoziales Belastungsniveau im Vergleich zu anderen Patientengruppen. Es folgen Empfehlungen zur Intervention und zur Psychotherapie.

Schlüsselwörter

Somatoforme Störungen - Diagnose und Klassifikation im Kindes- und Jugendalter - Somatisierungsstörung

Summary

Somatoform disorders often begin in childhood and adolescence, therefore an early diagnosis is important. Problems of classification in this age are being discussed and a modification of diagnostic criteria is proposed for somatization disorder. A review of literature is given covering questions of prevalence, age- and genderspecific factors and questions of aetiology. Our study on 108 children and adolescents with somatoform disorders shows elevated psychiatric comorbidity, high frequency of familiar illness and a high level of psychosocial dysfunction compared to other patient-groups. Recommendations are given for intervention and psychotherapy.

Keywords

Somatoform disorders - diagnosis and classification in children and adolescents - somatization disorder

Einleitung

Somatisierung kann nach Lipowski (1988), dem Doyen der Liaison-Psychiatrie, definiert werden als Erfahrung und Kommunikation körperlicher Symptome, die nicht auf einer körperlichen Erkrankung, sondern eher auf psychologischem Streß basieren.

Das Konzept der somatoformen Störung mit dem Prototyp der Somatisierungsstörung ist spätestens seit der Einführung des Begriffs in der ICD-10 im Jahre 1992 recht gut etabliert (s. hierzu die Beiträge in diesem Heft).

Inzwischen setzt sich auch die pädiatrische und kinder- und jugendpsychiatrische Literatur mit der Frage auseinander, ob dieses Konzept für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen einen Vorteil bietet.

Die Übersichtsarbeiten von Benjamin und Eminson (1992), Campo und Fritsch (1994) und Garralda (1996) seien als Beispiele genannt, Studien aus dem deutschsprachigen Raum liegen bisher nicht vor.

Dem frühzeitigen Erkennen einer Somatisierungsneigung bereits im Kindes- und Jugendalter mit anschließender Intervention kommt eine besondere Bedeutung zu, da bei Persistenz der Beschwerden eine Chronifizierung der „illness behaviour“ (Benjamin und Eminson 1992) mit schlechter Prognose droht.

Schon Briquet (1859) erkannte, daß das damals noch als „Hysterie“ bezeichnete Krankheitsbild der Somatisierung häufig im Kindes- und Jugendalter beginnt, wie neuere Untersuchungen bestätigen: So fand Tomasson (1991) unter 65 Erwachsenen mit Somatisierungsstörung das Auftreten der ersten

Symptome bei 75 % der Patienten vor dem 20. Lebensjahr, Bass und Murphy (1995) berichten über einen Beginn der Symptomatik in ihrer Kohorte mit durchschnittlich 14 Jahren.

Die Mehrzahl der Somatisierungspatienten wird bereits im Kindes- und Jugendalter medizinische Hilfe suchen. Damit erhält der Haus-/Kinderarzt als erste Anlaufstelle, Kommunikationspartner und Weichensteller eine entscheidende Bedeutung.

Definition, Klassifikation

Wenn ein Arzt die Beschwerden eines Kindes oder Jugendlichen aufgrund der organischen Diagnostik nicht erklären kann, wird bis heute eine Reihe meist unpräziser, „blumiger“ Begriffe benutzt (z.B. „vegetative Dystonie“), die der Familie in der Regel nicht genügen. Hier stellen die jetzt gültigen Klassifikationssysteme ICD-10 bzw. DSM-IV mit ihren operationalisierten Diagnosekriterien eine Verbesserung dar (s. den Beitrag von Hiller & Rief in diesem Heft).

Für das Kindes- und Jugendalter erhebt sich jedoch die Frage nach der Übertragbarkeit der Diagnosekriterien. Campo und Fritsch (1994) fordern z.B. die Entwicklung weniger restriktiver und stärker entwicklungsorientierter Kriterien. So müßten u. E. mehrere ICD-10-Kriterien der Somatisierungsstörung speziell für das Kindes- und Jugendalter modifiziert werden: Das Zeitkriterium A sollte von 2 Jahren auf 6 Monate/1 Jahr reduziert werden, da diese Zeitspanne bei einem 10jährigen

Kind, bezogen auf seine Lebensspanne und seine Entwicklungsaufgaben, bereits als bedeutsam eingestuft werden muß. Ähnlich könnte das Kriterium C z.B. von 3 auf 2 Konsultationen reduziert werden, da das Aufsuchen verschiedener Fachärzte im Kindesalter weniger üblich ist. Wegen des seltenen Auftretens urogenitaler oder Hautsymptome selten auftreten, wäre auch das Kriterium D zu modifizieren. Schließlich müßte die Rolle der Bezugspersonen im Interaktionsprozeß berücksichtigt werden.

Unser Vorschlag für die **ICD-10 Kriterien der Somatisierungsstörung (F 45.0) im Kindes- und Jugendalter** lautet:

- A. Sechs (oder zwölf) Monate anhaltende multiple körperliche Beschwerden ohne adäquate organische Erklärung mit sozialer Beeinträchtigung
- B. Ständige Sorge des Kindes/Jugendlichen und/oder seiner Bezugsperson um die Symptome, zwei oder mehr medizinische Konsultationen
- C. Hartnäckige Weigerung des Kindes/Jugendlichen und/oder seiner Bezugsperson zu akzeptieren, daß keine adäquate körperliche Ursache der Beschwerden vorliegt
- D. Drei oder mehr Symptome aus zwei der folgenden Bereiche: gastrointestinal, kardiovaskulär, Schmerz/Empfindung
- E. Ausschluß anderer psychiatrischer Störungen als Ursache der Beschwerden

Die diagnostischen Instrumente (z.B. SOMS; Rief et al., 1993) zur Erfassung somatoformer Störungen bei Erwachsenen, auf die in anderen Beiträgen dieses Heftes eingegangen wird, sind nur bedingt für Jugendliche einsetzbar. Speziell für das Kindes- und Jugendalter adaptiert sind bisher der Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GKB-KJ; Prehler et al., 1992) sowie das Children's Somatisation Inventory (CSI; Walker und Greene, 1991). Eine Adaptation des SOMS für das Kindes- und Jugendalter durch unsere Arbeitsgruppe ist in Vorbereitung.

Prävalenz

Die Angaben zur Prävalenz sind naturgemäß abhängig von der Krankheitsdefinition und den Erfassungsinstrumenten. Eine große epidemiologische Studie aus Finnland (Aro et al., 1987) fand bei 13 % der Mädchen und 6 % der Jungen mit einem Durchschnittsalter von 14 Jahren persistierende Beschwerden in häufiger Frequenz. Offord et al. (1987) berichten eine Somatisierungsneigung unter 12 bis 16jährigen bei 11 % der Mädchen und 4 % der Jungen aus Elternsicht. Garrick et al. (1987) diagnostizierten in einer Feldstudie 15 % der Mädchen und 11 % der Jungen als „Somatisierer“. Bei Anwendung strengerer diagnostischer Kriterien hatten unter 8- bis 17jährigen 1,1 % mindestens 13 Symptome, was den Verdacht auf ein Somatisierungssyndrom nach DSM-Kriterien nahelegte (Garber et al., 1991).

Es handelt sich somit auch im Kindes- und Jugendalter um ein durchaus häufiges Problem.

Zusätzlich sind nach unseren Erfahrungen alters- und geschlechtsspezifische Faktoren zu berücksichtigen. So finden sich monosymptomatische somatoforme Störungen (z.B. somatoforme Schmerzstörung, Colon irritabile, Hyperventilation) eher bei jüngeren Kindern, während die polysymptomatischen Somatisierungssyndrome eher bei älteren Jugendlichen zu beobachten sind, bei denen die Mädchen überwiegen.

Familiär-biographische und genetische Faktoren

Eine klare Trennung zwischen familiär-biographischen und genetischen Faktoren ist aufgrund der bisher vorliegenden Studien nicht möglich. In einer Literaturübersicht sieht Guze (1993) eine Assoziation von Somatisierung mit Alkoholismus, antisozialer Persönlichkeit und Hyperaktivität in der Kindheit sowohl intraindividuell als auch bei Verwandten ersten Grades. Routh und Ernst (1984) sowie Walker et al. (1991) stellten fest, daß Kinder mit funktionellen Bauchschmerzen signifikant häufiger Eltern mit einer Somatisierungsstörung hatten als Kinder mit organischen Bauchschmerzen. Morgan et al. (1992) fanden bei Adoleszenten mit einem körperlich kranken Elternteil signifikant häufiger Somatisierungssymptome als bei Kontrollpatienten. Bass u. Murphy (1995) berichten, daß bei 50 % einer Gruppe von Somatisierungspatienten in ihrer Kindheit eine Langzeitexposition gegenüber einem körperlich kranken Elternteil vorlag.

Craig et al. (1993) beschreiben in der Vorgeschichte von Somatisierern im Vergleich zu Patienten mit psychischen Symptomen bzw. organisch bedingten Symptomen gehäuft elterliche Erkrankungen, Mangel an elterlicher Fürsorge sowie eigene Krankheiten und postulieren einen Summationseffekt dieser Faktoren.

Schließlich fand Livingston (1993) bei Kindern von Eltern mit einer Somatisierungsstörung ein extrem hohes Risiko für psychiatrische Erkrankungen verschiedener Art.

Als negative, unspezifische „life-events“ wurden u. a. Mißhandlung und sexueller Mißbrauch identifiziert (Pribor et al., 1993; Kinzl et al., 1995).

Elks (1994) wies in der Falldarstellung eines 19-jährigen Mädchens auf die Möglichkeit einer von der Mutter induzierten Somatisierungsstörung hin und prägte dafür den Begriff „Somatisation disorder by Proxy“.

Die **Bedeutung iatrogenen Faktoren** in der Begünstigung von Somatisierung betonten unter anderem Walker und Greene (1991). Hierbei spielen lange Unklarheit über die Diagnose sowie wiederholte, nicht indizierte apparative Diagnostik und medikamentöse, z. T. sogar operative Therapien eine unheilvolle Rolle.

Wir selbst behandelten z.B. ein 12jähriges Mädchen mit einem Colon irritabile-Syndrom, bei dem sich, beginnend mit der Entfernung einer nicht wesentlich entzündeten Appendix, sich eine langwierige Krankengeschichte über 1 1/2 Jahre mit mehreren diagnostischen Laparoskopien entwickelt hatte.

Eigene Ergebnisse

Wir stellten von 1992 - 1996 bei insgesamt 108 Kindern und Jugendlichen in unserer Inanspruchnahmepopulation die Diagnose einer somatoformen Störung. Dabei waren die somatoformen Störungen in der psychosomatischen Abteilung, die in die Kinderklinik integriert ist, mit fast 10 % die zweithäufigste Diagnosegruppe nach den Eßstörungen. Dagegen spielen sie in der kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik mit 1 % der Inanspruchnahmepopulation keine große Rolle.

Unter den Einzeldiagnosen dominieren die somatoformen Schmerzstörungen, die somatoformen autonomen Funktionsstörungen (z.B. Hyperventilationssyndrom, Colon irritabile) und die undifferenzierte Somatisierungsstörung (s. Tabelle 1), während das Vollbild der Somatisierungsstörung nur bei zehn unserer Patienten erreicht wurde.

IDC-10	Einzeldiagnosen	N	%
F 45.0	Somatisierungsstörung	10	(9,3)
F 45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	14	(13,0)
F 45.2	Hypochondrische Störung	2	(1,9)
F 45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung	22	(20,3)
F 45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung	53	(49,1)
F 45.8	Anhaltende somatoforme Störungen	7	(6,5)
	Gesamt	108	(100)

Auf der Basis unseres umfangreichen Dokumentationssystems haben wir im Sinne einer deskriptiven Auswertung der erhobenen Daten die Gruppe der somatoformen Störungen verglichen mit vier anderen Gruppen; den dissoziativen Störungen, den depressiven Störungen, den Angststörungen und einer Gruppe von vorgestellten Patienten, die keine psychiatrische Diagnose erhielten.

Zusammengefaßt fanden wir die folgenden **signifikanten Ergebnisse**:

- Die aktuelle kinderpsychiatrische Komorbidität liegt mit 35 % signifikant höher als bei den depressiven und Angststörungen. Sie ist damit jedoch deutlich niedriger als in der Mehrzahl der Studien an Erwachsenen mit somatoformen Störungen.
- Die Summe der Krankheitsbelastungen bei Verwandten ersten Grades liegt noch höher als bei den dissoziativen und depressiven Störungen und ist gegenüber den Angststörungen und den Patienten ohne psychiatrische Störungen signifikant erhöht.

- Das aktuelle psychosoziale Belastungsniveau ist insgesamt hoch und dementsprechend vergleichbar mit den depressiven und dissoziativen Störungen. Hoch signifikant ist dabei die Belastung mit elterlicher Überfürsorge, was die Bedeutung des sekundären Krankheitsgewinns widerspiegelt.

Unsere Ergebnisse zeigen, daß die somatoformen Störungen im Kindes- und Jugendalter eine bedeutsame und eigenständige Erkrankungsgruppe mit spezifischen Merkmalen darstellten.

Beratung und Therapie

Zunächst ist die Bedeutung einer **frühzeitigen Intervention** zu unterstreichen, wobei dem Haus-/Kinderarzt eine entscheidende Funktion als Weichensteller zukommt. Er sollte das Kind/den Jugendlichen und vor allem seine meist sehr besorgte Bezugsperson zunächst mit den geschilderten Beschwerden akzeptieren und keineswegs über die Realität der Beschwerden diskutieren. Sonst droht ein früher Abbruch der Arzt/Patientenkommunikation, und weitere Ärzte werden konsultiert mit der Gefahr der iatrogenen Fixierung auf die Beschwerden.

Eine **begrenzte** Phase der **somatischen Diagnostik** unter Vermeidung zu vieler Überweisungen schließt sich an. Dabei sollten Eltern und Kind/Jugendlicher frühzeitig und möglichst neutral darüber aufgeklärt werden, daß es häufig Beschwerden gibt, denen zum Glück keine faßbare körperliche Ursache zugrunde liegt.

Nach Mitteilung der „negativen“ Ergebnisse sind Kinder/Jugendliche und ihre Eltern nach unseren Erfahrungen durchaus bereit, schrittweise **Verbindungen** zu äußeren Belastungen, innerem **Streßerleben** und Streßverarbeitung **herzustellen**. Unter den verschiedenen psychologischen Modellen, auf die in anderen Beiträgen dieses Heftes eingegangen wird, hat sich bei uns das Modell einer verstärkten Wahrnehmung und Interpretation von somatosensorischen Empfindungen bewährt. Dieses Modell kann z.B. gut anhand von körperlichen Empfindungen bei Angst verdeutlicht werden.

Das weitere Vorgehen, z.B. eine **erweiterte kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Psychotherapie**, richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten und nicht zuletzt auch nach den lokalen Ressourcen. Für den stationären Bereich einer Kinderklinik hat sich bei uns ein integrierter psychosomatischer Liaisondienst mit anschließender ambulanter Therapie bewährt, besonders bei noch nicht chronifizierter Problematik. Untersuchungen zum Verlauf somatoformer Störungen fehlen völlig; in einer Studie über dissoziative (Konversions-)Störungen (Vennemann et al., 1995) konnten wir bei noch nicht chronifizierter Problematik einen günstigen Langzeitverlauf nachweisen.

Bei einem Viertel unserer Patienten mit somatoformen Störungen war eine **stationäre Psychotherapie** erforderlich. Dabei hat sich ein integriertes, mehrdimensionales Konzept bewährt. Wir versuchen insbesondere, die Ressourcen der

Jugendlichen und ihrer Familien zu stärken und die Aufmerksamkeit auf die Beschwerden zu minimieren. Neben den verschiedenen Formen der Einzel- und Gruppenpsychotherapie haben auch körperbezogene, nichtverbale Behandlungsbausteine wie Kunsttherapie, Ergotherapie, Krankengymnastik und heilpädagogische Aktivierung einen wichtigen Platz. Sie helfen, dem Patienten eine Brücke zu bauen, damit er seine Symptomatik „in Ehren“ aufgeben und sein „Gesicht wahren“ kann. Anschließend können neue Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien erlernt und ausprobiert werden.

Diese Prinzipien gelten auch bei **ambulanter Psychotherapie**, dabei ist meist noch stärker ein familienbezogenes Vorgehen erforderlich, z.B. bei starker Fixierung der Bezugspersonen auf die Symptomatik.

Literatur

- Aro, H.; Paronen, O.; Aro, S.: Psychosomatic symptoms among 14-16 year old Finnish adolescents, *Soc Psychiatry* 22: 171 - 176, 1987
- Bass, C.; Murphy, M.: Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways, *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 403 - 427, 1995
- Benjamin, S.; Eminson, D.M.: Abnormal illness behaviour: childhood experiences and long-term consequences, *International Review of Psychiatry* 4, 55-70, 1992
- Briquet P., *Traité clinique et thérapeutique de l'hysterie*. Baillière et fils, Paris 1859
- Campo, J.; Fritsch, S.: Somatization in children and adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 33(9), 1223 - 1235, 1994
- Craig, T.; Boardman, A.; Mills, K.; Daly-Jones, O.; Drake, H.: The South London Somatization Study I: Longitudinal Course and the Influence of Early Life Experiences, *British Journal of Psychiatry*, 163, 579 - 588, 1993
- Elks, M.: Somatization Disorder by Proxy. *Psychosomatics* 35, 586, 1994
- Garber, J.; Walker, L.; Zeman, J.: Somatization Symptoms in a community sample of children und adolescents: Further validation of the children's somatization inventory. *Psychological Assessment: A Journal of consulting and clinical psychology* 3, 588 - 595, 1991
- Garralda, M.: Somatisation in Children: *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 37, 13 - 33, 1996
- Garrick, T., Ostrov, E., Offer, D.: Physical symptoms and self-image in a group of normal adolescents. *Psychosomatics* 29, 73 - 80, 1988
- Guze, S.: Genetics of Briquet's Syndrome and Somatization Disorder. A review of family, adoption and twin studies. *Annals of clinical psychiatry* 5, 225 - 230, 1993
- Kinzl, J.; Traweger, Ch.; Biebl, W.: Family background and sexual abuse associated with somatization. *Psychotherapy and Psychosomatics* 64, 82 - 87, 1995
- Lipowski, Z.: Somatization: The concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry* 145, 1358 - 1368, 1988
- Livingston, R.: Children of people with somatization disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 32, 536 - 544, 1993
- Morgan, J.; Sanford, M.; Johnson, C.: The impact of a physically ill parent on adolescents: Cross-sectional findings from a clinic population. *Canadian Journal of Psychiatry* 37, 423 - 427, 1992
- Offord, D.; Boyle, M., Szatmari, P. et al.: Ontario Child Health Study: II. six months prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of general psychiatry* 44, 832 - 836, 1987
- Prehler, M.; Kupfer, J.; Brähler, E.: Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche: (GKB-KJ). *Psychotherapie, Psychosomatik, med. Psychologie* 42, 71 - 77, 1992
- Pribor, E.; Yutzy, S.; Dean, J.; Wetzel, R.: Briquet's Syndrome, dissociation and abuse. *American Journal of Psychiatry* 150, 1507 - 1511, 1993
- Rief, W.; Schäfer, S.; Fichter, M.: SOMS - Ein Screeningverfahren zur Identifizierung von Personen mit somatoformen Störungen. *Diagnostica* 38, 228 - 241, 1992
- Routh, D.; Ernst, A.: Somatization disorder in relatives of children and adolescents with functional abdominal pain. *Journal of Pediatric Psychology* 9, 427 - 437, 1984
- Tomasson, K.; Kent, D.; Coryell, W.: Somatization and conversion disorders: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 84, 288 - 293, 1991
- Vennemann, D.; Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U.: Längerfristiger Verlauf von dissoziativen (Konversions-)Störungen im Jugendalter. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 23, Suppl. 1, 156, 1995
- Walker, L.; Greene, J.: Negative life events and symptom resolution in pediatric abdominal pain patients. *Journal of Pediatric Psychology* 16, 341 - 360, 1991
- Walker, L.; Garber, J.; Greene, J.: Somatization symptoms in pediatric abdominal pain patients: Relation to chronicity of abdominal pain and parent somatization. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 379 - 394, 1991

Dr. med. Ernst Pfeiffer

Psychosomatische Abteilung der
Kinderklinik des Charité-Virchow-Klinikums
Medizinische Fakultät der Humboldt Universität zu Berlin
Augustenburgerplatz 1
13353 Berlin