



Schwerpunktthema 2018:  
**Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter**

**bvKJ.**

Berufsverband der  
Kinder- und Jugendärzte e. V.

## Impressum

### **Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter BVKJ-Schwerpunktbrochüre 2018**

**ISBN 978-3-9816001-8-6**

1. Auflage Juni 2018

#### **Herausgeber:**

Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.  
Mielenforster Straße 2, 51069 Köln  
[www.kinderaerzte-im-netz.de](http://www.kinderaerzte-im-netz.de)

#### **Chefredaktion:**

Dr. med. Klaus Rodens  
Angertorstraße 6, 89129 Langenau  
[KlausRodens@t-online.de](mailto:KlausRodens@t-online.de)

#### **Gestaltung:**

FAI GmbH  
Agrippinawerft 22, 50678 Köln,  
[info@fai-healthcare.de](mailto:info@fai-healthcare.de)

#### **Druck:**

Druckerei Werbeschmiede  
Kölner Straße 144  
51379 Leverkusen

#### **Bildnachweis:**

Titelbild Fotolia, S. 8 Paul Ripke, S. 29 Andrea Caby, S. 55 Christian Steuber, S. 56 Verlag Antje Kunstmann GmbH, S. 75/76 Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter, S. 95 Harald Tegtmeier-Metzdorf

**“Willst Du den Körper heilen,  
musst Du zuerst die Seele heilen.”**

Platon



# Inhalt

Einleitung	7
<i>Eckart von Hirschhausen</i> Grußwort	8
<b>Historie und Epidemiologie</b>	
<i>Gudrun Jacobi</i> Psychosomatik in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland	10
<i>Oliver Fricke</i> Das Biopsychosoziale Modell: Saluto- und Pathogenese in der Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen	14
<i>Franz Petermann</i> Kindliche Ressourcen – resiliente Kinder	18
<b>Psychosomatische Versorgung</b>	
<i>Ronald Schmid</i> Die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland	20
<i>Folkert Fehr</i> Psychosomatik lernen	22
<i>Andrea Caby</i> Psychosomatischer Werkzeugkasten (Diagnostik und Therapie) unter dem Zeitdruck der Praxis	27
<i>Harald Tegtmeyer-Metzdorf</i> Die Rolle des Gesprächs in der Medizin allgemein und in der Psychosomatik im Besonderen	31
<b>Konkrete Themenkomplexe</b>	
<i>Harald Tegtmeyer-Metzdorf</i> Schlafstörungen bei Säuglingen	33
<i>Petra Kapaun</i> Regulationsstörungen: Exzessives Schreien bei Säuglingen	37
<i>Ute Ziegenhain, Ronald Schmid</i> Fütterstörungen	41
<i>Uwe Büsching</i> Esstörungen im Kleinkindalter	44
<i>Klaus-Michael Keller, Uwe Büsching</i> Chronische Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen	47
<i>Christian Steuber</i> Funktionelle Ausscheidungsstörungen: Stuhlinkontinenz, Enkopresis und Obstipation	52
<i>Michael Achenbach</i> Enuresis einmal anders – Ein Plädoyer zur Enttabuisierung	56

<i>Alfred Wiater</i> <b>Schlafstörungen bei Jugendlichen – Das Schlafen der Lämmer als Modell der Schlafforschung</b>	58
<i>Paul Vosschulte</i> <b>Primäre Kopfschmerzen</b>	61
<i>Harald Bode</i> <b>Schwindel</b>	65
<i>Ute Waschescio</i> <b>Esstörungen – Versuch eines Überblicks</b>	67
<i>Thomas Reinehr</i> <b>Adipositas</b>	74
<i>Bodo Müller</i> <b>Schule, Leistungsansprüche, Überforderung, Versagensängste – psychosomatische Perspektiven</b>	76
<i>Kirsten Stollhoff</i> <b>Lernschwierigkeiten aus psychosomatischer Sicht</b>	83
<i>Petra Kapaun</i> <b>Erziehung oder Beziehung? Über unterschiedliche Erziehungsstile und die möglichen Folgen</b>	86
<i>Esther M. Nitsche</i> <b>Kindheitserfahrungen, Bindungsverhalten und Sexualität, nicht nur in der Adoleszenz: Wie uns unsere frühesten Erfahrungen ein Leben lang prägen</b>	90
<i>Harald Tegtmeyer-Metzdorf</i> <b>Selbstverletzendes Verhalten (SVV) bei Jugendlichen</b>	94
<i>Bodo Müller, Uwe Büsching</i> <b>Früherkennung von psychiatrischen Erkrankungen im Jugendalter</b>	98
<i>Sigrid Aberl, Volker Mall</i> <b>Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter: Sozialpädiatrische und psychosomatische Aspekte</b>	100
<i>Bernhard Brosig, Tanja Gieler, Ulrike Mülle, Uwe Gieler</i> <b>Haut und Psyche</b>	104
<i>Béla Bartus, Markus Krüger</i> <b>Chronische Krankheiten und psychosomatische Folgen im Kindes- und Jugendalter</b>	108

## Aussichten und präventive Maßnahmen

<i>Alfred Freund</i> <b>Weiterbildung in Psychotherapie und Psychosomatik für einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt – wozu?</b>	112
<i>Maria Thannhäuser</i> <b>Psychosomatik aus Sicht einer frisch niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin</b>	115



# „Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter“ Das Schwerpunktthema für das Jahr 2018

*„Psychosomatische Beschwerden treten auch im Kindes- und Jugendalter situativ gebunden häufig auf und gehören zum normalen Leben. Wer kennt nicht das Herzklopfen vor dem ersten Rendezvous, den „Kloß im Hals“, die Bauchschmerzen vor der Klassenarbeit oder die Blutdruckerhöhung beim Arztbesuch? Erst wenn solche Reaktionen das Leben einschränken oder gar beherrschen, wenn der Körper zum Austragungsort seelischer Belastungen wird, erlangen diese Beschwerden Krankheitswert und bedürfen qualifizierter Behandlung. Die Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte sind hier die kompetenten Ansprechpartner.“*

Thomas Fischbach

Psychosomatik stellt den Zusammenhang und die Wechselbeziehung zwischen körperlichen Störungen und der Psyche des Menschen her und füllt viele Erklärungslücken aus, die bei einer rein biologischen Betrachtungsweise von Gesundheit und Krankheit offensichtlich werden. Im biopsychosozialen Krankheitsmodell werden die Körperlichkeit der Erkrankung und ihre seelische Dimension noch um den Einfluss der ökologischen Lebenswelt erweitert.

Das Schwerpunktheft 2018 widmet sich diesem wichtigen und unverzichtbaren Querschnittfach in der ambulanten und stationären Kinder- und Jugendmedizin und vereint wieder viele namhafte Autoren, die die Vielschichtigkeit des Gesundbleibens und Krankwerdens thematisieren. Ohne deren Expertise und Engagement wäre eine solche Anthologie nicht vorstellbar.

In gewissem Sinne komplementiert die Jahresbroschüre die Jahresmottos 2015 (Seelische Kinder- und Jugendgesundheit) und 2017 (Chronische Krankheiten des Kindes- und Jugendalters).

Wir wünschen unserer Leserschaft in allen angesprochenen gesellschaftlichen Bereichen (Medizin, Psychologie, Wissenschaft, Gesundheitswesen, Politik, Laien) neben tiefgründigen Einblicken, Wissensbereicherung und wegweisenden Impulsen vor allem Spaß beim Lesen.

#### ■ Das Redaktionsteam 2018:

Karin Geitmann  
Michael Achenbach  
Uwe Büsching  
Thomas Fischbach  
Josef Kahl  
Klaus Michael Keller  
Till Reckert  
Klaus Rodens  
Ronald Schmid  
Herbert Schade  
Harald Tegtmeyer-Metzdorf

# Alles psycho oder was?

Dr. Eckart von Hirschhausen



*Die schönste Definition von Psychotherapie, die ich kenne, stammt von dem deutschstämmigen Amerikaner Carl Hammer-schlag: „Psychotherapy is finding a new end to an old story.“*

In meiner Zeit als Assistenzarzt in der Kinderpsychosomatik Mitte der 90er Jahre habe ich einen Jungen erlebt, der mein Denken über psychotherapeutische Behandlung bis heute prägt. Ich weiß, dass ein Einzelfall nicht zu Verallgemeinerungen taugt. Und dennoch: Der Junge wurde im Alter von acht Jahren zu uns in die Universitätsklinik überwiesen, denn er nässte ein, und die ambulante Therapie hatte zu keinem Erfolg geführt. Über Jahre schon war er in psychotherapeutischer Behandlung. Zuvor hatte er – klassisch verhaltenstherapeutisch – eine Klingelhose bekommen – ohne Erfolg. Deshalb bekam er anschließend einen tiefenpsychologisch orientierten Therapeuten. Wie ich dessen Bericht entnahm, wurde einmal die Woche geredet, gespielt, eine Beziehung aufgebaut und die Familiendynamik beobachtet. Neben einer überforderten Mutter erlebte der Experte den Jungen als zurückhaltend, leicht depressiv und wenig interaktiv. Aber auch viele Sitzungen konnten an der Symptomatik nichts ändern: Tags und nachts lief weiter der Urin in die Hose oder ins Bett.

Vor mir stand ein auf den ersten Blick lebenslustiger Junge, der mich nach einer ziemlichen Odyssee erwartungsvoll ansah. Was sollte ich, ein absoluter Berufsanfänger, für ihn tun? Ich tat, was ich gelernt hatte: den kleinen Patienten

gründlich körperlich zu untersuchen und alle irgendwie verfügbaren Informationen zusammenzutragen. Mir fiel auf, dass er mehrere Narben am Unterbauch hatte. Sollten die mit den Narben auf seiner Seele in Zusammenhang stehen? Ein völlig anderes Licht auf das Verdrängte warf der angeforderte Geburtsbericht: Der Junge war mit Fehlbildungen an Blase und Harnleiter geboren worden und bereits in den ersten Lebensjahren mehrmals operiert worden. Wie mir der Operateur auf Nachfrage erklärte, war die anatomische Situation schwierig gewesen, auf gut Deutsch: Der Junge hatte all die Jahre kein primär psychisches Problem gehabt, sondern ein körperliches. Er war kein ängstlicher Bettnässer, er war schlicht mechanisch inkontinent und litt deshalb. Wie dieses Wissen um seine körperliche Situation auf dem Weg durch die Praxen und Institutionen verlorengegangen war, ließ sich nicht mehr herausfinden. Leider gibt es selten einen Arzt, der ganze Familien über Jahrzehnte betreut und den Überblick hat. So sieht oft jeder nur, was er sehen kann, will – oder abgerechnet bekommt. Sicher war auch die Mutter überfordert, was ich aber eher auf ihre Schwierigkeiten mit der deutschen Sprache, geringe medizinische Kenntnisse und die für jede Mutter belastende Situation mit einem chronisch kranken Kind zurückführte.

Von der Station aus organisierten wir eine erneute chirurgische Begutachtung. Er konnte jetzt, wo er deutlich gewachsen war, wieder operiert werden, und wir berieten die Eltern und den Jungen ausführlich. Leider wechselte ich dann die Station und kann nicht sagen, was aus ihm wurde – hoffentlich ein selbstbewusster junger Mann, der heute weder Therapeuten noch Chirurgen braucht. Und hoffentlich ist in Zeiten von elektronischen Akten so ein Informationsverlust auch Geschichte, und es ist leichter, ein neues Ende für eine alte Geschichte zu finden. Aber es bleibt menschlich, das Offensichtliche zu übersehen. Oder wie Paul Watzlawick allen therapeutisch Tätigen mitgegeben hat: „Wenn etwas nicht funktioniert, mach mal was anderes.“

Gute Psychosomatik erklärt nicht alles schlicht für „psycho“ oder „somatisch“. Henne und Ei sind selten ganz klar, Leib und Seele ohnehin nicht zu trennen. So wie jeder Eingriff Wirkungen und Nebenwirkungen hat, so sollte auch für psychotherapeutische Interventionen und Deutungen verlangt werden, dass sie ihre Wirksamkeit so sauber belegen können, wie es in diesem Bereich möglich ist, und dass jeder Leidende das bekommt, was er braucht. Nicht weniger – aber auch nicht mehr.

Die schiere Anzahl von psychiatrisch und psychosomatisch auffälligen Kindern und Jugendlichen ist von der verhältnismäßig kleinen Zahl von Spezialisten nicht zu bewältigen, weder heute noch erst recht nicht in Zukunft, wenn die Fallzahlen weiter so dramatisch steigen. Deshalb bin ich auch noch vor der Facharztausbildung ausgestiegen, um mich der Wissensvermittlung und Prävention zu widmen. In Deutschland fehlt es eklatant an Grundbildung über Körper und Seele. Bildungsferne Kinder haben bereits bei der Einschulung den Anschluss verpasst, weil kaum jemand mit ihnen die ersten Lebensjahre gesprochen, gespielt und ihnen vorgele-



sen hat. Die Differenz in der Lebenserwartung im Vergleich zu den Wohlstuitierten beträgt 10 Jahre. Wenn die Gesundheit so offensichtlich der Bildung folgt, wünsche ich mir, dass alle Kinder- und Jugendärzte und Therapeuten stärker in der öffentlichen Diskussion und immer wieder darauf drängen, die politischen und sozialen Bedingungen, die krankmachen, zu benennen und nicht auf irgendeinen Kultusministerbeschluss warten, um in Schulen zu gehen, und zum Beispiel im Rahmen von Projektwochen oder Aktionstagen Kinder und Eltern aufzuklären: Wie häufig sind welche Erkrankungen, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen; was ist der Unterschied zwischen einem Psychotherapeuten, Psychiater und einem Heilpraktiker mit Zusatztitel Psychotherapie; wie wichtig ist tägliche Bewegung ohne Bildschirm; was macht dick und wie kann ein Kind früh lernen, wie es seine Stimmung auf gesunde Art regulieren kann.

Wenn wir fürs Leben und nicht für die Schule lernen, frage ich mich, warum mir in mein jugendliches Hirn etwas über punische Kriege reingebimst wurde, ohne einen Satz über Panikattacken, Prüfungsängste, Liebeskummer und Depression zu hören. Nach dem punischen Krieg wurde ich die letzten 35 Jahre nicht mehr gefragt. Wenn wir den ausgebrannten Lehrern in der Reha Achtsamkeit, Yoga und das Reden über Gefühle auf Kasse beibringen – wäre es nicht klüger, wir hätten das alle als Schüler schon mal gehört und gelernt?

Als Schirmherr und Unterstützer von Präventionsprogrammen wie „Gemeinsam Leben Lernen“, „Klasse 2000“ und „Be smart – Don't start“ weiß ich auch, wie mühsam es ist, Evidenz für die langfristige Wirksamkeit solcher Interventionen beizubringen. Immerhin konnte ich mit meiner Stiftung HUMOR HILFT HEILEN eine Pilotstudie unterstützen, die zeigte, dass Kinder durch die Begleitung von einem Klinikclown zum OP deutlich weniger Angst entwickeln und ihr Oxytocin im Speichel um 30 % steigt. Menschen brauchen Menschen. Stationär wie ambulant. Zuwendung ist wirksam. Worte, Heiterkeit und Hoffnung sind Medizin. Und ausgerechnet daran wird als erstes gespart, weil es dafür keine Fallpauschalen gibt. Es ist ein Kampf, der sich für Sie, liebe Kolleginnen und Kollegen, vielleicht wie der gegen Windmühlen oder gegen einen übermächtigen Goliath anfühlen mag. Ich wünsche Ihnen, dass Sie für Ihren Beruf brennen ohne auszubrennen – und immer wieder auch über die Kreativität, Resilienz und ungewöhnlichen Perspektiven der Kinder und Jugendlichen staunen und lachen können. So wie in der folgenden Geschichte:

Ein Berliner Junge fährt mit dem Rad ganz langsam vor einer Straßenbahn her. Der Fahrer hupt, schimpft und ruft schließlich: „Ey Junge, kannst du nicht woanders fahren!“ Der dreht sich um und ruft zurück: „Ich schon, aber du nicht!“

Herzliche Grüße



Eckart von Hirschhausen

**Dr. Eckart von Hirschhausen** (Jahrgang 1967) studierte Medizin und Wissenschaftsjournalismus in Berlin, London und Heidelberg. Seine Spezialität: medizinische Inhalte auf humorvolle Art und Weise zu vermitteln und gesundes Lachen mit nachhaltigen Botschaften zu verbinden. Seit über 20 Jahren ist er als Komiker, Autor und Moderator in den Medien und auf allen großen Bühnen Deutschlands unterwegs. Mit den Büchern „Arzt – Deutsch“, „Die Leber wächst mit ihren Aufgaben“, „Glück kommt selten allein ...“ und „Wohin geht die Liebe, wenn sie durch den Magen durch ist?“ wurde er mit über fünf Millionen Auflage einer der erfolgreichsten Autoren Deutschlands. Sein neues Buch „Wunder wirken Wunder: Wie Medizin und Magie uns heilen“ wirft einen humorvollen Blick auf die bunte Wunderwelt der Heilkunst und steht seit Erscheinen im Oktober 2016 an der Spitze der SPIEGEL-Bestsellerliste. Im Dezember 2017 feierte sein neues Bühnenprogramm „ENDLICH“ Premiere. In der ARD moderiert Eckart von Hirschhausen die Wissensshows „Frag doch mal die Maus“ und „Hirschhausens Quiz des Menschen“.

Hinter den Kulissen engagiert sich Eckart von Hirschhausen mit seiner Stiftung HUMOR HILFT HEILEN für mehr gesundes Lachen im Krankenhaus sowie für Forschungs- und Schulprojekte. Er ist ein gefragter Redner und Impulsgeber für Kongresse und Tagungen und hat einen Lehrauftrag für Sprache der Medizin. Als Botschafter und Beirat ist er für die „Deutsche Krebshilfe“, die „Deutsche Bahn Stiftung“, „Stiftung Deutsche Depressionshilfe“, die Mehrgenerationenhäuser und „Phineo“ tätig. Als Schirmherr von „Klasse 2000“, des Programms gegen Tabakabhängigkeit „Be smart – Don't start“ und mit dem „Nationalen Aktionsplan Gesundheitskompetenz“ bringt Eckart von Hirschhausen schon lange gesunde Ideen in den Bildungsbereich. Über fünf Jahre hat er auch die Entwicklung von Schulmaterial zum sozialen Lernen, Gesundheit und Glück gefördert. Unter dem Titel GEMEINSAM LEBEN LERNEN sind Übungen und Beispielstunden frei auf der Homepage [www.humorhilftheilen.de](http://www.humorhilftheilen.de) zu finden.

Mehr über Eckart von Hirschhausen erfahren Sie unter: [www.hirschhausen.com](http://www.hirschhausen.com)

# Psychosomatik in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland

Gudrun Jacobi

*Der Mensch ist in seiner Entwicklung von jeher beeinflusst durch äußere und innere Faktoren wie soziale und ökologische Umstände, Erkrankung, Traumen. Die verschiedenen Beeinflussungen können in unterschiedlicher Weise als Stress erlebt und verarbeitet werden. Durch die äußeren und inneren Bedingungen mit unterschiedlich ausreichender Sicherung der Grundbedürfnisse und unterschiedlichem Resilienzniveau ist der Umgang mit belastenden oder traumatisierenden Faktoren bei jedem Menschen anders. Im günstigen Fall ist eine Verarbeitung und „Einbau“ ins Alltagshandeln möglich. Im ungünstigen Fall kommt es zu einem schädigenden Ungleichgewicht und die Überbelastung kann sich schließlich in körperlichen Symptomen und Krankheiten psychosomatisch äußern. Dies kann bei in menschlichem und professionellem Sinne günstiger Zuwendung und entsprechender eigener Verarbeitungsfähigkeit reversibel sein. Die Gefahr der möglichen Chronifizierung zeigt jedoch zusätzlich die besondere Verantwortung einer zugewandten, kompetenten und sinnvoll vernetzten psychosomatischen medizinischen Versorgung.*

Die Beschäftigung mit der Psychosomatik fand seit der Antike immer wieder einen Platz in der Geschichte der Medizin. Heraklit umschreibt unseren Lebensweg als Fluss, in den wir steigen und nicht steigen und dabei sind und nicht sind. Das Annehmen der Gegensätzlichkeit führt ins Gleichgewicht. Nach Plato hilft die Urerfahrung als Idee dem Menschen ganzheitlich gesehen beim Streben nach innerem Gleichgewicht und Wohlbefinden. Bei Aristoteles kommt der Wunsch und der Auftrag zur Selbstverwirklichung hinzu. Paracelsus schreibt von der Imagination und dem Erschrecken, die Krankheiten

verursachen können und der Freude, die Gesundheit verursachen kann(1).

So besteht die Aufgabe einer ganzheitlichen ärztlichen Heilkunst auch heute und auch im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde darin, dafür zu sorgen, dass inneres Gleichgewicht und Wohlbefinden wiedererlangt werden kann.

Die Beschäftigung mit der Psychosomatik im 20. Jahrhundert und die Etablierung einer entsprechenden fachmedizinischen, (psycho-)therapeutischen und grundversorgenden Versorgung soll diesem Ziel Rechnung tragen.

Dieser Artikel gibt einen Überblick über die Geschichte der Psychosomatik in Deutschland mit besonderem Blick auf die Kinder- und Jugendmedizin.

## ENTSTEHUNGSGESCHICHTE DER PSYCHOSOMATIK IN DEUTSCHLAND

Die philosophischen Gedanken der Antike wie auch die heilkundlichen Beschreibungen von Galen und Hippokrates wirkten und wirken in die nachfolgenden Jahrhunderte der Medizingeschichte.

Die allgemeine Basis für die neuzeitliche Entwicklung einer psychosomatischen Sichtweise in Deutschland liegt zunächst bei Sigmund Freud, der unter dem Einfluss der klinischen Beobachtungen bei Charcot an der Salpêtrière 1885/86 die Theorie von Übertragung und Abwehr entwickelte (Sandler). In der Zusammenarbeit mit Breuer in Wien 1893–1895 entstand die Überzeugung, dass Affektdurchbrüche sich als körperliche Symptome darstellen können. Anfang des 20. Jahrhunderts gab es verschiedene medizinische Strömungen, die sich mit den Begriffen von Körper, Geist und Seele beschäftigten. Durch die wertende Kategorisierung im Nationalsozialismus fand diese Diversität in Deutschland ein jähes Ende. Viele Ärzte, Psychotherapeuten und Vordenker mussten auf Grund ihrer Religionszugehörigkeit oder ihrer Denkanschauung fliehen. Erst Jahrzehnte später fanden im Exil verfasste Schriften und Therapieansätze und freier gedanklicher Austausch den Weg nach Deutschland zurück. Nach dem 2. Weltkrieg gab es in verschiedenen Städten, durch Einzelpersonen initiiert, Ambulanzen und stationäre Einrichtungen (Kemper und Schultz-Hencke; Curtius; Kühnel und Schwidders; Wiegmann; Jores, sowie von 1950 bis 1960 an den Universitäten Heidelberg (von Weizsäcker, Mitscherlich), Freiburg (Heilmeyer, Clauser und Enke), Gießen (Richter), Mainz (Langen) und München (Seitz, Cremerius) Bemühungen, psychosomatisches Denken in die tägliche ärztliche Arbeit auf den Krankenstationen bzw. in den Ambulanzen einzubinden (Hoffmann et al.; Henningsen).

Immer wieder wurde diskutiert, inwieweit die psychosomatische Medizin ausschließlich von ausgewiesenen Spezialisten, also Fachärzten für Psychosomatik (seit es diesen Facharzt gibt) oder Psychotherapeuten, auszuüben sei oder ob nicht grundsätzlich jeder Arzt seinen Patienten (auch) psychosomatisch betrachtet und danach handelt oder zumindest dieser Zugang anzustreben sei (Apley). Dieses ganzheitliche, anthropologische Betrachten des Menschen fand in Deutschland im



20. Jahrhundert zunächst bei G. Groddeck und V. v. Weizsäcker (Reuster; Groddeck), später bei T. v. Uexküll in seinem Konzept einer integrierten Psychosomatik Ausdruck (v. Uexküll). In dem 1981 herausgegebenen Bericht zur integrierten Psychosomatik stellt W. Bepperling diese für den Bereich der Kinderklinik Esslingen dar (ebd., S. 141 ff.). Er berichtet von verschiedenen Gruppen kranker Kinder: solchen mit psychosomatischen Schmerzzuständen, solchen mit „depressiven Zustandsbildern, Schlaf-, Lern- und Konzentrationsstörungen bis zu suizidalen Zuspitzungen“, „zahlreichen phobischen Krankheitsbildern, die Agoraphobie, Schulphobie, Klaustrophobie und bei älteren Kindern die herzphobischen Zustandsbilder“, „Kinder mit Funktionsstörungen wie Enuresis nocturna et diurna, Enkopresis, Obstipation, Stuhlverhaltung und Stuhlinkontinenz“, „die Gruppe der klassischen psychosomatischen Krankheiten wie Asthma- und Kolitissyndrom, Fett- und Magersucht“.

In der ärztlichen Approbationsordnung von 1970 wurden die Fächer Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in die Vorklinik und ein Praktikum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in den 2. Ärztlichen Studienabschnitt eingeführt. Nach und nach hatten mehr Universitätskliniken psychosomatische Abteilungen, in den neuen Bundesländern bestand zum Zeitpunkt der deutschen Wiedervereinigung in Leipzig eine entsprechende psychosomatische Einrichtung (Hoffmann et al.; Möhle).

In der Neurologie war es Dieter Janz, der ab 1973 im Klinikum Charlottenburg, Berlin, versuchte, im Sinne von V. v. Weizsäcker die Psychosomatik ebenbürtig in die universitär betriebene Medizin zu integrieren. Dort konnte erfahren werden, dass der behandelnde Arzt, wenn er psychosomatisch integrierend ausgerichtet ist, besonders günstige Bedingungen hat, dem Patienten ganzheitlich zu helfen, da er die Möglichkeit hat, den „Patienten von der ersten Stunde seines Aufenthaltes in der Klinik an als denkende und fühlende Person, vor allem seinen kranken Körper als sprechenden Leib zu verstehen und zu behandeln“ (Kütemeyer). In der Universitätskinderklinik Charlottenburg, Berlin) vermittelte der Kinderarzt und Neuropädiater Dieter Scheffner (Dekan des Virchow-Klinikums 1987–1995 und maßgeblich beteiligt am Aufbau des Berliner Reformstudiengangs der Medizin) seinen Mitarbeitern und Lernenden, die Patienten in ihrem Leiden wertschätzend und ganzheitlich zu betrachten und die Psychosomatik selbstverständlich in die differentialdiagnostischen Überlegungen zu integrieren. Sein Blick richtete sich dabei nicht nur auf die behandelten Patienten und deren Eltern, sondern er forderte konsequent im Bereich der Ausbildung Maßnahmen der primären Prävention, um bei Studierenden Stress und mögliche psychosomatische Folgekrankheiten wie z.B. Angststörungen zu vermeiden (MediCoach).

1992 beschloss der Deutsche Ärztetag ein Fort- und Weiterbildungskonzept, das als Basisebene in der Facharztweiterbildung verschiedener Fächer (einschließlich der Pädiatrie) die „Psychosomatische Grundversorgung“ festlegte, ohne dass dieses Curriculum jedoch gezielt pädiatrische Inhalte einschloss. Als Voraussetzung für die Abrechnung der Leistung „Psychosomatische Grundversorgung“ wurden eine mindestens

dreijährige Erfahrung in selbstverantwortlicher ärztlicher Tätigkeit, Kenntnisse in einer psychosomatisch orientierten Krankheitslehre (Theorieseminare von mindestens 20-stündiger Dauer), reflektierte Erfahrungen über die Psychodynamik und therapeutische Relevanz der Arzt-Patient-Beziehung (Balint- oder Selbsterfahrungsgruppen von mindestens 30-stündiger Dauer) und Erfahrungen in verbalen Interventionstechniken als Behandlungsmaßnahme (Vermittlung und Einübung in Gruppenarbeit von mindestens 30-stündiger Dauer) festgelegt.

## UMSETZUNG PSYCHOSOMATISCHER ANSÄTZE IN DER KINDERHEILKUNDE

In den 80er Jahren „boomte“ die Beschäftigung mit der psychosomatischen Medizin. Die Befreiung von den Schatten der Vergangenheit führte zu neuen Ansätzen möglicher Identitätssuche (Mitscherlich; Schnack u. Neutzling). Psychisch wirksame Einflüsse in der Kindheit wurden auch in Bezug auf die Familien- und Geschwisterkonstellation untersucht (Toman). Familientherapeutische Ansätze wurden aus dem amerikanischen Raum transportiert und fanden bei interessierten Medizinstudierenden Eingang in allgemein gelesene Literatur (Napier und Whitaker; Watzlawick). Das Bild des Arztes als „Halbgott in Weiß“ war endgültig ins Wanken geraten. Zum einen wurde ein Mitspracherecht der Patienten eingefordert (Gordon), zum anderen fand, vorher undenkbar, auch das Thema der „seelische(n) Problematik der helfenden Berufe“ Einzug in die öffentliche Diskussion (Schmidbauer). Veröffentlichungen von in den 1930er Jahren ins Exil gegangenen, ermordeten oder verbannten Autoren fanden in dieser Zeit den Weg zurück zur deutschen Leserschaft (Antonovsky; Bettelheim; Korczak). Unter den Medizinstudierenden gab es Anamnesegruppen, die nach dem Balint-Prinzip funktionierten und auf ein menschlich zugewandtes Arzt-Sein in Bezug auf die Arzt-Patient-Beziehung vorbereiten sollten (Balint; Dührssen). An der medizinischen Fakultät der Heidelberger Universität fanden die öffentlichen Diskussionsrunden und Fallbesprechungen mit psychoanalytischem und systemischen Ansatz so großen Zulauf, dass die Sitze im Hörsaal nicht ausreichten (Bräutigam, Stierlin).

Wie oben beschrieben (Bepperling), fand vor Einführung eines Ausbildungskonzeptes der psychosomatischen Grundversorgung in der Kinderheilkunde keine komplette Negation bzgl. des Vorkommens psychosomatischer Erkrankungen im Kindesalter statt. Wie auch heute gab es, angegliedert an die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Möglichkeiten zur Behandlung psychosomatisch erkrankter junger Patienten. Auf die allgemeine Kinder- und Jugendheilkunde in Klinik und Praxis bezogen waren es jedoch von Einzelnen ausgehende Impulse, psychosomatische Zusammenhänge bei der Betrachtung kindlicher Patienten nicht zu vernachlässigen. Nicht selten wurden sogar noch vor etwa zwei Jahrzehnten diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die sich um eine solche ganzheitliche Herangehensweise bemühten, manchmal als nicht ganz ernst zu nehmende „Psycho-Freaks“ belächelt. Während heute „Rooming-in“

selbstverständlich ist, waren in den 70er Jahren feste Besuchszeiten in den Kinderkliniken üblich und teilweise waren die Zusammenkünfte von Kindern und Eltern durch eine Glasscheibe beeinträchtigt. Gerd Biermann und Theodor Hellbrügge waren wichtige Protagonisten in der Schaffung menschlicherer, v.a. kindgerechterer Bedingungen bei der Behandlung von Kindern und der Beratung der Eltern und Erziehenden. Der Kinderarzt und Psychotherapeut Biermann war 1959 bis 1970 Leiter der psychosomatischen Beratungsstelle für Kinder und Jugendliche an der Universitätskinderpoliklinik München. Er entwickelte bereits zuvor in dem eigens gegründeten Institut für Psychohygiene in Brühl ein Modell mit dem Ziel, Kinderärzte, Erziehungsberater, Familientherapeuten, Schulpsychologen, Logopäden und Kinderpsychotherapeuten unter ärztlicher Leitung als multidisziplinäres Team zusammenarbeiten zu lassen (Biermann u. Biermann). 1977 gründete er die Ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen zur Ausbildung von Kinderärzten und Kinder- und Jugendpsychiatern als Psychotherapeuten (Kretz). Theodor Hellbrügge, der erste Lehrstuhlinhaber für Sozialpädiatrie und Gründer des Kinderzentrums München, legte u.a. die Grundlagen dafür, dass auch bei behinderten und von Behinderung bedrohten Kindern Möglichkeiten zur frühen Diagnostik, Therapie und sozialen Eingliederung geschaffen werden. Dies ist aus psychosomatischer Sicht von hoher Wichtigkeit, um sowohl bei den betroffenen Kindern, als auch den Geschwisterkindern die Entstehung psychosomatischer Symptome verhindern, abmildern oder zumindest frühzeitig erkennen zu können (eigene Erfahrung im Praxisalltag, s. a. Retzlaff).

Auf Basis der von der Bundesärztekammer herausgegebenen Texte zur Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen ([www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de)) bildeten sich im Anschluss auch im pädiatrischen Bereich Qualitätszirkel und Arbeitsgruppen, um diesen Bereich für die Kinderheilkunde zu bearbeiten. Es bestand Konsens, dass auch bei Kindern und Jugendlichen die Psychosomatik einer Wechselwirkung zwischen Körper und Psyche entspricht und dass subjektiv so empfundene oder objektive übergroße Belastungen zu psychosomatischen Beschwerden führen können (Buob et al.). Die Betrachtung erfolgte auch hier auf Grundlage des biopsychosozialen Konzepts (Bode et al.; Fritzsche et al.).

Das Wissen um die Tatsache, dass die Körperfunktionen direkt von der Psyche beeinflussbar sind wie auch umgekehrt, und der Umgang mit entsprechenden neurowissenschaftlichen Erkenntnissen gehört mittlerweile zum Allgemeingut (Bauer). Die Grundlagen der Bindungstheorie nach Bowlby und Ainsworth sind psychotherapeutische „Grundausstattung“ (Bowlby). Das Befinden der Mutter während der Schwangerschaft, die Geburt, die Bindung zwischen Mutter (und Vater) und Kind, sowie insgesamt die Interaktion zwischen den Eltern und dem sich entwickelnden Säugling haben enormen Einfluss auf das Wohlbefinden des Kindes. Je sicherer ein Kind gebunden ist, je verlässlicher es Emotionen wahrnehmen kann, je sicherer die Fürsorge in jeder Hinsicht für ein Kind ist, desto

mehr seelische und körperliche Ressourcen kann das Kind entwickeln. Daher nimmt es nicht Wunder, dass die Bindungsforschung weiterhin von aktueller Bedeutung ist (Bowlby; Dornes; Endres u. Hauser; Grossmann u. Grossmann; Hellbrügge u. Brisch; Brisch).

## **BEDEUTUNG DER PSYCHOSOMATISCHEN GRUNDVERSORGUNG IN DER AKTUELLEN GESCHICHTE DER KINDER- UND JUGENDHEILKUNDE**

10–30 % der in die pädiatrischen Praxen kommenden Patienten zeigen Hinweise auf psychosomatische Störungsbilder. Es wird davon ausgegangen, dass zwei Drittel der Patienten mit psychosomatischen Problemen bei entsprechender Kompetenz der Behandelnden an der Basis zunächst geholfen werden kann (Kathmann). Ergebnisse übergeordneter Studien zur Evaluation der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland weisen auf die große Bedeutung der Psychosomatik hin (Krause et al.; Hirschfeld et al.; Straube et al.; Hölling et al.). 20 % der Kinder und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren können einer Risikogruppe von psychischen Auffälligkeiten zugeordnet werden. Bezüglich der Kopfschmerzprävalenz zeigte sich eine altersabhängige Zunahme und dass die Kopfschmerzen häufig zusammen mit anderen körperlichen und/oder psychischen Symptomen auftreten. Bei einer im Rahmen der KiGGS-Studie durchgeführten Befragung bezüglich gestörten Essverhaltens zeigte sich, dass ein Drittel der Mädchen und 15 % der Jungen über ein gestörtes Essverhalten berichteten (hier im Zusammenhang mit der problematischen Entwicklung bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen). Es zeigte sich auch, dass Kinder und Jugendliche, die gemobbt werden, ein erhöhtes Risiko haben, psychosomatische Symptome zu entwickeln (Gini, Pozzoli).

Damit ist die psychosomatische Grundversorgung eine hochaktuelle Aufgabe in der Geschichte der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland. Den in den Praxen und Ambulanzen tätigen Kinder- und Jugendärzten sollte die Verantwortung bewusst sein, dass es sich bei psychosomatischen Störungsbildern um solche handelt, die potentiell chronifizieren und das gesamte weitere Leben des Patienten und seiner Familie prägen können. Der notwendige Vertrauensaufbau, um im Anschluss ein professionelles Beratungsangebot unter Zuhilfenahme eines durch gute Vernetzung erreichbaren kompetenten Beratungs- und Therapieangebots anbieten und installieren zu können, resultiert aus einer entsprechenden Haltung des Arztes und regelmäßiger Schulung durch Fortbildungen und Selbsterfahrung, z. B. in supervidiertem Balint-Gruppenarbeit. Das innere Erleben in der Balintgruppe wird von den teilnehmenden Kolleginnen und Kollegen als persönlich und beruflich bereichernde Erfahrung beschrieben. Dennoch nutzen wenige nach Erreichen der „Pflichtstundenzahl“ die Chance einer kontinuierlichen Gruppenerfahrung im Sinne von Balint (eigene Erfahrung; Flatten et al.). Kompetent in der Praxis durch den behandelnden Kinder- und Jugendarzt geführte Gespräche wirken therapeutisch. Zusätzliche Angebote in der Praxis wie Entspannungsverfahren (Schultz; Thomas) wirken

zusätzlich entlastend und/oder können die Zeit bis zur Aufnahme einer Psychotherapie sinnvoll überbrücken (Anm. 1).

Zu den verschiedenen psychosomatischen Störungen im Kindesalter gibt es, wie hier beispielhaft zitiert, in den letzten zehn Jahren viele Veröffentlichungen und Empfehlungen für die kinder- und jugendärztliche Arbeit, angefangen von Symptomen bei Säuglingen, wie übermäßiges Schreien, Fütter- und Schlaf- sowie Regulationsstörungen im Kindesalter (Papousek; v. Gontard; v. Hofacker; Kulik u. Petermann; Cierpka; Mall u. Friedmann) über Möglichkeiten früher Hilfen (Mall u. Friedmann), Gefährdung der psychischen Entwicklung bei Jugendlichen im Hinblick auf familiäre, schulische und gesellschaftliche Einflüsse (Naab et al.), Essstörungen (Csef), Störungen der Ausscheidungsfunktionen (v. Gontard), Schmerzen (Hirschfeld et al.) und Trauer (Blankenburg) oder psychosomatische neurologische Störungsbilder (Kurlemann; Ziegler et al.), bis hin zu im weiteren Sinne auch Aufmerksamkeitsstörungen in den verschiedenen Ausprägungen (Döpfner et al.). Nicht zuletzt beschäftigen sich aktuell Untersuchungen mit den besonderen psychischen Herausforderungen, die Krieg und Flucht sowie der Aufenthalt in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland für Kinder und Jugendliche darstellen (Soykoek et al.).

## AUF DIE PSYCHOSOMATIK BEZOGENE BERUFSPOLITISCH GESCHICHTLICHE ASPEKTE

Geht man von der Basisebene aus, der Arbeit in den niedergelassenen Praxen, so bieten die von der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung unterstützten Qualitätszirkel eine Plattform zum interkollegialen und interdisziplinären Austausch (Anm. 2). Es gibt von den Ärztekammern organisierte sogenannte Psychosomatik-Tage mit Vorträgen und der Möglichkeit zu Fallbesprechungen. Es gibt in vielen Städten psychosomatische Arbeitskreise (Anm. 3). Auch bei den kinder- und jugendmedizinischen Forschungs- und Fortbildungstagen sind psychosomatische Vorträge und Denkanstöße zu finden.

Das reichte in der Summe dennoch nicht aus, um der (zunehmenden) Bedeutung der in den Praxen sich darstellenden psychosomatischen Störungsbilder und Erkrankungen in der aktuellen Bedarfsplanung in der Kinderheilkunde und Jugendmedizin gerecht zu werden. Erst durch den Aufbau der Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung in der Kinder- und Jugendmedizin und die Arbeit der u.g. Gremien gelang, wie sich in u.g. Kooperationspapier zeigt, ein wirklicher Durchbruch in der gemeinschaftlichen überprofessionellen Festlegung des Willens zur Kooperation bei Ausarbeitung gemeinschaftlicher Ziele der verschiedenen Professionen, sowie präzisierender Beschäftigung mit der Umsetzungsgestaltung. Die Einsetzung von Kursen zur psychosomatischen Grundversorgung und die aktuellen berufspolitisch erzielten Ergebnisse (s. u.) können nun wirklich als neuer und gebesserter Ausgangspunkt im Hinblick auf die psychosomatische Versorgung der Kinder und Jugendlichen bezeichnet werden.

## ZAHLEN UND FAKTEN ZUR AKTUELLEN PSYCHOSOMATISCHEN VERSORGUNG IN DER KINDER- UND JUGENDMEDIZIN

### Psychosomatische Versorgung als Kooperationsmodell

Unter der Leitung von Uwe Büsching und Harald Tegtmeyer-Metzdorf wurde 2011 erstmals vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte ein Curriculum zur psychosomatischen Grundversorgung (2) angeboten, um möglichst alle Kinder- und Jugendärzte mit diesem wichtigen Thema in Theorie und Praxis vertraut zu machen. Seitdem ist die Nachfrage ungebrochen. Insgesamt wurden über 1100 Kolleginnen und Kollegen in der psychosomatischen Grundversorgung ausgebildet. Die stationäre psychosomatische Versorgung ist weiterhin meistens an die Kinder- und Jugendpsychiatrie angegliedert und teilweise als Bereich der Kinderklinik. Der Austausch wurde in den letzten Jahren kontinuierlich intensiviert. Anfang dieses Jahres konnte nach intensiver vorangegangener Arbeit verschiedener Arbeitsgruppen ein Kooperationspapier veröffentlicht werden (Schmid). Dieses Papier wurde vom Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland (BKJPP), vertreten durch A. Walczak, K. Pauke und vom BVKJ, vertreten durch K. Rodens, H. Tegtmeyer-Metzdorf und R. Schmid in den Jahren 2016/17 erarbeitet und erstellt. Eine Stellungnahme der medizinischen Fachverbände für die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen wurde unter der Koordination des ehemaligen Generalsekretärs der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DGKJ), K.-J. Eßer, erstellt. In der Arbeitsgruppe vertreten waren G. Bürk (Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Psychosomatik), Th. Fischbach und R. Schmid (BVKJ), E. Mayatepek und J. Fegert (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP)), C. Fricke, H. Hollmann (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ)), A. Trotter und G. Sinnecker (Verband der Leitenden Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen (VLKKD)). Hier wird die optimale psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen als Kooperationsmodell dargestellt. Was die einzelnen Fachgebiete inhaltlich tun und wie die Zusammenarbeit aussehen kann, wurde in der Arbeitsgruppe der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) thematisiert (Leitung Gahr, DGKJ, u. a. vertreten durch T. Banaschewski, H.-H. Flechtner, V. Roessner). An gleicher Stelle führen A. Walczak und K. Pauke für den BKJPP, sowie K. Rodens, H. Tegtmeyer-Metzdorf und R. Schmid für den BVKJ aus, wie durch gemeinschaftliches Bemühen, auch im Kontakt mit den gesundheitspolitischen Entscheidungsträgern, eine bestmögliche Versorgung der betroffenen jungen Patienten erzielt werden möge.

## ZUM SCHLUSS

Der (spätestens) im vergangenen Jahrhundert gezündete Funke einer ganzheitlichen, Seele und Körper umfassenden Betrachtung des Menschen in der Medizin hat jetzt die Möglichkeit,

auch und besonders in der Kinder- und Jugendheilkunde zum anhaltend wärmenden und hell leuchtenden Feuer zu werden. Genau dazu, dieses Ziel für möglichst viele unserer Patienten näher zu rücken oder gar zu ermöglichen, trägt der psychosomatische Ansatz in der Kinder- und Jugendheilkunde bei.

Dies sollte in der hoffnungsvollen Haltung geschehen, dass „es nie zu spät ist, eine glückliche Kindheit zu haben“. (Milton Erickson)

### Anmerkungen

Anm. 1: Die Autorin dieses Artikels führt seit über 15 Jahren regelmäßig autogenes Training mit Gruppen von Kindern und Jugendlichen in der Praxis durch mit positiven Erfahrungen.

Anm. 2: Die Autorin dieses Artikels moderiert seit über 15 Jahren einen psychosomatisch ausgerichteten interdisziplinären Qualitätszirkel mit positiven Erfahrungen.

Anm. 3: Beispielsweise in Stuttgart besteht seit bald 20 Jahren der Arbeitskreis Essstörungen, in dem sich verschiedene Berufsgruppen, darunter Kinder- u. Jugendärzte, Kinder- u. Jugendpsychiater sowie -psychotherapeuten, FÄ für Psychosomatische Medizin, Psychologen und Pädagogen, zum Thema Essstörungen austauschen.

■ Dr. med. Gudrun Jacobi  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Stuttgart  
Schwerpunkte: Neuropädiatrie, Kinder- und Jugendpsychotherapie  
(Arbeitskreis psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Freiburg;  
ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern und Jugendlichen,  
München); Balintgruppenleiterin (Dt. Balint Ges.), systemische  
Therapeutin und Familientherapeutin (DGSF)  
Wiederholdstraße 24  
70174 Stuttgart  
Tel.: 0711 29 03 50

Literaturangaben bei der Verfasserin.

# Das Biopsychosoziale Modell: Saluto- und Pathogenese in der Entwicklung psychosomatischer Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen

Oliver P. Fricke

*Besonderheiten der Phänomenologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sind ihre enge Verbindung zur Entwicklung des Individuums und ihre häufig starken Wechselwirkungen mit körperlichen Funktionen und dem Auftreten somatischer Symptome. Aus diesem Grund bewährt sich für das Verständnis psychischer Störungen ein biopsychosozialer Ansatz im Kindes- und Jugendalter. Dieser systemische Ansatz kann als Wechsel von einer primär psychische zu einer psychosoziale Faktoren integrierenden Perspektive in der Diagnostik und Behandlung von psychischen Störungen verstanden werden. Eine Besonderheit des biopsychosozialen Ansatzes im Kindes- und Jugendalter ist die Notwendigkeit, das Individuum vor dem Hintergrund der Entwicklung und seines sozialen Kontextes, der Familie, zu sehen.*

## KONZEPTIONELLE GRUNDLAGEN DES BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS

Das biopsychosoziale Modell beruht auf systemtheoretischen Überlegungen, die im Grundsatz auf die Arbeiten von Ludwig von Bertalanffy zur Allgemeinen Systemtheorie zurückgehen. Die zentrale Idee der Allgemeinen Systemtheorie verfolgt die holistische Vorstellung, dass ein System als Ganzes verstanden werden muss und dies nicht vollständig aus dem unabhängigen Zusammenwirken aller seiner Einzelteile verstanden werden kann. Aus diesem Ansatz ergeben sich Phänomene wie Emergenz, Selbstorganisation und dynamisches Gleichgewicht, welches echtes Gleichgewicht und Fließgleichgewicht umfasst, und insbesondere der Prozess der Selbstorganisation, der von Humberto Maturana geprägt und von Niklas Luhmann auf soziale Systeme übertragen wurde, um diese in einer Systemtheorie durch den Prozess der Kommunikation zu beschreiben. In einem systemischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit kann es keine somatischen, psychischen oder psychosomatischen Krankheiten geben, da der Zustand der „Krankheit“



dann auftritt, wenn im Individuum autoregulative Kompetenzen zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreichen und Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht entscheidend, auf welcher Ebene (somatisch, psychisch oder psychosomatisch) oder an welchem Ort eine Störung generiert oder sichtbar wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen erzeugt. Krankheit und Gesundheit sind im biopsychosozialen Modell kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess. Aus diesem Grund muss der Zustand der „Gesundheit“ zu jedem Zeitpunkt des Lebens erzeugt werden. In einem systemischen Ansatz wird aus dem Konzept der psychosomatischen Erkrankung die Perspektive der psychosomatischen Betrachtung von Erkrankungen, in denen somatische Symptome auch aus einer psychischen Perspektive und vice versa (somatopsychisch) gesehen werden können. Psychosomatik ist somit in einem modernen systemischen Verständnis kein dichotomer Ansatz, der Psyche und Soma trennt, sondern ein Herangehen an Störungen im Menschen, welches das Wechseln von Perspektiven, der psychischen und der somatischen, erfordert, um Störungen im Individuum möglichst differenziert beschreiben und behandeln zu können.

## DAS KONZEPT VON GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IM BIOPSYCHOSOZIALEN MODELL

Im biomedizinischen Konzept wird der Begriff der Krankheit auf eine gestörte Funktion in einer rein naturwissenschaftlichen Perspektive reduziert. Durch den Prozess der reduktionistischen Analyse wird die Ätiologie der Störung eingegrenzt und die Pathogenese durch ein biophysikalisches Modell beschrieben. Medizin wird somit zu einem Fach der angewandten biologischen Chemie und Physik, in dem die Naturgesetze der unbelebten Materie auch zur Erklärung von Störungen der belebten Materie, in diesem Fall des Menschen, eingesetzt werden. Mit diesem Vorgehen können somatische Symptome mit der Ätiologie der Störung in Zusammenhang gebracht werden, wie z. B. das Auftreten einer Urtikaria der Haut aufgrund einer Anaphylaxie. Es können jedoch andere Ebenen der Störung, wie z. B. Veränderungen des Affekts aufgrund der Anaphylaxie, nicht in die Beschreibung der Erkrankung aufgenommen werden. Mit dem systemischen Ansatz im biopsychosozialen Modell können eine umfassendere Beschreibung von Krankheit gelingen und die mit der Leib-Seele-Dichotomie verbundenen Schwierigkeiten im Verständnis von Krankheiten mit einem hohen Grad der Vernetzung der unterschiedlichen Ebenen des Individuums aufgelöst werden. Im biopsychosozialen Modell stehen die biologische, die psychische und die soziale Ebene gleichberechtigt miteinander im Individuum zusammen. Dieses Konzept steht in Kontrast sowohl zum biophysikalisch basierten biomedizinischen als auch zum rein psychischen Konzept von Erkrankung, in dem die mit naturwissenschaftlichen bzw. geisteswissenschaftlichen Methoden beschriebene Störung über die anderen Ebenen des Individuums dominiert. Im systemischen Konzept von Erkrankung

stellt die Pathologie nicht die kausale Endstrecke eines gestörten Prozesses, sondern das Verlassen eines Zustands des Gleichgewichts für das System dar. Dieses veränderte Verständnis des Begriffs der Erkrankung verändert auch das Verständnis von Gesundheit und Salutogenese. Gesundheit ist der Zustand des Gleichgewichts im Individuum und ein salutogener Prozess ist ein Vorgang, welcher der Wahrung des Gleichgewichts dient und dazu autoregulatorische Kompetenzen im System des Individuums stärkt.

Vergleich des biomedizinischen Modells mit dem biopsychosozialen Modell (nach Egger, 2015)		
	Biomedizinisches Modell	Biopsychosoziales Modell
Konzept vom Menschen	„Maschine Mensch“	Dynamisches System
Interventionsmodell	Physikalischer oder chemischer Eingriff auf der biologischen Ebene	Multimodaler Ansatz
Interventionsfokus	Beseitigung der Störung	Stärkung der selbstregulatorischen Kompetenzen zum Wiedererlangen des Gleichgewichts
Behandlung	Organmedizinischer Spezialist	Medizinischer/Therapeutischer Spezialist ist Katalysator zur Verstärkung fremd- und autoregulativer Prozesse im Individuum
Krankheit	Störung	Verlust des Gleichgewichts aufgrund nicht ausreichender autoregulativer Kompetenzen
Gesundheit	Ausschluss einer Störung	Ausreichende autoregulative Kompetenzen zum Erhalt des Gleichgewichts bei Auftreten von Störungen

## DIE STELLUNG DES ARZTES UND THERAPEUTEN IM BIOPSYCHOSOZIALEN MODELL

Stellung und Kompetenzen im Handeln des Arztes und Therapeuten sind abhängig vom Konzept von Krankheit und Gesundheit. Im biophysikalischen Modell hat der Arzt primär die Aufgabe, eine physische Störung mit Mitteln der Chemie oder der Technik zu beheben. Die Rolle des Arztes würde in diesem Verständnis in erster Linie auf die eines Handelnden in der angewandten Naturwissenschaft reduziert. Der systemische Ansatz fordert vom Arzt und Therapeuten einen breiteren Ansatz, der neben dem Einsatz von Methoden der angewandten Naturwissenschaften Kompetenzen der Kommunikation, der Beziehung und der Katalyse von Prozessen bedarf. Dieser Ansatz verändert die Vorstellungen von der Arzt-Patienten-Beziehung radikal und fordert vom Arzt neben einem Detailwissen in der Biomedizin ein hohes Maß an Beziehungsfähigkeit und sozialer Kompetenz, welches bereits im Studium in Theorie und Praxis erworben werden muss und in der ärztlichen Weiterbildung einen Zustand der fachlichen Reife erreichen sollte, der eigenständiges Handeln in der Behandlung der Patienten ermöglicht.

## **ENTWICKLUNG VON ERKRANKUNGEN UND SALUTOGENESE BEI KINDERN UND JUGENDLICHEN IM BIOPSYCHOSOZIALEN MODELL**

Ein biopsychosoziales Modell zur Beschreibung von Krankheit und Gesundheit im kindlichen Organismus muss Phänomene der kindlichen Entwicklung in der biologischen, psychischen und sozialen Perspektive berücksichtigen. Der kindliche Organismus wird durch epigenetische Faktoren bereits durch äußere und innere Bedingungen, die auf seine Eltern und ihn pränatal eingewirkt haben, über die genetische Anlage hinaus geprägt. Exemplarisch kann auf die traurigen Folgen der durch die deutsche Wehrmacht ausgeführten Blockade der Niederlande und die damit verursachte Hungersnot im Winter des Jahres 1944/45 verwiesen werden. Aufgrund der Hungersnot kamen zahlreiche Kinder unterernährt zur Welt und wurden durch diesen Vorgang auch hinsichtlich vulnerabler Faktoren durch epigenetische Mechanismen in ihrer Entwicklung geprägt, wie z. B. ein erhöhtes Risiko für das Auftreten schizophrener Psychosen im weiteren Leben.

Aber auch die Erfahrung von Not und Erkrankung der Mutter in der Schwangerschaft verändert die Beziehung zum Kind in der prä- und postnatalen Phase. Hier kann als Beispiel das Auftreten einer postpartalen Depression genannt werden, für die Frauen mit bereits vor der Schwangerschaft bestehenden psychischen Störungen eine besondere Empfindlichkeit zeigen. Depressive Verhaltenszüge beeinträchtigen in der Regel das feinfühliges Pflegeverhalten der Mutter, was wiederum das Risiko zur Entwicklung einer Regulationsstörung beim Kind erhöht. Zudem finden sich die individuellen Erfahrungen, die Eltern in ihren Beziehungen zu ihren Eltern, Geschwistern, Freunden und Partnern gemacht haben, auch in der Beziehungsgestaltung zu ihrem Kind wieder. So kann z. B. der traumatisierende Verlust einer Beziehung bei den Eltern die Beziehung zum Kind dergestalt verändern, dass eine Anleitung des Kindes durch Regeln aufgrund der Angst, die Beziehung zum Kind zu beschädigen, unterbleibt. Dieses wiederum erschwert dem Kind das Mentalisieren von sozialen Normen, die ihm eine Anpassung an seine sozialen Rahmenbedingungen ermöglichen und ihm dadurch einen Platz und eine damit verbundene Geborgenheit im kleineren System der Familie und auch in größeren sozialen Systemen seiner Umwelt, wie z. B. Schule oder Kindergarten, geben. Eine unzureichende soziale Anpassung erzeugt beim Kind Stress, der über psychische und biologische (neuroendokrine) Mechanismen im kindlichen Individuum wirksam wird. Stress kann einem System zu einer verbesserten Kapazität der Anpassung verhelfen und damit eine salutogenetische Wirkung entfalten, aber auch durch eine zu hohe Intensität und Dauer im Individuum eine Vulnerabilität für das Auftreten von Folgestörungen, wie z. B. depressive Episoden, erzeugen. Dieser Vorgang kann durch endokrin vermittelte metabolische Veränderungen im Organismus, die wiederum zur Verstärkung von Entzündungsprozessen (Mikroinflammation) führen, verstanden werden. Mikroinflammation ist nach dem aktuellen biomedizinischen Verständnis ein wesentlicher Faktor bei der Entwicklung einer depressiven Episode. Zudem wird das Auftreten einer psychischen Störung

beim Kind seine Anpassung an die soziale Umwelt verschlechtern und damit auch Beziehungen innerhalb der Familie aufgrund der erhöhten psychosozialen Anforderungen an diese verändern. Auch wenn destabilisierende Effekte für das soziale Gleichgewicht in der Familie in der Regel in diesem Prozess überwiegen, so kann das Auftreten erhöhter Anforderungen auch salutogenetische Faktoren bei den Eltern stärken. Erkrankungen in der Familie können bei den Eltern zu einer Priorisierung von Lebensfaktoren führen und z. B. zu einer Priorisierung intrafamiliärer Beziehungen, was dann einen stabilisierenden Einfluss auf die psychische Entwicklung des Kindes hat und in einem systemischen Verständnis zum Wiedererlangen eines Gleichgewichts führt. Der Arzt oder Therapeut kann hier die Funktion eines Katalysators einnehmen, der das Wiedererlangen der Balance im System fördert. Das kindliche Erleben von eigener Wirksamkeit, z. B. in einem familientherapeutischen Vorgehen, erzeugt das Erleben von Selbstwirksamkeit im Umgang mit der eigenen Person und in der Gestaltung von Beziehungen. Ein hohes Maß des Erlebens der Selbstwirksamkeit in Beziehungen ist Grundlage für den erfolgreichen Aufbau von sekundären Beziehungen außerhalb der Familie und damit auch für eine erfolgreiche Teilhabe an der sozialen Umwelt. Da gerade sekundäre Beziehungen einen hohen Wert in der Entwicklung der psychischen Resilienz haben, kommt diesem Vorgang eine salutogenetische Eigenschaft zu. Das Vermeiden des Auftretens psychischer Störungen in der Entwicklung ist ein entscheidender Faktor für den schulischen Erfolg und damit auch die Grundlage für die weitere Bildungsentwicklung in der Berufsausbildung. Psychische Störungen führen in Familien häufig zu prekären Verhältnissen, die wiederum die Vulnerabilität des Auftretens kindlicher Entwicklungsstörungen und chronischer Erkrankungen verstärken. Die hier dargestellten Beispiele aus Prozessen der kindlichen Entwicklung sollten verdeutlichen, dass der Verzicht auf unidirektional ablaufende kausale Ketten, wie sie z. B. Grundlage des biomedizinischen Modells sind, ein Verständnis der hohen Variabilität in der Entwicklung des Individuums ermöglicht. So haben Mord und Vertreibung der nationalsozialistischen Diktatur bei den Verfolgten zu einer massiven Verletzung ihrer menschlichen Integrität und ihrer materiellen und emotionalen Lebensgrundlage geführt. Viele dieser Betroffenen haben diese zerstörerische Gewalt nicht überlebt oder sich davon nicht erholen können. Einigen ist es trotz aller dieser Widrigkeiten gelungen, ihr Leben zu erhalten und an einem sicheren Ort in der Emigration ein weit über dem Durchschnitt erfolgreiches und z. T. sogar auch ihre Epoche kulturell prägendes Leben zu gestalten. Es sind gerade die über Beziehungen in der Entwicklung vermittelten Resilienzfaktoren, die beim Auftreten von Störungen des Systems, wie z. B. der Verlust einer wichtigen Beziehung, die autoregulative Kompetenz zum Erhalt des Gleichgewichts und damit auch der psychischen Stabilität ermöglichen. So ist der Verlust einer Primärbeziehung für ein Kind ein schweres Trauma in seiner Entwicklung. Kann es jedoch über einen Prozess der Mentalisierung die Beziehung fortführen, z. B. indem es eine ausreichende Achtsamkeit gegenüber der eigenen Person als Auftrag im Vermächtnis des verlorenen Gegenübers für sich selber themati-



siert, so kann auch ein die Entwicklung fördernder Prozess im Sinne der Salutogenese im Kind in Gang gesetzt werden. Für die Salutogenese in der kindlichen Entwicklung ist entscheidend, dass eine ausreichende materielle, ökologische und kulturelle Grundlage neben einem Angebot an gesunden Beziehungspartnern besteht, um ausreichend stabile primäre und sekundäre Beziehungen im sozialen System entwickeln zu können.

Nur die Entwicklung von tragfähigen Beziehungen ermöglicht die Entwicklung ausreichender innerer Repräsentanzen (Resilienz), um physischen und sozialen Stressoren durch einen autoregulativen Prozess zu entgegnen und damit die Balance im System zu erhalten. Aus diesem Grund sind prekäre materielle und kulturelle Lebensbedingungen und ein Mangel an Beziehungsangeboten entscheidende Risikofaktoren für das Auftreten einer aus systemischer Sicht instabilen kindlichen Entwicklung mit dem Auftreten von gesundheitlichen Störungen mit somatischen und psychischen Symptomen/Erkrankungen und deren sozialen Folgen. Nur eine Gesellschaft, die ihren Kindern und Jugendlichen die oben genannten salutogenetisch wirksamen Faktoren bereitstellt und diese erhält, kann darauf vertrauen, auch in Zukunft ein soziales Gleichgewicht im gesamten System zu erhalten und als soziale Struktur und normativer Faktor des Zusammenlebens fortzubestehen. In diesem Punkt kommen dem Kinder- und Jugendarzt, dem Kinder- und Jugendpsychiater und dem Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten die besondere gesellschaftliche Verantwortung zu, den gesellschaftspolitischen Diskurs durch die Vermittlung der notwendigen Fakten zum Verständnis der salutogenetischen Prozesse im Kindes- und Jugendalter z. B. über die Organisation in Fachgesellschaften zu begleiten.

## LIMITATIONEN UND ERWEITERUNG DES KLASSISCHEN BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS IN DER MEDIZIN

Das biopsychosoziale Modell ermöglicht ein komplexeres Verständnis des Individuums Mensch im sozialen und ökologischen System im Zustand von Krankheit und Gesundheit, kann aber drei wesentliche Verständnisprobleme nicht klären. Zum einen kann das „Bindungsproblem“ auch durch das biopsychosoziale Modell nicht geklärt werden. Unter dem Bindungsproblem wird verstanden, dass psychische Phänomene nicht durch somatische Prozesse und somatische Phänomene nicht durch psychische Prozesse beschrieben werden können. Zum anderen kann keine Kausalität ohne Widerspruch zwischen den Ebenen des Systems hergestellt werden. Wenn psychische Phänomene, die materiell nicht greifbar sind, somatische Prozesse beeinflussen, so verletzt dieser Vorgang das Prinzip von Actio und Reactio im physikalischen Modell des Organismus Mensch. In der materiellen Welt werden Veränderungen durch die Wirkung von Kräften und damit geleisteter Arbeit bzw. einen Aufwand von Energie herbeigeführt. Psychische Prozesse, wie z. B. Kognitionen, sind immateriell und könnten somit aus physikalischer Sicht keine Kräfte hervorbringen, die zu materiellen, also neuronalen Veränderungen führen. Lediglich das Fehlen

der subjektiven Perspektive im Erleben von Krankheit und Gesundheit kann durch eine Erweiterung des biophysikalischen Modells behoben werden. Nach Kandell (2006) lassen sich sechs Eigenschaften mit der Empirie und der inneren Widerspruchsfreiheit eines solchen Modells formulieren. Psychische bzw. mentale Prozesse sind neuronaler Natur, wobei Gene die Anlage neuronaler Verbindungen bestimmen. Erfahrungen des Individuums mit dem eigenen Organismus und der biosozialen Umwelt verändern die Genexpression und die Stärke der neuronalen Verbindungen. Aus diesem Grund verändern Lernen und Beziehungen in der psychotherapeutischen Behandlung die Genexpression und quantitative und qualitative Eigenschaften des neuronalen Netzwerks.

## PERSPEKTIVEN DER WEITERENTWICKLUNG DES BIOPSYCHOSOZIALEN MODELLS IM KINDES- UND JUGENDALTER

Die unter den Limitationen aufgeführten Probleme in der Vollständigkeit und faktischen Konsistenz des biopsychosozialen Modells erweisen sich auch für das sich entwickelnde Individuum (Kind oder Jugendlicher) als relevant. Die Entwicklung im Individuum sollte in einem umfassenden Modell zwischen den Ebenen verschränkt sein, Entwicklungsabläufe sollten also von unterschiedlichen Ebenen aus beschreibbar sein. So kann im aktuellen biopsychosozialen Modell z. B. der Prozess der Entwicklung der Objektpermanenz nach Piaget auf einer psychologischen Ebene nachvollzogen werden, er ist aber von der neuronalen Ebene aus nicht beschreibbar. Das Modell kann auch eine Verletzung der Kausalität zwischen Materiellem und Psychischem im oben genannten Prinzip von Actio und Reactio bei Prozessen in der Entwicklung nicht vermeiden. So können psychische und damit immaterielle Prozesse in der Beziehung zwischen Eltern und Kind Entwicklungsschritte induzieren, die sich auf einer neuronalen und damit materiellen Ebene darstellen lassen. Aus diesem Grund kann nur die Veränderung der von Kandel (2006) und anderen Autoren vorgeschlagenen Erweiterung des biopsychosozialen Konzepts eine noch bessere Anpassung an die systemische Realität erlauben, die eine Lösung dieser beiden Ungereimtheiten im Modell ermöglicht. Bis zu diesem Zeitpunkt ermöglicht die Anwendung des biopsychosozialen Modells in der Kinder- und Jugendmedizin zum aktuellen Kenntnisstand die universellste Beschreibung, um somatische, psychische und soziale Phänomene in einen Zusammenhang zu bringen und daraus erfolgreiche Interventionen zur Förderung der Entwicklung, zur Salutogenese und zur Behandlung von Krankheiten abzuleiten.

■ Prof. Dr. med. Oliver P. Fricke  
Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universität Witten/Herdecke  
und Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie  
des Kindes- und Jugendalters, Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke  
Gerhard-Kienle-Weg 4  
58313 Herdecke

Literaturangaben beim Verfasser.

# Kindliche Ressourcen – resiliente Kinder

Franz Petermann

*Ressourcen schützen Kinder in ihrer Entwicklung vor widrigen Umständen. Ressourcen zu stärken gilt als eines der wichtigsten Ziele, wenn es um die Gesunderhaltung von Kindern geht. In vielen Fällen können die Umgebungsbedingungen Kinder in ihrer Entwicklung unterstützen, vielfach sind jedoch die Kinder selbst gefordert, in der aktiven Auseinandersetzung mit ihrer Umwelt zu persönlichen Stärken (Resilienzen) zu gelangen. Resiliente Kinder sind am besten geschützt vor psychischen Krankheiten. Die Quellen erworbener Resilienz sind dabei entscheidend.*

Seit den 80er Jahren des letzten Jahrhunderts hat sich ein neues Gesundheitsverständnis verbreitet, das den Fokus nicht mehr ausschließlich auf krankhafte Prozesse richtet, sondern sich mit der Frage beschäftigt, welche Faktoren die Gesundheit fördern und schützen. Das Vorhandensein und die Ausprägung von Ressourcen stellen in diesem Zusammenhang wichtige Aspekte dar. Zu den Ressourcen eines Kindes gehören vor allem seine Schutz- und Kompensationsfaktoren.

## RESSOURCEN ALS SCHUTZ- UND KOMPENSATIONSFAKTOREN

Schutzfaktoren kann man zunächst einmal in angeborene und erworbene Faktoren untergliedern. Ein klassischer angeborener Schutzfaktor eines Kindes ist z.B. die Intelligenz, die weitgehend genetisch determiniert ist. Einen erworbenen Faktor stellen die Fertigkeiten zur Selbstregulation dar. Erworbene Schutzfaktoren werden als Resilienzen bezeichnet.

Vor allem die berühmte Kauai-Studie von Emmy Werner aus den 1950er Jahren betonte die Bedeutung von Resilienzen für die kindliche Entwicklung.

**Kauai-Studie.** Von den beobachteten Kindern wuchsen ca. 30% unter ungünstigen Bedingungen auf: Armut, psychisch erkrankte Elternteile, Scheidungen, prä- und perinatale Komplikationen oder Mütter mit weniger als acht Jahren Schulbildung. Zwei Drittel der Kinder, die vier oder mehr dieser Risikofaktoren aufwiesen, litten mit zehn Jahren unter Lern- und Verhaltensstörungen oder waren mit 18 Jahren straffällig geworden. Ein Drittel dieser Kinder entwickelte sich trotz der Risiken unauffällig. Sogar 40 Jahre später litt diese Gruppe von Kindern seltener unter chronischen Erkrankungen. Ebenso waren die Sterblichkeits- und Scheidungsraten geringer als beim Durchschnitt der Alterskohorte. Für diese Gruppe von Kindern, die sich trotz widriger Umstände normal entwickelten, wurde die Bezeichnung „resilient“ eingeführt.

## SCHUTZ- UND KOMPENSATIONSFAKTOREN

Schutzfaktoren kann man in personenbezogene Merkmale (z.B. kognitive Faktoren eines Kindes), soziale Beziehungen (z.B. Beziehungen zu Eltern und Gleichaltrigen) und weitere umgebungsbezogene Aspekte (z.B. die Qualität des Bildungswesens) untergliedern.

**Schutzfaktoren** bestehen schon vor dem Auftreten von Störungen und werden durch das Vorhandensein von Risikofaktoren aktiv, indem sie deren Wirkung abmildern oder aufheben. Kompensationsfaktoren sind Fähigkeiten und Strategien, die zur Bewältigung entstandener (psychischer) Störungen eingesetzt werden. So bilden Entspannungsmethoden für Kinder mit Neurodermitis eine Möglichkeit, dass sie selbstständiger mit ihrer Krankheit umgehen lernen.

## ZUR VIELFALT MÖGLICHER RESSOURCEN

Jahrzehntelange Forschung brachte eine Vielzahl von Ressourcen zu Tage, die eine Entwicklung im Kindes- und Jugendalter positiv beeinflussen. Die folgende Zusammenstellung vermittelt hierzu einen Einblick.

### Kindbezogene Ressourcen

- Positives Temperament (als Persönlichkeitsmerkmal) während des ersten Lebensjahres
- Hohe Intelligenz und gute Problemlösefertigkeiten
- Effektive Fertigkeiten zur Emotionsregulation, Stressregulation und Verhaltenssteuerung
- Positives Selbstkonzept (Selbstvertrauen, hoher Selbstwert, hohe Selbstwirksamkeitserwartung)
- Positive, optimistische Grundeinstellung gegenüber dem Leben
- Grundvertrauen und die Fähigkeit, dem Leben einen Sinn abgewinnen zu können
- Von der sozialen Umgebung positiv bewertete kindbezogene Merkmale (Begabungen, Humor)

### Familienbezogene Faktoren

- Wenig Streit zwischen den Eltern
- Enge Beziehung des Kindes zu mindestens einer zuverlässigen Erziehungsperson
- Positiver Erziehungsstil: Warmherzig, strukturiert, interessiert am Wohlergehen des Kindes
- Positive Geschwisterbeziehungen
- Hohes erzieherisches Engagement der Eltern
- Wertebindungen und spirituelle Überzeugungen in der Familie

## Soziale Merkmale

- Verfügbarkeit sozialer Unterstützung (z. B. Freunde, Schule, Nachbarschaft)
- Stabile und vertrauensvolle Beziehungen zu wohlmeinenden und fürsorglichen Erwachsenen sowie Gleichaltrigen
- Niedrige Gewaltbereitschaft in der häuslichen Umgebung
- Bezahlbare Wohnsituation
- Zugang zu Freizeit- und Bildungseinrichtungen
- Gut ausgebildete und engagierte Lehrkräfte
- Verfügbarkeit von schulischer Nachmittagsbetreuung und Freizeitangeboten (Sport, Musik, Kunst)
- Vermittlung beruflicher Perspektiven und Integration

## Gesellschaftliche Merkmale

- Unterstützende gesellschaftliche Rahmenbedingungen für die Kindergesundheit (Kinderrechte, Kindergesundheit und Kinderschutz)
- Hoher gesellschaftlicher Stellenwert von Kindergesundheit und Bildung
- Niedrige gesellschaftliche Akzeptanz von Gewalt, Unterdrückung, Vernachlässigung und körperlicher Züchtigung von Kindern

Zum Glück wirken immer mehrere Schutzfaktoren gemeinsam, die dadurch in der Lage sind, auch mehrere vorliegende Risikofaktoren in ihrer Wirkung zu relativieren. Hierzu ein Beispiel aus der Kinderpsychosomatik: Kinder mit chronisch-funktionellem Bauchschmerz, deren Eltern unter einer depressiven oder somatoformen Störung leiden, entwickeln über eine geteilte genetische Disposition und ungenügende und ungünstige Modelleffekte ein erhöhtes Risiko für eine somatoforme Störung. Eine angemessene Schmerzbewertung (ohne hypochondrische Sorgen) sowie eine vertrauensvolle Schmerzkommunikation zwischen Eltern, Kind und Arzt wirken gegen die Entwicklung einer somatoformen Störung auf Seiten des Kindes.

## RESSOURCEN UND RESILIENZEN FÖRDERN – EINIGE HINWEISE

Schutzfaktoren können auf der Ebene des Kindes zumindest in dreifacher Weise gestärkt oder aufgebaut werden:

- durch die Steigerung der für eine Aufgabe verwendeten Zeit oder Erhöhung der Anstrengung; in diesem Rahmen spielt die Fähigkeit des Kindes, Belohnungen aufzuschieben eine entscheidende Rolle;
- durch die Nutzung einer bisher unzureichend eingesetzten Fertigkeit (z. B. Hilfe bei anderen aktiv aufsuchen) und
- durch den Erwerb neuer Fertigkeiten.

Beispiel: So können Kinder neue Emotionsregulationsstrategien erlernen und dadurch Verhaltensauffälligkeiten (z. B. aggressives Verhalten) reduzieren; in der Folge verbessert sich das Sozialverhalten und Konflikte in der Schule treten weniger häufig auf.

Vor allem bei Vorschul-, aber auch bei Grundschulkindern kann eine verbesserte Eltern-Kind-Interaktion und ein angemessener Erziehungsstil sich positiv auf die Ressourcen- und Resilienzstärkung auswirken. Folgenden zehn Aspekten kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu:

- Empathie seitens der Eltern für die Befindlichkeit und die Bedürfnisse des Kindes;
- effektive familiäre Kommunikation und aktives Zuhören;
- negative Interaktionen (z. B. Drohen, Strafen ohne Zusammenhang) mit dem Kind unterbrechen und ins Positive verändern;
- dem Kind gegenüber Wärme und Zuneigung zum Ausdruck bringen, sodass es sich einzigartig und wertgeschätzt fühlt;
- das Kind in seiner Persönlichkeit annehmen und es dabei unterstützen, realistische Ziele und Erwartungen zu entwickeln;
- dem Kind Erfolgserlebnisse vermitteln und ihm so seine Fertigkeiten/Kompetenzen erfahrbar machen;
- dem Kind die Erfahrung ermöglichen, dass Misserfolge keine Niederlage darstellen, sondern Erfahrungen und Rückmeldungen sind, aus denen das Kind lernen kann, eigenes Verhalten zu optimieren;
- soziales Verantwortungsbewusstsein stärken durch Übertragen von Aufgaben und Pflichten für die Familie oder soziale Gruppen;
- dem Kind ein Modell bieten für effektive Problemlösungen und Entscheidungsfindungen;
- erzieherische Grenzsetzungen bei Fehlverhalten des Kindes in einer Weise gestalten, dass die Fähigkeit des Kindes zur Selbstregulation gestärkt und der Selbstwert des Kindes nicht geschwächt wird.

Bemühungen der kindbezogenen Ressourcenstärkung und der Eltern- und Familienarbeit sollten in der Praxis eng aufeinander bezogen sein.

■ Prof. Dr. Franz Petermann  
Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation  
der Universität Bremen  
Grazer Straße 6  
28359 Bremen

Literaturangaben beim Verfasser.

# Die entwicklungsadäquate psychosomatische Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

Stellungnahme der medizinischen Fachverbände, für die Unterzeichner:  
Ronald Schmid

*Die Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie und Kinder- und Jugendmedizin haben bei der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Beschwerden bzw. Störungen zahlreiche Berührungspunkte. Die auch durch die KiGGS-Studie des RKI dokumentierte zunehmende Verschiebung von akuten zu chronischen Krankheiten und von somatischen zu psychischen Auffälligkeiten erfordert in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mehr denn je eine biopsychosoziale Sichtweise. Aus den KIGGS-Daten kann heute eine erhebliche Belastung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland hinsichtlich chronischer somatischer sowie psychischer Auffälligkeiten abgelesen werden, die sich ggf. auch gegenseitig verstärken.*

## HANDLUNGSBEDARF

Daher benötigen Kinder und Jugendliche und ihre Familien nicht nur eine somatisch ausgerichtete medizinische Versorgung, sondern auch eine, die der komplexen Interaktion von Entwicklungsverläufen und deren Störung in Bezug auf die Organsysteme und Motorik, die Kognition und Emotion, die schulischen Fertigkeiten sowie die psychosoziale Entwicklung gerecht wird. Kinder- und Jugendmedizin als zuständiges Fachgebiet der Primärversorgung muss daher im Gegensatz zur häufig geübten Praxis der so genannten „Organfächer“ in der Erwachsenenmedizin der Einheit, Zusammengehörigkeit und den Wechselbeziehungen von Leib und Seele im Entwicklungsalter unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds, insbesondere der Familie, Rechnung tragen.

Die Gesellschaften für Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie sehen als Voraussetzung für eine qualitativ hochwertige Versorgung die Notwendigkeit einer intensiven Kooperation der auf Kinder und Jugendliche spezialisierten Fachgebiete zur Behandlung psychosomatisch erkrankter Patienten im Entwicklungsalter.

Die kinder- und jugendspezifischen Fachgebiete der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ergänzen sich. Gemeinsam vermögen sie das gesamte Spektrum von Störungen und Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter komplementär von klassischen organischen Krankheiten über psychosomatische Störungen bis hin zu genuin psychiatrischen Erkrankungen zu diagnostizieren und therapeutisch zu versorgen. Sie unterstützen sich dabei gegenseitig und kooperativ in der flächendeckenden ambulanten, teilstationären und stationären Versorgung. Regional ist die Versorgung durch diese beiden Fachgebiete sehr unterschiedlich und zum Teil nicht ausreichend.

## GRUNDLAGEN DER WEITERBILDUNGSORDNUNG

**Die aktuelle Musterweiterbildungsordnung legt die entsprechenden Weiterbildungsinhalte für beide Fachgebiete fest:**

„Das Gebiet Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie und Sozialpädiatrie.“

„Das Gebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld.“

Somit handelt es sich bei der Kinderpsychosomatik um eine gemeinsame Teilmenge, welche integraler Bestandteil sowohl der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie als auch der Kinder- und Jugendmedizin ist.

## WAS IST PSYCHOSOMATIK?

Die Psychosomatik wurde z. B. von Thure von Uexküll definiert als ein Konzept, welches psychische Faktoren und Konflikte in der Entstehung und/oder der Entwicklung organbezogener, läsioneller oder funktioneller physischer Krankheiten einbezieht. Damit ist eine Betrachtungsweise von Krankheit gemeint, die gleichermaßen biologische, psychologische und soziale Bedingungen einschließlich ihrer Wechselwirkungen als Ursache ansieht. Es handelt sich also nicht um ein Spezialfach oder eine Subspezialität der Medizin. Daher existiert international auch keine wissenschaftlich gültige Definition der Kinderpsychosomatik (im angloamerikanischen Bereich

werden zahlreiche Fragestellungen unter dem Schlagwort *pediatric psychology* bearbeitet). Für das Säuglings-, Kindes- und Jugendalter ist der Begriff der Psychosomatik aber ein integraler Bestandteil der Kompetenzen der Fachgebiete Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie Kinder- und Jugendmedizin.

Mit jeweils unterschiedlichen Kompetenzschwerpunkten (siehe Musterweiterbildungsordnungen der beiden Fachgebiete) eint die Kinder- und Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ein gemeinsames ärztliches Grundverständnis in Bezug auf die altersadäquate und familienorientierte Prävention, Behandlung und Nachsorge von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen.

## VERSORGUNGSASPEKTE

Zu einer guten Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen in Klinik und Praxis gehört neben einer biopsychosozialen Sichtweise auch ein interdisziplinäres Arbeiten in einem multiprofessionellen Team.

### Zum therapeutischen Team gehören:

Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Psychologen, (Sozial-)Pädagogen, Sozialarbeiter, Erzieher und Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger sowie Heilerziehungspfleger und andere therapeutische Berufe wie z. B. Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Krankengymnasten, Musiktherapeuten, Arbeitstherapeuten etc.

Des Weiteren sind in der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungen umfassende Kenntnisse im Bereich Psychopharmakotherapie und Differenzialdiagnostik zu anderen kinder- und jugendpsychiatrischen sowie zu somatischen Störungsbildern erforderlich. Nur auf dieser Grundlage kann eine Einschätzung des Schweregrades, der Prognose und des psychosozialen Unterstützungsbedarfs erfolgen.

### Stationärer Bereich:

In der Kinder- und Jugendmedizin und der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgt die stationäre Behandlung in spezialisierten Stationen, in denen ein entsprechend zusammengesetztes therapeutisches Team (s. o.) vorgehalten werden muss. Dabei sind die Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Störungen ohne formale kinder- und jugend(lichen)psychotherapeutische Kompetenz nicht denkbar. Generell sind kinder- und jugendmedizinische sowie kinder- und jugendpsychiatrische Kompetenz erforderlich. Daher muss das multiprofessionelle Team ärztlich geleitet werden. Bei allen Beteiligten muss (übereinstimmend mit den Vorgaben der UN-KRK) eine fachliche Qualifikation für die Behandlung von Kindern vorliegen, d. h. Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit den für Kinder und

Jugendlichen elementaren Systemen Jugendhilfe und Schule. Zusätzlich sind Kenntnisse und Fähigkeiten in der Versorgung behinderter Kinder sowie in der Einbeziehung der Eltern erforderlich.

Krankenhausplanerisch obliegt es der länderspezifischen Richtungsgebung des jeweiligen für Gesundheitsfragen zuständigen Landesministeriums, ob die Betten der psychosomatischen Stationen formal der Kinder- und Jugendmedizin und/oder der Kinder- und Jugendpsychiatrie zuzuordnen sind. Die Leistungen lassen sich sowohl über OPS für den Bereich des DRG-Systems als auch den Bereich der BpflV abrechnen, es existieren unterschiedliche Modelle in verschiedenen Bundesländern (Festlegungen oder auch Optionsmodelle). Deziert psychosomatische Abteilungen können keine kinder- und jugendpsychiatrischen Pflichtversorgungsaufgaben wahrnehmen und müssen ggf. gesondert geplant werden. Die räumliche Struktur einer psychosomatischen Station oder Abteilung muss ein eigenes, den Entwicklungsbedürfnissen der Patienten entsprechendes therapeutisches Milieu und Räume für Wohnen, Schule, Einzel- und Gruppentherapie und -arbeit sowie Rückzugsmöglichkeiten aufweisen. Schulunterricht muss gewährleistet sein. Im Einzelfall ist die individuelle Gewichtung psychischer und somatischer Komorbiditäten entscheidend. Daher verbieten sich strukturelle Patientenaufteilungen nach so genannten Indikationslisten.

### Ambulanter Bereich:

Die biopsychosoziale Grundversorgung und Familienbetreuung findet in kinder- und jugendärztlichen Praxen statt. Bei psychosomatischen Erkrankungen sind die Praxen für Kinder- und Jugendmedizin, sozialpädiatrische Zentren und die neu entstehenden Facharztverbände für die Diagnostik und Klärung der Behandlungsindikation ansprechbar. Die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie realisiert diese Angebote in erster Linie über spezialisierte fachärztliche Praxen, Praxen mit Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und Psychiatrische Institutsambulanzen für Kinder und Jugendliche. Letztere befinden sich in der Regel am Ort einer stationären oder teilstationären Einrichtung der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

Kinder- und Jugendärzte und Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten sehen die unbedingte Notwendigkeit, dass die ambulante Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit psychosomatischen Erkrankungen in beiden auf das Entwicklungsalter spezialisierten Arbeitsgebieten gefördert und sichergestellt wird und möglichst kooperativ erfolgt.

#### ■ Unterzeichner:

G. Bürk (AGPPS e. V.), Dr. T. Fischbach (BVKJ e. V.), Prof. Dr. E. Mayatepek (DGKJ e. V.), Prof. Dr. Dr. T. Banaschewski (DGKJP e. V.), Dr. C. Fricke (DGSPJ e. V.), Prof. Dr. A. Trotter (VLKKD e. V.)  
Zusammenstellung: Prof. Dr. Ronald Schmid, Vizepräsident BVKJ  
Red.: WH

# Psychosomatik lernen

Folkert Fehr

*„Psychosomatik lernen“ – diese beiden Worte passen eigentlich schlecht zusammen. Dieser Artikel möchte ausloten, wie beide Begriffe doch sinnvoll verknüpft werden können. Als Deskriptoren von Personen: Ich habe psychosomatisches Wissen, psychosomatische Fähigkeiten und Haltungen. Oder als Deskriptoren von Arbeitsergebnissen: Dieses Kind, diese Familie wurde schlecht, ausreichend oder meisterlich psychosomatisch begleitet und behandelt. Dadurch soll gezeigt werden, was es mit der Entwicklung psychosomatischer Kompetenzen in Aus- und Weiterbildung auf sich hat. Was kann die einzelne Ärztin in Weiterbildung (ÄiW) oder der einzelne Weiterbilder tun, um bedarfsorientiertes Lernen von biopsychosozialen Zusammenhängen zu fördern?*

## WARUM?

Ende des 19. Jahrhunderts wurde unter anderem durch Sigmund Freud klar, dass Kranke mit „funktionellen Störungen“ in der somatisch orientierten Medizin nicht effektiv behandelt werden können. Diese Erfahrung ist leicht nachzuvollziehen, wenn beispielsweise bei Säuglingen mit Regulationsstörungen organische Ursachen ausgeschlossen sind, aber es mit dieser Erkenntnis allein noch nicht allen wieder gut geht.

Ein formaler Grund ist die Verankerung in der Weiterbildungsordnung und im verpflichtenden Logbuch. In der Fassung vom 28. Juni 2013 ist in der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen gefordert. Im Logbuch sollen psychosomatische Grundlagen und der Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in psychogenen Symptomen, somatopsychischen Reaktionen und psychosozialen Zusammenhängen attestiert werden. Unbeschadet der Tatsache, dass all diese Inhalte dramatisch unterbestimmt (Um welche Grundlagen, Kenntnisse, Erfahrun-

gen, Fertigkeiten geht es genau?) und kaum oder gar nicht operationalisiert (Woran werden wir das erkennen?) sind: Es existiert ein breiter Konsens, dass in der Entwicklung zum Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin die Qualifikation zur psychosomatischen Grundversorgung erworben werden soll.

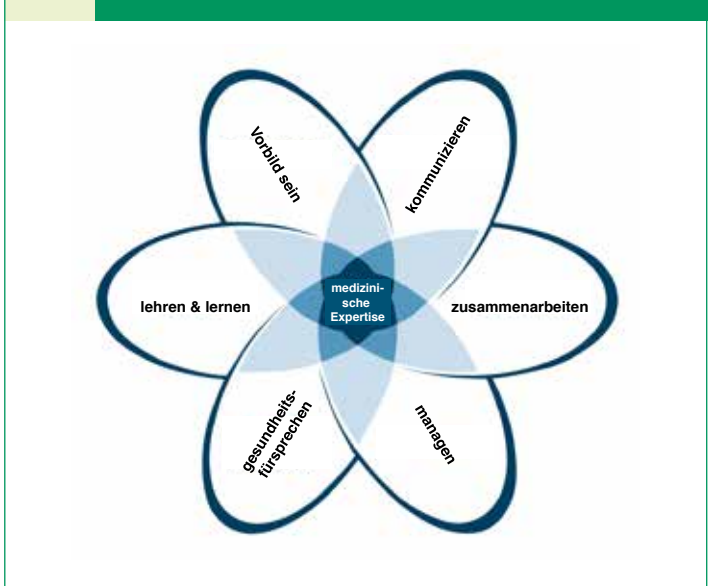
## WO?

Dort, wo „gemeinschaftlich in maximaler Freiheit nach Wissen gestrebt wird und jeder Einzelne in bestem emotionalen Zustand seine Bereitschaft und Möglichkeiten einbringt, Erfahrungen zu erwerben, auszutauschen und zu erweitern“ (Wilhelm von Humboldt 1810).

In der Weiterbildung dominiert das arbeitsbegleitende Lernen. Gelernt wird dort, wo gehandelt wird. Aussagen wie: „Ich habe einen Arbeitsvertrag, keinen Ausbildungsvertrag“ oder „Lernen ist ein Abfallprodukt von Anwesenheit“ weisen darauf hin.

Deshalb hat die Deutsche Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) auf der Basis breit angelegter empirischer Untersuchungen die Kernkompetenzen der grundversorgenden Pädiatrie publiziert: PaedCompenda. Das Werk richtet sich primär an den grundversorgenden Pädiater als Weiterbilder. Natürlich ist die weit überwiegende Anzahl der Lernziele und Kompetenzen auch im stationären Weiterbildungsabschnitt relevant. Es stützt sich auf ein an die CanMEDS-Rollen angelehntes Modell.

Abb. 1 nach CanMEDS-Rollen-Modell



Hier werden zwölf „Anvertraubare Professionelle Tätigkeiten“ (APT) vorgestellt, jede mit einem Lernzielkatalog (soll) und einem Rückmeldebogen (ist). Wer diese zwölf Tätigkeiten meisterlich ausführen kann, ist für die Arbeit in der pädiatrischen Grundversorgung gut gerüstet.



## Die Anvertraubare Professionelle Tätigkeit ist folgendermaßen definiert:

- ein Teil entscheidender professioneller Arbeit in einem gegebenen Kontext
- erfordert angemessenes Wissen, Fähigkeiten und Haltungen
- führt zu einem anerkannten Ergebnis professioneller Arbeit
- ist beschränkt auf qualifiziertes Personal
- ist weitgehend unabhängig von anderen Tätigkeiten ausführbar
- ist ausführbar in einem gegebenen Zeitrahmen
- ist in Prozess und Ergebnis beobachtbar und messbar (gut gemacht bzw. nicht gut gemacht)
- reflektiert eine oder mehrere generelle ärztliche Kompetenzen

## Die Titel der APTs:

1. Akut häufig krank
2. Akut komplex krank
3. Chronisch krank
4. Lotsenfunktion des Arztes
5. Prävention
6. Verhalten/Entwicklung auffällig
7. Missbrauch/Misshandlung
8. Sozialraumvernetzung
9. Jugendliche versorgen
10. Akuter Notfall
11. Verletzung/Verbrennung/Ingestion
12. QM, Fehler- und Praxismanagement, Patientensicherheit

Die Meilensteine, aus denen die APTs zusammengesetzt sind, werden später herausgelöst und in Form eines Logbuches fortlaufend gelistet. Damit kann dann jeder zeitnah nachvollziehen, wo er sich in seiner Entwicklung zum Pädiater befindet.

Die Themen rangieren von der Erstvorstellung eines bislang gesunden Kindes mit einer häufigen Symptomatik wie Husten, Halsweh oder rotem Auge, den zehn häufigsten Vorstellungsanlässen gemäß der DAKJ-Studie, bis zu Sozialpädiatrie und Praxismanagement. Gemäß der interdisziplinären Natur der Psychosomatik sind sowohl psychosomatisches Wissen als auch psychosomatische Fähigkeiten und Haltungen hauptsächlich längsschnittlich angelegt. Zusätzlich bietet Paed-

Compenda eine separate APT „Psychosomatik“, um die Begleitung und Betreuung von Kindern zu konzeptualisieren, wo psychosomatische Zusammenhänge im Vordergrund stehen.

**Tab. 1: APT 6.6 „Erkennen und Betreuen von Kindern mit psychosomatischen Störungen“ im Themenfeld APT 6 „Erkennen und Betreuen von Kindern mit auffälligem Verhalten und/oder auffälliger Entwicklung“**

	unsicher	meist sicher	sicher
<b>Krankheitsbezogenes Wissen</b>			
Benennt Erkrankungen aus dem kinder- und jugendpsychiatrischen Bereich und deren Einteilung (z. B. neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen, affektive Störungen (Depression, Manie, Psychose), Verhaltensstörungen, Sucht)			
Kennt Erkrankungen mit regelhaft hohem psychosomatischen Handlungsbedarf (z. B. Epilepsie, Migräne, Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes s. 2.5)			
Weiß um Notfallsituationen, die sofortiges Handeln erforderlich machen (z. B. Suizidalität, akute Fremdgefährdung)			
<b>Klinisch-praktische Fertigkeiten</b>			
Erhebt eine spezifische Eigen-, Familien- und Fremdanamnese unter besonderer Berücksichtigung von Umfeld und Lebenssituation, biografischen Auslösern, Bedingungen und Folgen			
Differenziert bei der kultursensiblen Gesprächsführung zwischen psychologisch-autonomen und hierarchisch-relationalen Beziehungen			
Hält Übersicht über lokale Ressourcen bereit			
Führt eine krankheitsbezogene Untersuchung durch			
<b>Diagnostische Verfahren</b>			
Setzt ressourcensparend diagnostische Verfahren ein zur differentialdiagnostischen Abgrenzung von organischen Erkrankungen			
<b>Therapeutische Verfahren</b>			
Erstellt gemeinsam mit den Betroffenen Behandlungsplan unter Berücksichtigung der Kontakte zu anderen Professionen (z. B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)			
Gibt Kind und Familie Möglichkeiten der akuten Hilfestellung an die Hand (Notfallplan)			
Organisiert bedarfsgerechte Begleitung einschließlich Rehabilitation			
<b>Die Lernziele sollen für folgende Themen überprüft und dokumentiert werden:</b>			
rezidivierende Bauch- und/oder Kopfschmerzen und andere körperliche Beschwerden ohne organisches Korrelat, Ticstörungen, Mutismus und soziale Ängstlichkeit, Depression, Selbstverletzung, Delinquenz, Mobbing, Zwänge, Angststörung und Panikattacken, Handysucht, Substanzmissbrauch, Schulverweigerung, Störung der schulischen Fertigkeiten, Störung des Sozialverhaltens mit aufsässigem Verhalten			

## REICHT ARBEITSBEGLEITENDES LERNEN FÜR EIN SO KOMPLEXES THEMA AUS?

Der Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) bietet seit Jahren ein stark nachgefragtes Blockseminar zur Psychosomatischen Grundversorgung an, das in Kombination mit Balintgruppen auch zur Abrechnungsberechtigung der EBM GOP 35100 und 35110 führt. Darüber hinaus setzt sich der BVKJ dafür ein, dass die Psychosomatik in der Muster-Weiterbildungsordnung an prominenter Stelle aufgeführt wird, mindestens ebenso klar wie in der Gynäkologie oder in der Allgemeinmedizin.

### WAS?

Ist der Begriff „Psycho-Somatik“ nicht eigentlich unsinnig, weil damit die Cartesische Scheidung zementiert wird: hier Körper, dort Seele?

Die zentrale Aus- und Weiterbildungsaufgabe ist die Kultur der Anamnese, des Gesprächs mit dem Kranken und seinen engen Bezugspersonen. Das haben die ersten frühen Reformansätze in der BRD der 1960er Jahre in ihren Anamnesegruppen bereits umgesetzt, später durch Balintgruppen und die entsprechende Zeitschrift kultiviert.

Das Augenmerk richtete sich darauf, geschlossene Fragen möglichst zu vermeiden und zu erfahren, dass der Kranke mit offenen Fragen sehr viel eher dazu in der Lage ist, zu vermitteln, worunter er leidet sowie welche biografischen und sozialen Auslöser, Bedingungen oder Folgen mit seiner Krankheit verbunden sind. Auch nicht verbale Äußerungen des Kranken sollen besser wahrgenommen werden: Schweigen, Weinen, Wut, Scham, Trauer, Übertragung, Abhängigkeit oder Beziehung. Denn erst das subjektive Erleben (des Kranken) und der vom Kranken nicht wahrgenommene Befund (des Untersuchers) konstituieren die Diagnose.

### Unter Psychosomatik in der Versorgung soll hier nach Deter (2017) verstanden werden:

- a) Die Berücksichtigung psychologischer und sozialer Aspekte bei Entstehung und Verlauf aller körperlichen Erkrankungen. Dies schließt Prävalenz, Verhaltens- und Persönlichkeitsaspekte, Einfluss auf den Krankheitsverlauf und Ergebnis sowie Effekte psychosozialer Behandlungen ein.
- b) Die Berücksichtigung psychologischer und sozialer Aspekte bei Entstehung und Verlauf aller funktionellen/somatoformen Erkrankungen und anderen psychologischen Störungen mit körperlichen Symptomen. Dies schließt Prävalenz, Verhaltens- und Persönlichkeitsaspekte, Einfluss auf Krankheitsverlauf und Ergebnis sowie Effekte psychosozialer Behandlungen ein.
- c) Identifikation zugrundeliegender Mechanismen bei solchen Erkrankungen und bei Gesunden.

d) Verständnis und Optimierung ärztlichen Handelns in der Arzt-Patient-Beziehung hinsichtlich der Bedürfnisse von Kindern, Familien und Ärzten in einer biopsychosozialen Perspektive und einer kritischen Bewertung der Struktur und Entwicklung der nationalen Gesundheitsversorgung.

Möglicherweise ist der Vergleich mit „Demokratie“ hilfreich. Schauen wir zuerst die Lernzielebene an, die bloßes kognitives Wissen von psychomotorischen Fähigkeiten und Haltungen unterscheidet. Man kann dementsprechend umfangreiches Wissen über Demokratie haben und dennoch undemokratisch handeln. Eine Partei kann zu einer demokratischen Wahl zugelassen und demokratisch gewählt werden, ohne eine demokratische Haltung zu haben. Eine demokratische Haltung ist zwar keine Gewähr für perfektes Wissen und Handeln, aber eine notwendige Bedingung dafür.

Auf der Kompetenzebene müssten folgerichtig die angeführten Lernziele verankert und eine Aussage zur Qualität der Demokratie möglich sein: Meisterlich, gerade eben ausreichend oder schlechter als gerade eben ausreichend.

Diese Forderungen werden von PaedCompenda erfüllt. Die Lernziele sind explizit und operationalisiert. In der elektronischen Version ist es beispielsweise vorgesehen, alle psychosomatischen Lernziele aufzurufen, den eigenen Stand zu ermitteln, die persönliche Entwicklung zu planen und Rückmeldungen zu vermerken.

### WIE?

Victor von Weizsäcker folgend können wir von „medizinischer Anthropologie“ reden oder bevorzugt vom Lernziel „das Allgemeine in der Medizin“ sprechen. Es geht nicht allein darum, dem Neurosekranken mit Kopfschmerzen oder anderen Körpersymptomen gerecht zu werden, sondern jedem Kranken seinen Weg in das Verstehen seiner Biografie zu ermöglichen. Das setzt voraus, dass Kranksein tatsächlich etwas mit Biografie zu tun hat. Weniger wichtig ist dies, wenn es allein um eine Dienstleistung wie bei der Operation eines Carpaltunnelsyndroms geht.

Das Besondere an der Pädiatrie ist, dass ein Kind grundsätzlich und vorrangig in ein Familiensystem eingebunden ist. Das Krankheitskonzept von Kindern muss feinfühlig erfragt werden. Deshalb sind besondere ASPEKTE zu berücksichtigen, die auch im Altöttinger Papier der Sozialpädiatrie auftauchen:

- Aetiologie: Welches Konzept haben Kind und Familie, was denken AiW und Pädiater?
- Soziales Umfeld: Was sind fördernde und hemmende Faktoren?
- Psychischer Befund: Wie kann der Befund dokumentiert werden?
- Entwicklung: Was sagen entwicklungsdiagnostische Items und ggf. Basisdiagnostik?



- Kognition: Wie helfen standardisierte Testverfahren?
- Teilhabe: Wie stark eingeschränkt ist der Patient (ggf. ICF-CY)?

Die grundversorgende Pädiatrie kann diese sechs Aspekte berücksichtigen und sich dazu äußern, sicher unterschiedlich in Umfang und Tiefe, je nach Wissen, Praxis und Inanspruchnahme. Wenn wir diese Gedanken und Befunde dokumentieren und Mitbehandlern übermitteln, wäre ein wichtiger Schritt zur Kooperation unternommen.

## KONKRET

Kurdistan I. ist ein 12-jähriges Mädchen, mittleres Kind von Einwanderern. Die ältere Schwester ist lernbehindert, der jüngere Bruder normal entwickelt. Die Eltern ziehen aus Norddeutschland ins Kraichgau. Kurdistan leidet an einem Kurzdarmsyndrom nach mehrfachen Operationen und eigentlich ständigen Bauchschmerzen. Die Mitbehandlung durch die pädiatrischen Gastroenterologen der Uniklinik ist hilfreich, verhindert jedoch wiederholte, kurze Hospitalisierungen nicht, die sie zumindest in letzter Zeit gezielt herbeiführt. Die medikamentöse Therapie bringt keine Lösung. Wie lernt die Ärztin in Weiterbildung, für Kurdistans Krankheit sensibler zu werden?

Über Sensibilisierung als Lernziel kann erst dann weiter nachgedacht werden, wenn ein gemeinsam formuliertes, übergeordnetes Lernziel angestrebt wird und Lehrende wie Lernende Verbindlichkeit und Voraussetzungen mitbringen. Zu den Voraussetzungen gehört insbesondere eine gemeinsame Augenhöhe, die die Asymmetrie der Beteiligten aufzuheben sucht. Weiterbilder und Lernende sind einem „Hol- und Bringdienst“ verpflichtet.

Wer ist eigentlich die Lernende, wer ihr Lehrer und wer ist die Kranke, soweit sie in den Lernprozess einbezogen ist? Man kann auch umgekehrt formulieren und fragen: Was lernen die Ärztin in Weiterbildung und der Weiterbilder von der Kranken?

Die Ideensammlung von Wilhelm Rimpau kann beitragen, sich darüber klar zu werden, was Lernende, Weiterbildende und Patienten ausmacht, die gemeinsam eine Lerngemeinschaft bilden und ein verabredetes Lernziel anstreben. Sie auf den konkreten Fall anzuwenden, verspricht ein vertieftes Verständnis der Situation.

## Die Ärztin in Weiterbildung ...

- ... hat eine Biographie/Persönlichkeit und (nicht nur) eine Eins als Abiturdurchschnittsnote.
- ... hat Krankheit erlebt, als sie zum einen vielleicht einmal unter starken Halsschmerzen gelitten hat, und zum anderen, als die Großmutter an der Hüfte operiert werden musste.

... ist motiviert und hat im Aufnahmeverfahren, auch jenseits von Zeugnissen, Voraussetzungen zur Weiterbildung dokumentiert.

... ist ca. 26 Jahre bei Studienabschluss, dann mindestens fünf Jahre in Weiterbildung (= Entwicklungsjahre), in denen sich „personal development“ mit „professional development“ verbindet.

... will und soll außer Pädiatrie noch etwas anderes machen dürfen.

... erfährt Wertschätzung: „Es gibt keine dummen Fragen“.

... kann Nähe und Distanz wahren.

... ist selbstbewusst.

... kann Kritik vorbringen und will Selbstkritik erlernen.

... hat nach einigen Wochen gelernt, dass Rückmeldungen nicht Angst machen müssen.

... glaubt (nicht), dass sie Lehrbücher auswendig lernen muss, um Pädiatrie zu können.

## Der Weiterbilder ...

... ist (nicht) motiviert.

... hat (keine) Ausbildung in Didaktik („Ich hatte einen sehr guten Chef, der’s uns gezeigt hat“).

... hat (k)einen Arbeitsplatz, der Aus- und Weiterbildungsaufgaben einschließt.

... hat (keine) Strukturen und Arbeitsabläufe, die Ärzte in Weiterbildung integriert.

... ist für Krankenversorgung, Forschung, Ökonomie, Verwaltung, Aus- und Weiterbildung verantwortlich und muss die Arbeitszeitordnung umsetzen.

... kann (nicht) delegieren und Prioritäten setzen.

... kann sich (nicht) überflüssig machen.

... ist es (nicht) gewohnt, sich alle sechs Stunden zu fragen, ob das, was in dieser Zeit erreicht wurde, effektiv war.

... hält selber Verabredungen (nicht) ein.

... ist (nicht) davon überzeugt, dass nur er alles weiß und deswegen seine Vorträge begeistern müssen.

... meint (nicht), dass Ärzte in Weiterbildung mit allen 2.500 pädiatrischen Diagnosen, die bis heute bekannt sind, vertraut sein müssen.

... glaubt (nicht), dass man über Vorträge „Stoff“ vermitteln kann.

... möchte seine Eitelkeit (nicht) gepflegt wissen und „beliebt“ sein.

- ... kann sich (nicht) vorstellen, dass Lehr- und Lernmethoden andere sein könnten, als die, die er selbst einmal erleben, erdulden oder ertragen musste.
- ... da er (nie) im Ausland gearbeitet hat, weiß er (nicht), dass allein kontinuierliche Evaluation das „Gefühl“ ersetzen könnte, alles richtig gemacht zu haben.
- ... kann (keine) Arbeitsatmosphäre bieten oder hierarchische Grenzen überwinden.
- ... kann Nähe und Distanz (nicht) unterscheiden.
- ... kann Kritik (nicht) zulassen und vertragen.
- ... kann sich (nicht) vorstellen und gestalten, dass nach jedem Arbeits- und Lehr- bzw. Lernschritt eine Rückmeldung erfolgen muss.
- ... ist (nicht) überzeugt, dass immer der Erfahrene dem weniger Erfahrenen jeden Tag wieder in Aus- und Weiterbildung Raum gewährt.

### Die Patientin, besser die Kranke ...

- ... muss (nicht) das Gefühl haben, Objekt zu sein.
- ... wird im Gespräch ernstgenommen und wertgeschätzt, es ist (nicht) nur Show für die Weiterbildung, sondern dient ihr und der Ärztin.
- ... lernt sich selbst und „ihre“ Situation und „ihre“ Krankheit (nicht) besser kennen.
- ... erfährt jeden Kontakt auch als Aufklärung.
- ... erlebt Rücksicht auf Intimität und Scham.
- ... erlebt eine Rückmeldung, die ihr Spaß machen kann.
- ... erlebt die Zeit, die der Weiterbilder ihr und der Ärztin in Weiterbildung widmet, als besonders. So etwas ist ihr noch nie passiert. „Das hat mich noch keiner gefragt“.

### RÜCKMELDUNG

Nach einigen Kontakten mit Kurdistan und Gesprächen darüber, welche Ziele in welcher Weise zunächst verfolgt werden sollen, bittet die ÄiW um Rückmeldung. Beim nächsten Arzt-Patienten-Kontakt ist der Weiterbilder als stummer Beobachter zugegen und hat im Anschluss an den Kontakt 5–10 Minuten Zeit für die ÄiW. Ziele sind die Erfragung ihres eigenen Eindrucks und ihrer Gedanken, das Einbringen von eigenen Beobachtungen und die gemeinsam erarbeitete Einschätzung, ob sie künftig derartige Vorstellungsanlässe selbstverantwortlich ausführen kann.

### ZUSAMMENFASSUNG

„Medizin ist psychosomatische Medizin oder sie ist keine!“ Das ist sicher eine Zuspitzung und braucht den den grauen Star operierenden Augenarzt kaum zu kümmern, aber eben doch fast jeden Arzt dann, wenn er schwer oder chronisch Kranke behandelt.

Psychosomatik ist eine Haltung, die spezifisches Wissen und spezifische Fähigkeiten voraussetzt, um in der Begleitung und Betreuung von Kindern und ihren Familien ihr Potenzial voll zu entfalten. Dazu ist es nötig, in der Weiterbildung psychosomatisch denken und handeln zu erlernen. Auch diese Tätigkeiten sind der Beobachtung zugänglich. Weiterbildung kann darauf fokussieren, wenn ÄiWs einen entsprechenden Lernbedarf identifizieren und Weiterbilder die vorbereitete Umgebung schaffen, um von und mit Kindern über Kinder mit psychosomatischem Behandlungsbedarf zu lernen.

■ Dr. Folkert Fehr  
Kinder- und Jugendarzt, Neuropädiater  
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin  
Karlsplatz 5  
74889 Sinsheim an der Elsenz



# Psychosomatischer Werkzeugkasten (Diagnostik und Therapie) unter dem Zeitdruck der Praxis

Andrea Caby

*Im Fokus einer diagnostischen und therapeutischen psychosomatischen Begleitung stehen, neben dem Erkenntnisgewinn durch die nachfolgenden Interventionen, Entspannungs- und Bewältigungsstrategien sowie eine umfassende Psychoedukation, die zu einem verbesserten Selbstmanagement und der Aktivierung von Ressourcen führen.*

Systemisch-familiärentherapeutische Konzepte ermöglichen einen mehrgenerationalen Blick auf den Umgang mit Krankheit/Gesundheit und potentiellen Lösungswegen. Systemische Fragen und Interventionen stärken den Selbstwert von Betroffenen und das Vertrauen in ihre Fähigkeiten.

## EINFÜHRUNG

Kinder berichten häufig über Schmerzen oder andere Beschwerden. Diese sind größtenteils harmlos und meist zeitlich begrenzt. In einem Teil der Fälle führen chronisch-funktionelle Symptome jedoch zu anhaltenden Einschränkungen körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen.

Zu den häufigsten Störungsbildern zählen neben Kopf-, Bauch- oder Rückenschmerzen kombinierte Schmerzsymptome, komplexe Beschwerden einzelner Körperregionen, rheumatisch bedingte Schmerzen sowie unspezifische „Wachstumsschmerzen“. Chronische Schmerzprobleme können durch eine Vielzahl an Krankheitsbildern bedingt sein, aber auch ursächlich ungeklärt entstehen.

Insbesondere chronische Bauchschmerzen sind bei Kindern häufig funktionell bedingt, mögliche organische Ursachen können in den meisten Fällen ausgeschlossen werden. Betroffene Kinder und Jugendliche leiden häufiger an Ängsten oder depressiven Verstimmungen und sozialer Isolation.

Um die Compliance betroffener Familien während des diagnostischen und therapeutischen Prozesses zu erhöhen und eine bessere Langzeitprognose zu erzielen, bietet sich eine konsequent psychosomatische Sichtweise an.

## PRÄVALENZ UND VERSORGLINGS-LAGE

Kinder und Jugendliche fallen im Rahmen der pädiatrischen Versorgung in bis zur Hälfte der Fälle mit primären oder sekundären psychosomatischen Symptomen auf. Dies stellt alle Beteiligten vor große Herausforderungen, sowohl in der diagnostischen Abklärung wie auch in der therapeutischen Begleitung. Die in der Regel eher komplexen Problematiken führen sowohl zu einer intensiven Suche nach organischen Ursachen wie auch zu Schulabsentismus und andauerndem Stress im Familienalltag. In Praxen für Kinderheilkunde und Jugendmedizin sind Bewusstsein und Sensibilität für derartige Anliegen stetig gewachsen, doch die hohe Bereitschaft alleine kann die mangelnden zeitlichen und personellen Ressourcen nicht kompensieren. Darüber hinaus fehlen bisher flächendeckende verlässliche und vor allem interdisziplinäre Strukturen, um zeitnah Abhilfe schaffen zu können.

## KLINISCHE SYMPTOME UND DIAGNOSTISCHES VORGEHEN

Neben dem Ausschluss organischer Ursachen, der insbesondere für die Bezugspersonen einen hohen Stellenwert einnimmt, sind psychische Belastungen gleichermaßen von Bedeutung. Neben der Abklärung von Aspekten wie schulischer Überforderung, Leistungsdruck, Mobbing, Ängsten oder depressiven Störungen sind eine Vielzahl weiterer Faktoren zu berücksichtigen.

Geschieht die Gesprächsbegleitung regelhaft auf der Basis eines biopsychosozialen Modells, kann die Wahrnehmung aller Beteiligten von Anfang an auch in die Richtung psychosomatischer Auslöser und Zusammenhänge gelenkt werden (Liozzi/Howard, 2016).

Im Gespräch mit dem betroffenen Kind oder Jugendlichen gilt es, neben den körperlichen Symptomen Hinweise auf psychosoziale Beeinträchtigungen zu identifizieren und dementsprechend eine weitere Abklärung einzuleiten. Hier kann eine frühzeitige Information der Familie zu Beratungsangeboten sowie psychotherapeutischen oder kinder- und jugendpsychiatrischen Praxen auch im Hinblick auf mögliche Wartezeiten sinnvoll sein, aber auch schon der Einsatz kreativer Interventionen (Caby/Caby, 2017).

Eine Puppe oder ein anderes Lieblingsspielzeug kann sowohl bei kindlichen Bauchschmerzen als auch bei anderen Symptomen dazu genutzt werden, sich die Beschwerden mit Hilfe dieser Figuren genauer schildern zu lassen, d.h. diese als „Experten“ zu nutzen.

Familiäre Faktoren und psychosomatische Auffälligkeiten können sich gegenseitig bedingen. Zu diesem Gefüge gehört auch der Umgang einzelner Familienmitglieder mit körperlichen Symptomen wie auch eine kulturell geprägte Sichtweise, z. B. auf Schmerzen. Zusätzlich zu den biologischen Mechanismen chronischer Schmerzen finden sich psychologische und kognitive Aspekte sowie Verhaltensaspekte wie Ängste, Abwehr oder Vermeidungsstrategien.

Psychosozialer Stress gilt als bedeutsamer Risikofaktor für chronische Schmerzen, dazu zählen neben familiären Konflikten Gewalt und Mobbing. Auch der Umgang mit Stress, Schmerz oder sonstigen körperlichen Symptomen innerhalb einer Familie kann in Einzelfällen extrem variieren und bedarf einer sensiblen Exploration. Im Rahmen der Gesprächsführung sollten zusätzliche Risikofaktoren erfasst und gleichzeitig die elterliche Reflexivität in Bezug auf den Umgang mit diesen Themen erhöht werden. Demgegenüber können soziale Unterstützung oder Beziehungen bei chronisch belasteten Individuen einen wichtigen Schutzfaktor darstellen. In der Begleitung belasteter Familien könnten diese als Ressource an Bedeutung gewinnen.

## BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Im Hinblick auf die multifaktorielle und multidimensionale Ausgangslage chronischer Schmerzzustände und anderer Symptome unklarer Ursache bedarf es einer interdisziplinären Herangehensweise, um Betroffene dauerhaft zu entlasten. Eine konsequent biopsychosoziale und mehrgenerationale Sichtweise bietet sich nicht nur zum Krankheitsverständnis, sondern auch zur Therapieplanung an.

Neben psychologischen Interventionen haben pharmakologische oder diätetische Maßnahmen sowie Probiotika auch die Rückkehr zu regelmäßigen Mahlzeiten sowie ausreichend Schlaf und Bewegung eine große Bedeutung bei der Begleitung chronisch-funktioneller Beschwerden.

Sport und Bewegungstherapie als wichtige Bausteine psychosomatischer Therapie fördern insbesondere die Körperwahrnehmung und Selbstwirksamkeit, Stress kann abgebaut und Angst reduziert werden. Über die Aktivierung der Selbstheilungskräfte und ein bewusstes Erleben des eigenen Körpers werden neben Körperfunktionen und -strukturen auch das Wohlbefinden und das Selbstbild gestärkt.

Therapieansätze aus dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Bereich beinhalten unter anderem Entspannungsverfahren, Modifikationen der Alltagsaktivitäten oder Erklärungsmodelle zur Schmerzursache. Ziele sind hierbei neben einer verbesserten Körperwahrnehmung auch Ablenkung bzw. durch eine veränderte Sichtweise ein positiverer Umgang mit den Symptomen.

Bei abdominalen Beschwerden fanden sich positive Effekte psychotherapeutischer Interventionen im Hinblick auf Schmerzintensität oder Lebensqualität, während Diarrhö oder Obstipationsneigung unbeeinflusst blieben (Altayar et al., 2015).

## BEISPIELE PSYCHOTHERAPEUTISCHER INTERVENTIONEN

### *Systemische Fragetechniken*

Mit dem Fragen beginnt die Therapie. Eine gute Frage schafft es, „heilsam zu verstören“, das heißt, sie überrascht, ist

ungewohnt, verändert den Blick auf die eigene Lage und sorgt dadurch schon für Veränderung (Caby/Caby, 2017).

Eine Variation des klassischen Schmerztagsbuches bei Kopf- oder Bauchschmerzen ist ein „Vorhersagekalender“, mit dem das Kind oder der Jugendliche im Vorfeld abzuschätzen versucht, ob das belastende Symptom am nächsten Tag auftreten wird. Diese Perspektive auf das Problem stärkt die Selbstwirksamkeit, indem sie suggeriert, Einfluss zu haben. Der Patient muss in die Lage versetzt werden, neue Ideen der Handhabung seiner Beschwerden zu entwickeln.

Auch ist ein Blick auf symptomfreie Intervalle von besonderer Bedeutung, um einerseits die Therapiemotivation und andererseits die Ressourcen zu fördern. Fragen nach „Ausnahmen vom Problem“ können auf den ersten Blick verwundern, erweitern aber in der Regel die Bandbreite möglicher Lösungsansätze: „In welchen Situationen hast du keine Beschwerden? Was machst du dann anders?“ – „Erzählen Sie mir doch bitte mal von den Tagen, wo es nicht so schlimm war!“

Die Frage nach Ausnahmen suggeriert, dass es Zeiten gibt, zu denen es dem Betroffenen gelingt, seine Fähigkeiten so einzusetzen, dass das Problem nicht da ist.

Das Verordnen von problemfreien Zeiten oder Räumen ist ebenso dazu gedacht, den Patienten das Gefühl zu vermitteln, Einfluss auf das Symptom zu haben und nicht mehr von diesem beherrscht zu werden.

Dazu werden gemeinsam Zeiten oder ein Ort festgelegt, in denen das Symptom auftreten darf. Es empfiehlt sich, sich dabei den Gewohnheiten des Patienten bzw. des Systems anzupassen. Die Aufgabe könnte dann beispielsweise lauten: „Wann hast du deine Schmerzen nicht? Was machst du dann in der Zeit?“ – „Was meinst du, wie viel Zeit du schaffst, ohne deine Beschwerden haben zu müssen?“

Fragen können auch gezielt Bewältigungsstrategien betonen – „Wie hast du das denn geschafft, noch in die Schule zu gehen?“ – oder für die Zukunft neue Sichtweisen initiieren. Wird beispielsweise ein Schmerz als ein versuchter Umgang mit einem Problem betrachtet, kann dem Symptom eine erweiterte Bedeutung zugeschrieben und diese reflektiert werden: „Wenn dein Schmerz eine Gestalt hätte, wie sähe er aus? Eventuell kannst du dem Schmerz auch etwas Gutes abgewinnen? Und wie könnte dir dein Schmerz zukünftig mehr Raum lassen für andere Dinge?“

### *Ressourcen- und Lösungsorientierung*

Ressourcenorientierte Therapie und Beratung heißt, Systeme dazu einzuladen, ihre Fähigkeiten und Stärken neu zu entdecken oder kennenzulernen. Therapeuten oder Berater und das Patientensystem begeben sich auf eine gemeinsame Suche nach Ressourcen und Lösungen: „Welche Stärken hast du eingesetzt, um doch zur Schule zu gehen?“ – „Wer oder was hat dir dabei geholfen?“

Ein therapeutisches Anliegen ist es auch, den Fokus der Wahrnehmung so zu verändern, dass andere Lösungen möglich werden und Betroffene kreativer als bisher mit den Symptomen umgehen können.

## Skalieren

Numerische Skalen zur Einschätzung der Schmerzintensität finden im Kindes- und Jugendalter bereits Anwendung in ambulanten oder klinischen Settings. Neben Zahlen können bei jüngeren Betroffenen oder je nach Entwicklungsstand auch Bilder, Symbole oder Handpuppen eingesetzt werden.

Aus psychotherapeutischer Sicht ermöglicht die Technik des Skalierens darüber hinaus eine Selbsteinschätzung des Ist-Zustandes und von Behandlungserfolgen oder Rückschritten: „Stell dir bitte eine Skala von eins bis zehn vor. Wenn eins der Zustand ist, in dem es dir am allerschlechtesten geht, und zehn der Zustand, in dem alle Beschwerden weg sind, wo würdest du dich gerade einordnen?“

Die Null als Anfang macht Sinn, z. B. bei Angstpatienten, die förmlich gelähmt werden durch ihre Angst. Hier bietet sich ergänzend das Skalieren von Mut, Zuversicht oder der Höhe der Veränderungsbereitschaft an, die dann in weiteren Gesprächen begleitet werden können. Eine Zuversichtsskala kann zur Einschätzung der Erfolgsaussichten eines Therapieprozesses beitragen:

„Wie zuversichtlich bist du, dass du die Ziele, die du dir gesteckt hast, erreichen wirst?“

## Externalisieren und Reframing

Mit dem Ansatz des Externalisierens eines Symptoms trennt man dieses von der Persönlichkeit des Kindes oder Jugendlichen, das oder der das Symptom erlebt, z. B. durch das Übertragen von Schmerzen auf ein hilfreiches Kuscheltier oder auf ein anderes Objekt durch Herüber-„beamen“ oder -pushen.

Der „Sorgenrucksack“ ist ein Gepäckstück, in das alles, was an Beschwerden da ist, hineingestopft werden kann: Man könnte damit spazieren gehen, es gelegentlich ablegen oder sogar auf Reisen schicken ...

Im Sinne eines Externalisierens kann man die Klienten auch bitten, einen Brief an ihre Erkrankung zu schreiben. Darin steht, was sie gut finden, was sie schlecht finden, wie sie es bisher geschafft haben, mit ihr umzugehen, wie sie gedenken, demnächst mit ihr umzugehen, was die Erkrankung denkt, was zu tun ist.

Reframing in der Psychotherapie bedeutet, Dinge anders zu betrachten oder sie aus einem anderen Blickwinkel zu sehen. Das Symptom bekommt seine Bedeutung durch den Kontext, in dem es stattfindet. Diesen zu verändern, kann ernst, aber

auch humorvoll geschehen. Es soll immer dazu dienen zu überraschen, anzuregen oder eine andere Sicht zu eröffnen. Beispiele dafür sind: Streitende Paare demonstrieren uns die Lebendigkeit ihrer Beziehung. Kinder mit ADHS sorgen mit ihrer Ideenvielfalt dafür, dass es nie langweilig wird.

## Kreative Methoden

Je nach Entwicklungsalter kann neben dem Spielen und Betrachten von Büchern oder Bildern insbesondere das Anfertigen eigener Werke einen Zugang zur jeweiligen Gefühlslage eröffnen, wenn psychisch belastete Jungen oder Mädchen verbal an ihre Grenzen stoßen. Malen, Zeichnen, Kneten oder das Erstellen von Collagen aus Zeitschriften bieten nicht nur Kindern und Jugendlichen, sondern auch ihren Bezugspersonen einen kreativen Raum, um Selbstwirksamkeit zu erfahren oder neue Lösungswege zu entwickeln. Gesundheitsinformationen und Erklärungsmodelle im Sinne der Psychoedukation können ebenfalls auf kreative Weise vermittelt werden.

Ein Vorhalten von Buntstiften und Papier auf dem Tisch, an dem ein Gespräch stattfindet, kann bereits motivierend wirken, ebenso wie ein paar kleine Tierfiguren oder (Hand-)Puppen, über die zunächst spielerisch Kontakt aufgenommen wird.

Abb. 1 Handpuppen



Während im Vorschulalter freies Gestalten und ein Vertrauen schaffendes spontanes Miteinander im Vordergrund stehen, lassen sich ältere Kinder zu konkreten Aufgabenstellungen einladen wie das Zeichnen eines Selbstbildes oder einer typischen Alltagssituation in der Familie, Schule oder Freizeit. So kann man das Kind bitten, seinen Schmerz zu malen.

Künstlerische Prozesse können so gestaltet werden, dass sie im Praxisalltag einen Raum finden – manche Patienten entdecken so bei Interesse auch den Übergang in ein kunstpädagogisches/-therapeutisches Angebot.

## Beobachtungs- und Hausaufgaben

Hausaufgaben für Eltern sowie Beobachtungsaufträge des Kindes oder Jugendlichen dienen zwischen zwei Terminen dazu, Themen mit Hilfe kleiner Übungen zu vertiefen. Beobachtungsaufgaben sind sehr gut geeignet, den Fokus der Wahrnehmung zu verändern. Ohne explizit den Auftrag dazu zu geben, lädt man den Patienten ein, die Angelegenheit, die bisher als belastend erlebt wurde, von der positiven Seite zu sehen. Die Intervention wirkt, weil man fast immer etwas findet: „Beobachte doch bitte mal bis zum nächsten Mal, wann du keine Angst hast!“ Die Eltern erhalten folgende Anregung: „Achten Sie bitte darauf, was Ihnen bei Ihrem Sohn gefallen hat!“ Oder im Sinne einer Musterunterbrechung: „Verändern Sie etwas und beobachten Sie, wie es Ihnen damit geht!“

Als Aufgabe zwischen den Kontakten kann sich das Erstellen eines individuellen „Wohlfühl-“ oder „Erfolgstagebuchs“ anbieten oder im Gespräch das Imaginieren einer „Helferfigur“ oder eines „Wohlfühlortes“.

## Genogrammarbeit

Resilienz- und Risikofaktoren sowie der Umgang mit Gesundheit, Krankheit oder anderen Lebensereignissen im familiären Kontext können mithilfe eines Genogramms miterfasst werden. Die Darstellung der eigenen Herkunft, das Visualisieren eines Familienstammbaums über einige Generationen hinweg erlaubt konkrete Fragen insbesondere zu psychosomatischen Themen, aber auch zu sonstigen Belastungen oder Ressourcen.

Das Genogramm lässt sich gut mit der Aktivierung von Ressourcen verbinden: Die 15-jährige M. entdeckte hierbei viele Gemeinsamkeiten mit ihrem früh verstorbenen Großvater und konnte für sich Eigenschaften neu entdecken, die zu diesem Zeitpunkt in ihrem Leben sehr hilfreich schienen: „Was würde dir dein Großvater jetzt raten, wenn er da wäre?“ – „Wie hat er es damals geschafft, sein Problem zu überwinden?“

## Setting und Versorgungsformen

Ein psychosomatischer Therapieansatz beinhaltet psychosoziale und kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen sowie eine umfassende Psychoedukation für das Kind und seine Eltern. Neben dem Einzelsetting können Gruppenangebote wie auch beratende oder therapeutische Gespräche im familiären Kontext sinnvoll sein.

Da die elterliche Sichtweise auf die Entstehung und Begleitung von chronischen Schmerzen oder sonstigen Beschwerden eine bedeutsame Rolle spielt, steht die Begleitung von Bezugspersonen nicht nur bei jungen Kindern im Mittelpunkt. Eltern lernen – ebenso wie die betroffenen Jungen und Mädchen – ihre Aufmerksamkeit nicht mehr auf das Symptom zu lenken, sondern auf die symptomfreie Zeit. Belastungsphasen, die zu Schulabsentismus führen, wird mit Ruhe und reduzierter Freizeitaktivität begegnet. Zeiten, in denen der Umgang mit den

Beschwerden in angemessener Weise gelingt, werden durch Besuche bei Freunden o. ä. belohnt.

Wenn Interventionen trotz allem nicht dazu führen, dass der Druck von Betroffenen spürbar verringert wird, sollte spätestens dann weiterverwiesen oder über intensivere Maßnahmen wie eine teil- oder vollstationäre Aufnahme nachgedacht werden. Für die meisten der jungen Patienten ist ein multimodaler, interdisziplinärer Ansatz erforderlich, um eine dauerhafte Reduktion der Beschwerden zu erzielen. Hier sollten je nach Schweregrad, Verlauf und Begleitstörungen frühzeitig spezialisierte Angebote in Erwägung gezogen werden, wobei zunächst eine altersgemäße Alltagsbewältigung mit regelmäßigem Schulbesuch und Freizeitaktivitäten im Sinne sozialer Teilhabe im Vordergrund stehen.

## PRÄVENTION

Kinder- und Jugendärzte sind bei rezidivierenden funktionellen Beschwerden im jungen Lebensalter wichtige Ansprechpartner und Schnittstellen. Um „Doktor-Hopping“ und Chronifizierung zu vermeiden, unterstützt eine biopsychosoziale Sichtweise von Beginn an den sensiblen Balanceakt zwischen notwendiger psychosomatischer Diagnostik und frühzeitiger psychosozialer Intervention. So können Symptome wie Schulabsentismus u. U. reduziert werden. Dem Patienten und dessen Familie wird ein breiteres Handlungsspektrum zur Verfügung gestellt, das dauerhaft zur Entlastung beitragen kann (Bonvanie et al., 2017).

## FAZIT

In der Praxis können die beispielhaft geschilderten Interventionen sowohl wichtige diagnostische Hinweise liefern als auch zu einer initialen Entlastung beitragen. Sie ermöglichen u. a., Wartezeiten zu überbrücken oder unter erheblichem Zeitdruck doch effektiv zu bleiben.

■ Prof. Dr. med. Andrea Caby  
SPZ und Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie, -psychotherapie und  
-psychosomatik am Marien Hospital Papenburg-Aschendorf  
Hauptkanal re. 75  
26871 Papenburg

Literaturangaben bei der Verfasserin.

# Die Rolle des Gesprächs in der Medizin allgemein und in der Psychosomatik im Besonderen

Harald Tegtmeier-Metzdorf

*Das Gespräch ist das tragende Band in der Behandlung, die aus Diagnostik und Therapie besteht. Ist aber Behandlung auch ohne Gespräch denkbar?*

*Ohne Zweifel ist das möglich: So geschieht es zum Beispiel bei Menschen mit einer schweren Hörbehinderung wie auch bei solchen aus anderen Kulturen, die unsere Sprache weder verstehen noch sprechen könne. Wer je in einem fremdsprachigen Land war, dessen Sprache er überhaupt nicht verstehen, geschweige denn sprechen konnte, weiß darum, wie eingeschränkt und basal unter diesen Umständen die Verständigung abläuft.*

In der täglichen beruflichen Praxis von Ärzten gibt es zuhauf Vorstellungsanlässe, die auch ohne gute Sprachkenntnisse ausreichend, wenn auch mühsam, zu bewältigen sind. Schon die Vermittlung der Behandlungsanweisungen hinterlässt aber oft Zweifel, ob diese adäquat verstanden wurden. Komplexe Fragestellungen bedürfen einer differenzierten sprachlichen Kommunikation, sowohl für die Anamneseerhebung als auch bei den Erläuterungen für die Therapie. Tatsächlich berichten Patienten von Erfahrungen, z. B. bei manchen Orthopäden, bei denen nach Röntgen eines Körperteils keine Erläuterungen des Befundes gemacht worden seien. Nur sprachlich verkürzte Äußerungen wie „Alles gut!“ seien stattdessen vernommen worden – mithin eine Verkürzung des Gesprächs auf das Allernotwendigste. Das korrespondiert mit den durchschnittlich

verkürzten Konsultationszeiten in einigen anderen Fachbereichen auf drei bis fünf Minuten.

## WORAN LIEGT DAS UND WELCHEN ZWECKEN DIENT NUN DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH?

Von ärztlicher Seite wird beklagt, dass Patienten mit Bagatell-Beschwerden übermäßig vorstellig werden und damit die „wirklich Kranken“ verdrängen würden – und von Seiten der Patienten, dass sich die Ärzte nicht ausreichend den Patienten widmen würden.

Zunächst kommt dem Gespräch eine integrale Rolle bei der Begrüßung des Patienten zu, eingebunden in ein Aufeinander-zugehen, den (fakultativen) Händedruck, eine einladende Mimik, eine freundliche Körperhaltung und das Sprechen mit einer warmen Stimme – so die Theorie. Je nach Situation ist das aber nicht durchweg die Realität. Wie wir wissen, ist dieser Moment aber mit dem „ersten Eindruck“ verbunden, der sich in Sekundenschnelle festsetzt und alles Weitere mitbestimmt. Zusammen mit Vorabinformationen ergeben sich daraus Grundüberzeugungen und Vektoren für das weitere Gespräch, die uns häufig nicht präsent, aber bestimmend sind.

Im weiteren Gesprächsverlauf stellen sich die Fragen nach dem Wer (Was charakterisiert den Patienten?), dem Was (Worum geht es?), dem Warum (den Gründen für Empfindungen und Verhalten des Patienten) und dem Wozu (den Zielen seines Handelns) – mithin die Anamnese. Genauere Angaben über problematisches Erleben und Tun ergeben sich durch das Wie (spezifische Ausgestaltung des Was), das Womit (materiale und operative Mittel des Handelns) und schließlich das Wo und Wann (Ort und Zeit des rezeptiven oder expressiven Agierens). Aus den Antworten auf die aufgeführten Fragen setzt sich die Anamnese zusammen. In einem gemeinsamen Miteinander des Fragens und Antwortens wird der Grundstock für ein Konzept entwickelt, das die Charakterisierung der Probleme en detail enthält, die Bedingungen und die möglichen Ziele. Über die sprachliche Interaktion zwischen Ärztin oder Arzt und Patientin oder Patient kommt es im idealen Fall zu einer Präzision der Probleme im Konsens, wie sie nonverbal nicht zu erzielen ist.

Missverständnisse und Verunsicherung mit einer Dissoziation zwischen kommuniziertem Inhalt und begleitenden Gefühlen können sich aber auch ergeben, wenn inhaltlicher und Beziehungsaspekt in dem beschriebenen Prozess nicht übereinstimmen und dieses Auseinanderfallen auch nicht thematisiert wird. Das deutet noch einmal auf die nicht auflösbare Eingebundenheit der kognitiven Inhalte in die emotionalen Aspekte der Interaktion hin. Für eine nachhaltige Compliance und Adhärenz des Patienten ist eine Kongruenz der sprachlichen und nonverbalen Inhalte in der Kommunikation eine unabdingbare Voraussetzung. Im Einzelnen geht es um die Beschreibung und das Verständnis der Probleme, das Geworden-Sein und die Perspektiven für eine Lösung. Darüber werden die Patienten adäquat informiert, sodass sie auch rechtlich korrekt in die Therapie einwilligen können.



Eingehende Gespräche erlauben auch eine detaillierte Auseinandersetzung mit Entwicklung und Folgen der Störung von Erleben und Verhalten, insbesondere wenn es um die komplexen Verbindungen von (psychischem) Erleben und somatischen Symptomen geht. Damit gewinnt das Verständnis an Klarheit und Greifbarkeit und gleichzeitig erfolgt eine innerliche Distanzierung von den Mechanismen der Entstehung, sodass das weitere Handeln mehr Freiraum erhält. Neue Wege können umgesetzt werden und die Folgen zu ganz neuen Erfahrungen führen.

## WIE SIEHT DIE BEHANDLUNGSPRAXIS AUS?

Tatsächlich ist die Zahl von Konsultationen in Deutschland im europäischen Vergleich überaus hoch. Bei einer begrenzten Arbeitszeit und durch die Beschränkung der Niederlassungsfreiheit minimiert das die Zeit, die durchschnittlich für jede\*n Patient\*in zur Verfügung steht. Diese trauen sich in dem Machtgefälle zwischen Arzt und Patient häufig nicht, mit Vehemenz ein eingehendes Gespräch einzufordern, wenn in subtiler Weise vermittelt wird, dass die verfügbare Zeit nur äußerst knapp bemessen ist. Dadurch verbleiben das Kurzgespräch und die empfohlene Therapie nur an der Oberfläche und die Erfolge sind nicht nachhaltig, sodass ein erneuter Arztbesuch vorprogrammiert ist. Auf diese Art und Weise entsteht ein Teufelskreis von zu knapper Zeit für die einzelnen Patienten, damit verbundenem mangelndem Behandlungserfolg und dem nicht nachlassenden Strom von Konsultationen. Umgekehrt ist zu erwarten, dass die Eltern der kleinen Patienten gesundheitliche Probleme eher selber lösen, wenn sie vorher wiederholt und geduldig dazu vom Arzt oder der Ärztin ihres Vertrauens bei passender Gelegenheit aufgeklärt wurden. Das vertieft sich noch, wenn auch elterliche Ängste im Gespräch mit in den Fokus genommen worden sind, die ihnen sonst nicht klar vor Augen stehen und trotzdem handlungsleitend sein können. Genau das kostet aber Zeit für das Gespräch, sodass sich hier die Katze in den Schwanz beißt.

## WIE WIRD DAS ÄRZTLICHE GESPRÄCH BEWERTET?

Die Leistung folgt dem Honorar. Diese Erkenntnis ergibt sich bei jedem Arzt oder jeder Ärztin aus dem Wissen über die Honorierung verschiedener ärztlicher Leistungen und der tatsächlichen Häufigkeit der Leistungserbringung und damit verbundenen Anforderung des Honorars. Leistungen mit schlechter Bewertung werden auch seltener erbracht und abgerechnet. Das verwundert nicht, sind doch die Leistungserbringer im Niedergelassenenbereich wirtschaftlich direkt abhängig von den abgerechneten Leistungen und bekommen kein garantiertes monatliches Gehalt. Im Bereich der Abrechnung über die gesetzlichen Krankenkassen hängt das wirtschaftliche Ergebnis in erster Linie von der Zahl behandelter Patienten ab. Es gibt relativ wenig weitere Abrechnungspositionen, die den Umsatz steigern können. Daraus folgend ist es ökonomisch am günstigsten, wenn man sich nur kurz mit dem jeweiligen Vorstellungsanlass auseinandersetzt und bei

schwierigeren Konstellationen eine Überweisung auslöst und das Problem delegiert. So kommen die Patienten in einen Verschiebebahnhof, wo sie darauf hoffen müssen, dass sie schließlich fundiert und mit Geduld behandelt werden.

## AUSBLICK

Die verbale Interaktion, also das Gespräch zwischen Experten und Hilfesuchendem, steht in dem Dilemma von einerseits möglicher profunder und nachhaltiger Aufarbeitung und andererseits fehlender Zeit und mangelnden Ressourcen bei unzureichender Wertschätzung über die Honorarstrukturen. Es braucht also ein Umdenken, das sich auf die zahlreichen Belege für eine bessere Wirksamkeit der Behandlung im Rahmen einer gesprächsbetonten Medizin bezieht. Gleichzeitig müssen im Medizinstudium von früh an Gesprächstechniken und entsprechende Übungen vermehrt Eingang in die Ausbildung der zukünftigen Mediziner finden, um die fachliche Qualität diesbezüglich zu erhöhen (siehe dazu den Artikel von Folkert Fehr in diesem Schwerpunktheft). Nicht zuletzt ist der berühmte „Ruck“ zu ersehnen, mit dem auch in der Politik ein Umdenken über den Wert des ärztlichen Gesprächs zustande kommt.

■ *Dr. med Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf  
Praxis für Allgemein- und Neuropädiatrie und Psychotherapie  
Ausschusssprecher Psychosomatik und Psychotherapie im BVKJ  
Kemptener Straße 28  
88131 Lindau  
dr.harald-tegtmeyer@t-online.de*



# Schlafstörungen bei Säuglingen

Harald Tegtmeier-Metzdorf

*Alle Menschen benötigen zur Erholung ausreichenden Schlaf. Das Ausmaß der Schlafzeiten ist historisch, interkulturell, interindividuell und im Verlauf der Entwicklung auch intraindividuell sehr unterschiedlich. Die Müdigkeit, die sich bei zunehmender Dunkelheit einstellt, wird vom körpereigenen Melatonin gesteuert. Verschiedene Einflüsse wie Kunstlicht, Medien und Schichtarbeit bringen diese Rhythmik aus dem Takt. Ohne einen regelmäßigen und erholsamen Schlaf steigt das Risiko für Bluthochdruck, Adipositas und Infektionen. Ein chronisch unausgeschlafener Mensch neigt zu Reizbarkeit und Impulsivität und lässt Aufmerksamkeitsprobleme neben Lernschwierigkeiten erkennen. Ein ausgeschlafener Mensch ist ausgeglichener, gelassener und anpassungsfähiger an widrige Bedingungen in seiner Umwelt.*

*Der Schlaf ist wie eine Reise durch die Nacht mit sich abwechselnden Leicht- und Tiefschlaf- sowie Traumphasen. Dazwischen kommt es bis zu 30-mal zum nächtlichen Erwachen, an das wir uns am nächsten Tag zumeist nicht erinnern. Wie das Einschlafen sind gerade diese Zustände anfällig für Störungen, um die es in diesem Beitrag gehen soll. Der resultierende Schlafmangel stellt sich sowohl bei der Mutter als auch beim Kind ein und mindert auf Dauer die Lebensqualität. Zudem sind Störungen des Schlafs sehr häufig: Im Laufe seiner Entwicklung leidet etwa jedes dritte Kind daran (Owens, 2007). So sind Schlafstörungen von Säuglingen auch in der pädiatrischen Praxis ein gängiges Problem, das ein kompetentes und einfühlsames Eingehen erforderlich macht.*

## FALLVIGNETTE

Eine Mutter kommt in die pädiatrische Praxis zu einem Impftermin und berichtet im Gespräch vor der Impfung ihres über fünf Monate alten Säuglings, dass dieser seit wenigen Wochen mindestens alle zwei Stunden wach werde und an der Brust trinken wolle. Dabei sauge er zumeist nicht sehr lange und schlafe dann wieder ein. Zuvor sei er nur zweimal pro Nacht gekommen. Zahnungssymptome, wie häufiger Speichelfluss oder intensives Herumkaugen auf der eigenen Faust, seien noch nicht zu beobachten. Die Mutter selbst leide sehr unter dieser Zerstückelung ihres Schlafes, brauche oft eine längere Zeit zum Wiedereinschlafen und erwache morgens häufig gerädert, verbunden mit einer aggressiven Grundstimmung.

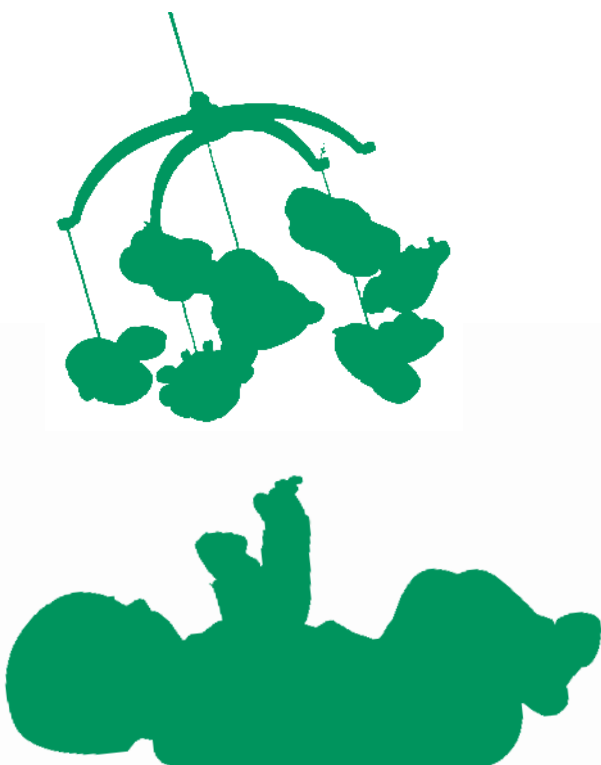
Der Umbruch der Schlafgewohnheiten ihres Kindes sei gekommen, nach dem die Mutter mit ihm eine Rundreise zu mehreren Verwandten gemacht habe, mit dort jeweils anderen Schlaforten und auch wechselnden Umständen beim Stillen. Sie sucht nach Lösungen, wie sie mit ihrem Säugling wieder zu dem alten Rhythmus zurückfinden kann.

## WIE ENTWICKELT SICH DER SCHLAF?

Mütter berichten häufig darüber, dass die verspürte motorische Aktivität gegen Ende der Schwangerschaft zunehmend eine Rhythmik aufgewiesen hat, im ungünstigen Falle mit einem Maximum spät abends oder in der Nacht. Nach der Geburt tauchen die Wachphasen zunächst nur inselhaft auf, um sich dann zunehmend auszubreiten. Schläft der Säugling bis zum Beginn des 4. Lebensmonats noch 14–18 Stunden pro Tag, so werden es bis zum Ende des ersten Lebensjahres allmählich weniger, insbesondere aber reduzieren sich diese Phasen mit anfangs bis zu sechs Abschnitten auf später zwei bis drei mit Betonung des Nachtschlafs. Die Eltern erhoffen sich eine möglichst rasche Anpassung an ihren eigenen vorbestehenden Schlaf-Wach- bzw. Tag-Nacht-Rhythmus, was sich aber teilweise nur langsam vollzieht und ihnen Geduld abverlangt. Die Resilienz der Eltern ist dabei sehr unterschiedlich und hängt auch im großen Umfang davon ab, wieviel Unterstützung sie selber bekommen und sich überdies gegenseitig zu geben vermögen.

Bei dem noch jungen Säugling interferieren häufig die Unreife des Darmes mit einer überschießenden Motilität und daher rührendem Drücken bis hin zum langanhaltenden Schreien mit dem erhofften Schlaf. Andererseits schreien sie sich zum Teil über eine überschaubare Zeitspanne in den Schlaf, besonders bei Zuständen der Überreizung. Gleichzeitig gibt es eine zunehmende Differenzierung des Ausdrucksverhaltens des Babys und dadurch eine bessere Möglichkeit, seine Signale adäquat zu interpretieren. Darüber hinaus unterscheiden sich die Säuglinge hinsichtlich ihres Temperamentes: So gibt es unkomplizierte Babys mit einem sonnigen Gemüt neben ausgesprochen schwierigen mit einer geringeren Schwelle zum Weinen und Schreien.

Aber auch auf Seiten der Eltern gibt es wichtige Unterschiede in Hinblick auf ihre intuitiven Kompetenzen, deren Basis wie-



derum in einer ausreichenden Fähigkeit zur Mentalisierung besteht. Die Mentalisierung ermöglicht das Sich-Hineinfühlen und die Wahrnehmung von inneren, emotionalen Zuständen beim Kind und damit deren Verbalisierung und passende Reaktionen zur Regulation und Beruhigung. Auf dieser Grundlage finden viele Mütter und Väter einen passenden Umgang mit ihrem Kind, ohne dass sie diesen in einem Kurs hätten erlernen müssen.

Die übergeordnete Entwicklungsaufgabe für den Säugling besteht darin, sich aus der umfassenden Mutter-Kind-Symbiose soweit zu lösen, dass es ihm – im Kontext der Beziehung – zunehmend selbst gelingt, die eigenen Affekte zu regulieren. Im positiven Falle entwickelt sich darunter eine tragfähige Bindung zwischen Eltern und Kind, die auch zwischenzeitigen Belastungen, wie beispielsweise bei Krankheit, unbeschadet standhält. Inwieweit die erwartete Autonomie hin zum westlichen Ideal des Alleinschläfers gehen soll, das wird dabei kontrovers diskutiert. Anzunehmen ist, dass das Baby ein engrammiertes Bedürfnis nach Schutz an der Seite seiner Mutter hat, das in eine weit zurückliegende Lebenssituation verweist.

## **WIE KOMMT ES ZU SCHLAFSTÖRUNGEN UND WAS SIND DIE FOLGEN FÜR DIE MUTTER-KIND- UND DIE PAAR-BEZIEHUNG?**

Der ICD-10-GM bietet zur Diagnosenkodierung neben den organisch bedingten Störungen des Schlafs, wie z. B. den obstruktiven Schlafapnoen (G47.31), nur die ungenaue Diagnose der „Nichtorganischen Hyposomnie“ (F51.2) an. Zu unterscheiden sind aber Störungen des Einschlafens von denen des Durchschlafens. Als besonders belastend empfinden die Eltern dabei eine lange Zeitspanne vom Zubettlegen des Kindes bis zum tatsächlichen Einschlafen, ebenso wie häufig in der Nacht geweckt zu werden.

Beim Hinlegen spielen eine entspannte, schmerzfreie Situation, das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit, Müdigkeit, Sättigung und im Entwicklungsverlauf zunehmend die aufkommende Dunkelheit eine wesentliche Rolle dafür, dass sich das Kind ‚widerstandslos‘ in den Schlaf fallen lässt. Überreizung lässt ebenfalls das Bedürfnis nach Abschalten und Schlaf aufkommen. Dazu müssen die Eltern die Signale wahrnehmen und richtig interpretieren. Abwendung des Blicks oder Schreien sollten bei den Eltern nicht als Bedürfnis zur Stimulation verkannt werden und dazu führen, dass sie ihr Kind schaukeln, den Blickkontakt suchen und sich mit ihm beschäftigen.

Das Baby entwickelt im 2. Trimenon langsam Erwartungen an die Art des Umgangs mit seinen Bedürfnissen, sodass auch Verwöhnungseffekte manifest werden können. So schläft ein Teil nur herumgetragen auf dem Arm, unter Handhalten am Bettchen oder gar Dazulegen ein. Manche scheinen nur auf die Entfernung der Mutter vom Bettchen zu lauern und fangen prompt wieder an zu schreien, obwohl sie gerade noch den Eindruck gemacht hatten, eingeschlafen zu sein. Das eigenständige Einschlafen wird so stark erschwert. Ziehen sich die

beschriebenen Einschlafrituale lange hin, dann schläft der anwesende Elternteil zum Teil selber ein, sodass gemeinsame Zeiten zum Austausch oder für sexuelle Begegnung zwischen dem Elternpaar selten werden. Damit werden solche Schlafstörungen auch zum Risiko für die Partnerschaft.

Neugeborene erwachen etwa alle zwei bis drei Stunden, um zu trinken. Man sagt den Müttern in dieser Zeit eine erhöhte Toleranz gegen den häufigen Aufwachstress nach, die allerdings über die ersten Monate hinweg allmählich nachlässt. Besonders problematisch ist es, wenn der noch kleine Säugling die Bedürfnis- und Affektregulation an der mütterlichen Brust auszuweiten beginnt und bei jeder Missempfindung gleich nach der Brust sucht und danach strebt, angelegt zu werden. Das führt dazu, dass das Kind bei jedem eigentlich nur kurzen Erwachen zur Brust will und sich daran beruhigt. Das Saugen dient dann als Schnuller-Ersatz. Darunter leiden einerseits häufig die Mamillen und werden wund und andererseits wird der mütterliche Schlaf so nachhaltig gestört, dass auf Dauer mit mütterlicher Entkräftung bis hin zur Depression und mit unkontrolliertem Verhalten zu rechnen ist. Den Kindern mangelt es selber auch an erholsamem Schlaf, sodass sie tagsüber unruhig und reizbar sind. Derart verstärken sich die Probleme gegenseitig wie in einem Teufelskreis.

Mit der Reifung von physiologischen Funktionen und insbesondere auch dem Rückgang von Darmbeschwerden sowie der Erweiterung der Ernährung um Beikost benötigen die Säuglinge mit einem halben Jahr eigentlich kein nächtliches Trinken mehr. De facto kommen aber viele noch ein- bis zweimal in der Nacht, womit die meisten Mütter noch gut zurechtkommen. Wie in dem eingangs geschilderten Beispiel ist dieser Rhythmus aber störanfällig durch Zahnungsbeschwerden, Infekte, fehlende Rhythmen oder wechselnde Orte beim Verreisen. Ohne Bemühungen um die Wiederherstellung der vorbestehenden Schlafgewohnheiten können sich die belastenden Veränderungen rasch verfestigen.

Je mehr Aufmerksamkeit dem Kind beim Erwachen geschenkt wird, desto stärker hängt das Kind an seinen Erwartungen und wird diese gegen die Veränderungen, ggf. auch mit wütendem Schreien, einzufordern versuchen. Wie weit die Mutter das aushält, hängt nicht zuletzt von Selbstzweifeln und Schuldgefühlen ab, die sich beim Schreien bei vielen einstellen. Besonders schwierig wird es, wenn psychische Störungen der Eltern in die Thematik hineinspielen. So wird eine depressive Mutter gar nicht den empathischen Kontakt zum Säugling finden und sich damit als „schlechte Mutter“ bestätigt sehen. Dieser Kontakt ist für das Kind aber nicht zu ersetzen und es drohen Deprivationssymptome. Bei Vernachlässigung und/oder Substanzabhängigkeiten kommen noch ganz andere Dimensionen zum Tragen. Wenn Schlafdefizit und Stress durch nächtliches Schreien zusammenkommen, dann steigt das Risiko für fatale Übergriffe wie Schütteltraumata, insbesondere unter externalisierenden Störungen bei einem Elternteil mit derart zusätzlich eingeschränkter Affektkontrolle.

Die Unterstützung der Mutter durch den Vater hängt von dessen Partnerschaftsverständnis, seinen beruflichen Bedingun-

gen und nicht zuletzt davon ab, wie erfolgreich er mit seinen Bemühungen beim erwachten Kind ist. Bei Nachtarbeit oder langen Geschäftsreisen steht die Mutter allein mit den Belastungen da. Nicht selten absentieren sich die Väter, da sie bei anstrengender Berufsarbeit keine Möglichkeit zum Ausgleich ihres Schlafdefizits am Tag haben, und ziehen z. B. in der Nacht in das Wohnzimmer um. Bei längerer Dauer kann das zur Zerrüttung der elterlichen Paarbeziehung führen.

Weiterhin können Umweltfaktoren wie beengte räumliche Verhältnisse, laute und rücksichtslose Familien im Mietshaus oder umgekehrt extrem empfindliche Mitbewohner sowie berufliche Schwierigkeiten und wirtschaftliche Not zu berücksichtigende Determinanten bei Schlafstörungen bilden. Nicht zu vergessen sind extreme Frühgeborenheit, körperliche Erkrankungen wie die Kuhmilch-Eiweiß-Unverträglichkeit, Gedeih- und Entwicklungsstörungen, Autismus, Amaurosis, zerebrale Fehlbildungen oder Epilepsien. In der Realität ist es aber leider so, dass eher die psychischen und psychosomatischen Aspekte zu kurz kommen und die Eltern nicht selten nur vertröstet werden.

## WIE VERSUCHEN DIE ELTERN, DEN SCHLAFPROBLEMEN ZU BEGEGNEN?

In aller Regel bekommen die leidenden Eltern aus ihrer sozialen Umgebung vielerlei Tipps und versuchen alles: von der Gabe verschiedener Medikamente (Dimeticon) und Globuli sowie Phytotherapeutika (Fenchel, Anis, Kümmel) über das Pucken bis hin zur Osteopathie. Eher selten werden sie damit Erfolg haben, vor allem wenn sie rastlos und verzweifelt das Eine nach dem Anderen durchprobieren. Im Internet ist die Flut von Empfehlungen verwirrend und für medizinische Laien zumeist nicht gut zu bewerten. Insbesondere berücksichtigen die einfachen Tipps regelhaft nicht die Komplexität des Einzelfalls, wie im bisherigen Text dargestellt. Selten handelt es sich nur um eine Ursache allein, zumeist kommen vielfältige Faktoren zusammen, sodass die Erfolgsquote ernüchternd ist.

## WAS MUSS BEACHTET UND ERFRAGT WERDEN?

Eltern kommen häufig mit unverfänglichen Vorstellungsanlässen, beabsichtigen aber die wirklich drängenden Probleme eher en passant einzubringen, vielleicht auch weil sie das als persönliches Versagen bewerten und unter Schuldgefühlen leiden. Derart heißt es, den Eltern Raum zu geben, ihre Sorgen vorzubringen, diese ernst und sich dafür Zeit zu nehmen, entweder sogleich in der Situation oder mit Planung eines möglichst kurzfristigen Folgetermins. Im letzteren Fall kann man ihnen schon einmal ein Schlafprotokoll mitgeben, das den Blick vom gefühlten auf den dokumentierten Zustand erweitert. Grundsätzlich sollte im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U6 detailliert nach dem Schlaf gefragt werden. Sie bieten den idealen Rahmen, frühzeitig kompetent auf Probleme zu reagieren.

Die aufgezeigte Vielfalt der Bedingungsgefüge für chronische Schlafstörungen von Säuglingen macht evident, dass eine

sorgfältige und umfassende Anamnese unabdingbar ist. Ist die Familie schon mit Geschwisterkindern bekannt, vermindert sich ggf. der Umfang der zu erfragenden Details. Je nach Eindruck von Mutter und Vater sollte man zusätzlich belastende Erfahrungen, psychische Störungen und problematische Erziehungsstile erforschen. Unter Berücksichtigung der spezifischen Bedingungen sollten auch die Zielvorstellungen einvernehmlich abgeleitet werden.

Schließlich sollten körperliche Untersuchung und Einschätzung des Entwicklungsstands obligater Bestandteil der diagnostischen Bemühungen sein. Laboruntersuchungen werden eher selten indiziert sein, ähnlich auch EEG-Ableitungen oder Ultraschalluntersuchungen des Schädels.

## WELCHE BEHANDLUNG UND HILFEN EMPFEHLEN SICH?

Einen wichtigen Anteil nimmt zunächst die Psychoedukation ein, mit einer Aufklärung über die Bedingungen guten Schlafs, über die Bedeutung von Struktur und Rhythmen im Familienleben und über Schlafhygiene. Manche sich daraus ergebende Option haben die Eltern vielleicht schon erfolglos ausprobiert, was aber nicht vorschnell zu deren Verwerfung führen sollte. Teilweise mögen die Entschlossenheit, die Konsequenz, die Zuversicht oder der lange Atem gefehlt haben, teilweise auch begleitende andere Maßnahmen. Man sollte versuchen, beide Elternteile mit einzubeziehen, um ein von beiden Teilen getragenes Änderungskonzept zu entwickeln. Schuldgefühle sollten erfragt und thematisiert werden, da sie sich für das weitere Vorgehen sonst kontraproduktiv auswirken können. Wichtig ist es, sich von Rückschlägen nicht entmutigen zu lassen.

Rituale mit Kuschneln und Entspannung vor der Bettzeit sollten regelmäßig stattfinden, aber räumlich getrennt vom Schlafzimmer. Sie stimmen das Kind positiv auf das Schlafen ein. Grundsätzlich empfiehlt es sich, das Kind nicht bereits schlafend ins Bett zu legen, da es dann das eigenständige Einschlafen nicht erlernt und dann auch beim nächtlichen Erwachen die Hilfe der Eltern zum Wiedereinschlafen erwartet. Schlafhilfen wie Schnuller oder Kuscheltiere unterstützen das Kind darin, wieder in den Schlaf zu finden.

In Hinblick auf manifeste Einschlafstörungen kann die Zubettgezeit so verändert werden, dass das Kind später und müder einschlafen soll. Wenn das funktioniert, wird die Schlafenszeit sukzessive wieder in den früheren Abend verschoben („Faded Bedtime“).

Bei Ein- und Durchschlafstörungen sind Vorgehensweisen aus der Verhaltenstherapie mit systematischer Extinktion besonders verbreitet. Dabei wird davon ausgegangen, dass die Problemkinder mit ihren Schlafstörungen viel Aufmerksamkeit und ungewollt auch viel Zuwendung bekommen. Deshalb wird vorgeschlagen, die Kinder schreien zu lassen und ihr Problemverhalten weitgehend zu ignorieren. Zwischenzeitlich sollte man nach ihnen sehen, dabei aber nur kurz bleiben und neutral in der Zuwendung sein.

Diese Extinktionsbehandlung ist überaus erfolgreich, allerdings nur nach ausreichender Information und Vorbereitung auf das für alle Beteiligte belastende, zumeist aber zeitlich sehr überschaubare Prozedere. Auf die Knackpunkte bei diesem Vorgehen gilt es, die Eltern sehr detailliert vorzubereiten:

- 1 Beide Eltern müssen sich darin einig sein, anderenfalls gibt jemand vorzeitig auf und macht damit den angezielten Erfolg zunichte. Dazu braucht es ggf. ein Gespräch, zumindest ein Gesprächsangebot, für beide Elternteile.
- 2 Krisenhafte Zuspitzungen wie wütendes Erbrechen, wütende Selbstverletzung (z. B. Schlagen des Kopfes gegen die Bettgitter) oder anhaltendes Schreien ohne Einatmung mit darauffolgender kurzer Bewusstlosigkeit sollten vorher genau besprochen werden. Sie sollten nicht zum Abbruch führen.
- 3 Mithörende Wohnungsnachbarn sollten vorher über das geplante Vorgehen informiert werden, damit sie nicht über Kindesmisshandlung spekulieren. Die Eltern ihrerseits imaginieren sonst, was die anderen Hausbewohner sich vorstellen angesichts des vernommenen Schreiens, und ob sie vielleicht Polizei oder Jugendamt verständigen.

Dieses Vorgehen verursacht bei den so handelnden Eltern regelmäßig und krisenhaft Zweifel über die Zulässigkeit eines solchen Vorgehens. Tatsächlich führen langanhaltende und gravierende Schlafstörungen jedoch zu überaus bedeutsamen Beeinträchtigungen des Familienlebens, im Extremfall zur Trennung der Eltern. Gezielt auf die Folgen einer verhaltenstherapeutischen Extinktionsbehandlung orientierte Studien konnten aber nachweisen, dass es keine negativen psychischen oder sozialen Folgen gibt (Price, 2012). Dementgegen verbessert sich das Familienleben mit deutlich weniger Konflikten und größerer Lebensqualität für alle Familienmitglieder (Sadeh, 2010).

Bei besonderen, mit schweren Entwicklungsstörungen (z. B. Autismus) verknüpften Schlafproblemen fruchten verhaltenstherapeutische Prozeduren häufig nicht nachhaltig. Stattdessen hat sich dabei der Einsatz von Melatonin (Dosis zunächst 1–3 mg) bewährt. Es ist das einzige zulässige Schlafmittel, das auch Kindern verabreicht werden darf. Melatonin verbessert Einschlaf latenz und Schlafarchitektur und bewirkt keinen Schlafüberhang. Auch unter hohen Dosen und bei langer Medikation kommt es nicht zu Nebenwirkungen.

Wenn sich schwere psychische Störungen bei der Mutter oder dem Vater erkennen lassen, ist es wichtig, die Betroffenen für eine psychotherapeutische Behandlung zu öffnen und über konkrete Angebote dafür zu informieren.

Zusammenfassend sollten also Schlafstörungen bei Säuglingen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis aufmerksam beachtet und thematisiert werden. Die psychoedukative Vermittlung von Bedingungen der Schlafhygiene ist präventiver Bestandteil der Früherkennungsuntersuchungen. Bereits manifeste Schlafstörungen benötigen eine konsequente Behandlung, die den Eltern detailliert erläutert werden muss. Dafür bietet sie exzellente Chancen auf die Wiederherstellung eines erholsamen Schlafs für die ganze Familie. Nur in besonderen Fällen kommen Medikamente mit in Betracht.

■ *Dr. med Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf  
Praxis für Allgemein- und Neuropädiatrie und Psychotherapie  
Ausschusssprecher Psychosomatik und Psychotherapie im BVKJ  
Kemptener Straße 28  
88131 Lindau  
dr.harald-tegtmeyer@t-online.de*

# Regulationsstörungen: Exzessives Schreien bei Säuglingen

Petra Kapaun

*„Ich wollte nur noch, dass es endlich aufhört zu schreien ...“*

*Anhaltendes Schreien ist Ausdruck dafür, dass Säuglinge auf Belastungen heftig reagieren – Belastungen, die für Eltern oft nicht erkennbar sind. Wir Kinder- und Jugendärzte geraten im Praxisalltag dabei in ein Dilemma: Einerseits wollen wir den Eltern vermitteln, dass Unruhe- und Schreiphasen im Zusammenhang mit physiologischen Reifungs- und Anpassungsprozessen stehen und in der Regel vorübergehen. Andererseits wissen wir, dass bei exzessivem Säuglingsschreien die subjektive Stressbelastung der Eltern und damit das Misshandlungsrisiko schnell steigen und dass schon ein kurzes und kräftiges Schütteln des Säuglings lebensbedrohlich sein kann. Eltern von sogenannten „Schreibabys“ brauchen deshalb schnelle Hilfe und nicht nur Durchhalteparolen.*



Das Baby signalisiert mit Schreien sein Unwohlsein. Die Ursachen für das Schreien sind vielfältig: Hunger, eine volle Windel, Müdigkeit, Überreizung oder Schmerzen. Alle Eltern werden durch das Schreien alarmiert. Feinfühligere Eltern versuchen sogleich zu interpretieren, was das Schreien gerade bedeutet, um angemessen und prompt darauf zu reagieren und die Ursache zu beheben. Begleitet wird das Fürsorgeverhalten von messbaren psychovegetativen Stressreaktionen (Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck, Schwitzen), die – wenn das Baby sich erfolgreich beruhigen lässt – rasch abklingen, wonach die Eltern sich in ihren elterlichen Fähigkeiten bestärkt fühlen können. Dies sind die wichtigen Momente positiver Gegenseitigkeit (Papousek, 1985; 2004).

## EINIGE FAKTEN

Um die 6. Lebenswoche herum schreien Säuglinge am meisten, vor allem am späten Nachmittag und in den frühen Abendstunden – häufig für Eltern ohne erkennbaren Grund. Die tägliche Schreidauer beträgt durchschnittlich 2,5 Stunden, allerdings besteht eine hohe intraindividuelle Variabilität. In der Regel nimmt das Schreien bis zum 3. Lebensmonat wieder ab. Bei Frühgeborenen verschiebt sich dieser Verlauf und folgt dem korrigierten Alter.

Bei wiederholten Episoden von Unruhe, Quengeln und scheinbar grundlos anfallsartigem Schreien sowie fehlendem Ansprechen auf Beruhigungshilfen spricht man von „exzessivem Schreien“. Bei Persistenz kommt es im Verlauf zu einer Beeinträchtigung der Schlaf-Wach-Regulation mit kurzen Tagesschlafphasen, Einschlafproblemen und verminderter Gesamtschlafzeit, die zu einer kumulativen Übermüdung und Überreizung des Kindes und der Eltern beitragen (nach Hofacker, 2007).

In den ersten drei Monaten soll das übermäßige Schreien als „Belastendes Symptom“ erfasst werden. Nach dem 3. Lebensmonat wird es anhand einer Verhaltensdokumentation in Anlehnung an die Wessel-Kriterien als „Persistierendes, exzessives Schreien“ diagnostiziert (Wessel, 1954: „Dreierregel“: Schrei- und Unruheepisoden an mehr als drei Stunden pro Tag, mindestens drei Tage pro Woche über mindestens drei Wochen; AWMF-Leitlinie, 2015).

## IM ALLTAG KOMMT ES DARAUF AN, WIE ES DEN ELTERN MIT IHREM BABY GEHT!

Problematischer als die nach den Wessel-Kriterien definierte Dauer ist insbesondere die Unstillbarkeit der Schreiattacken. Die dabei erlebte subjektive Belastung der Säuglinge und Eltern ist für die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigung von besonderer Bedeutung. Unruhe- und Schreiphasen werden in Zusammenhang mit physiologischen Anpassungs- und Reifungsprozessen gesehen (vgl. Rome-IV-Kriterien für funktionelle, gastrointestinale Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern). Diese muss jedes Kind bewältigen und braucht und bekommt dabei je nach Konstitution und Temperament

mehr oder weniger koregulative Unterstützung durch die Bezugspersonen (Benninga, 2016). Aufgrund der fehlenden Plausibilität für eine Zeituntergrenze und der Bedeutung des elterlichen Belastungserlebens wird statt der „Dreierregel“ eine zeitunabhängige klinische Diagnosestellung vorgeschlagen (Abb. 1).

**Abb. 1 Kriterien für funktionelle gastrointestinale Störungen bei Säuglingen und Kleinkindern (Benninga et al., 2016)**

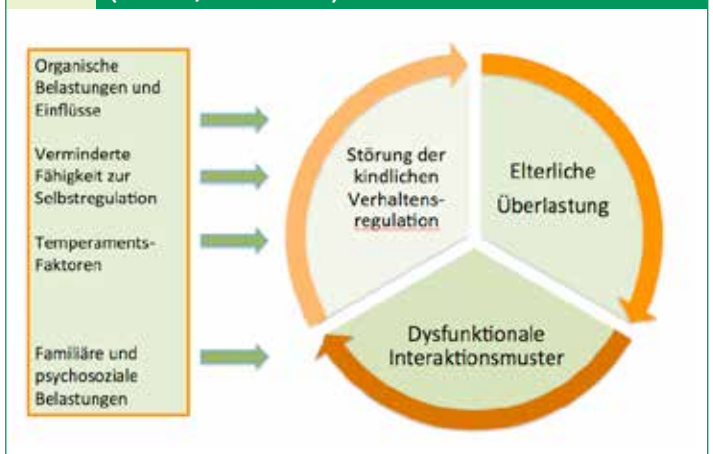
- ➔ **Alter < 5 Monate bei Beginn und Ende der Symptome**
- ➔ **Rezidivierende, prolongierte Perioden kindlicher Unruhe und Schreien ohne erkennbare Ursachen, die von den Eltern weder verhindert noch aufgelöst werden können**
- ➔ **Kein Anhalt für eine Gedeihstörung, Fieber oder Krankheit**

## SYMPTOMTRIAS DES EXZESSIVEN SCHREIENS

Bei persistierendem exzessivem Schreien versuchen die ratlosen und erschöpften Eltern ihr Baby oftmals mit vermehrt eingesetzter Stimulation zu beruhigen: wiederholtes Stillen, stundenlanges Herumtragen, Schaukeln, Ablenkungsversuche durch Rauschen (Fön, Auto). Die Maßnahmen können zu einer kurzfristigen Reduktion des Schreiens führen, bei Nachlassen der Stimulation setzt das Schreien jedoch wieder ein, was die Eltern auffordert, ihre Bemühungen fortzuführen. Zuwendung wird zum Verstärker, Zuwendungsentzug führt zu Schreien mit Aggravation. Manche Eltern berichten, sie fühlen sich vom Kind gefangen oder unter Druck gesetzt und halten ihre erkanntermaßen dysfunktionalen Beruhigungsstrategien auch wider besseres Wissen aufrecht: „Das Baby will es so!“ Und somit hat es auch keinen Raum für Veränderung und Möglichkeiten, neue Erfahrungen zu machen. Die ohnehin häufig verstärkt reizoffenen und irritierbaren Kinder können sich der zunehmenden Überstimulation nicht entziehen. Es gelingt ihnen nicht, „abzuschalten“ und sich mit Hilfe selbstregulativer Fähigkeiten zu beruhigen. So entsteht der in Abb. 2 dargestellte sich aufschaukelnde Teufelskreis negativer Gegenseitigkeit (Papousek, 2004; Cierpka, 2016; Ziegenhain, 2014).

Auch bei den Eltern kommt es in der Folge über die begleitende akute Stressreaktion zu einem Überlastungssyndrom, welches mit Versagensgefühlen, quälenden Selbstzweifeln und Überforderung einhergeht und die intuitiven elterlichen Fähigkeiten nachweislich hemmt. Manche Eltern reagieren verspätet auf die Signale ihres Kindes oder versuchen, diese zu ignorieren. Andere sind hin- und hergerissen zwischen Enttäuschung (Abschied vom Traumkind) und Wut (keine perfekte Eltern sein dürfen) und geraten in einen aggressiven Ambivalenzkonflikt (Papousek, 2004; Cierpka, 2016).

**Abb. 2 Symptomtrias bei frühkindlichen Regulationsstörungen (nach Papousek, 2004)**



## „GESPENSTER IM KINDERZIMMER“

Nicht selten kommt es in dieser Situation unbewusst zur Reaktivierung belastender und unverarbeiteter Lebenserfahrung aus der eigenen Kindheit der Eltern. Selma Fraiberg hat dafür den Begriff „Gespenster im Kinderzimmer“ geprägt. Sie mischen sich in die aktuelle Eltern-Kind-Beziehung ein und können zum Wiedererwachen einer alten konflikthafter Beziehungsdynamik führen, die interaktiv mit dem schreienden Kind ausgetragen wird (Fraiberg, 2011; Liebermann, 2015).

## DAS MISSHANDLUNGSRISIKO BEI EXZESSIVEM SCHREIEN IST HOCH

Der Einschätzung eines potentiellen Misshandlungsrisikos muss in dieser Situation eine besondere Aufmerksamkeit zukommen. Exzessives Schreien ist der einzige durchgängig nachweisbare Risikofaktor und Auslöser eines Schütteltraumas. In verschiedenen Studien wurde von 2,6 bis 5,6 % anonym befragter Eltern angegeben, ihre Kinder zumindest einmal geschüttelt zu haben, ohne dass diese medizinisch versorgt werden mussten (Herrmann, 2016).

In 26 hospitalisierten Fällen nach Schütteltrauma hatten sich 88,5 % der Eltern im Vorfeld wegen exzessiven Schreiens oder Irritabilität an den Pädiater oder einen anderen Spezialisten gewandt (Talvik et al., 2008).

## KLINISCHE EINORDNUNG UND DIAGNOSTIK

Aufgrund des Erscheinungsbildes während der Schreiatacken – hochroter Kopf, Anziehen der Beinchen, Blähbauch und muskuläre Überstreckung – werden (nicht nur) von den Eltern häufig „Bauchschmerzen“, die sogenannten Dreimonatskoliken (Illingworth, 1954), als Auslöser vermutet. Tatsächlich bleibt die Ätiologie des exzessiven Schreiens nach wie vor ungeklärt. Eine multifaktorielle Genese ist anzunehmen: Einige der somatischen und psychosozialen Aspekte sind in Abb. 3 zusammenfassend dargestellt (nach Bindt, 2017).

**Abb. 3** Ätiologie des Exzessiven Schreiens (modifiziert nach Bindt und Schulte-Markwort, 2017)

Somatische Aspekte	Psychosoziale Aspekte
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reifungsproblematik neuronaler Regelkreise unter Einbeziehung des gastrointestinalen Nervensystems und der zirkadianen Rhythmik</li> <li>• Funktionelle Verdauungs-traktstörungen werden eher überbewertet</li> <li>• Nur geringe Inzidenzen für Kuhmilchproteinallergie</li> <li>• Kein Zusammenhang mit Handling-Praktiken</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folgen neurohumoraler Stressexposition</li> <li>• Pränatale Einflussfaktoren:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Schwangerschafts-bezogene Ängste</li> <li>- Pränatale Depressivität</li> <li>- Stress im Beruf und in Bezug auf zukünftige Mutterrolle</li> </ul> </li> <li>• Postnatale Einflussfaktoren:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- Angstgeleitetes mütterliches Verhalten</li> <li>- Paarkonflikte</li> <li>- Wirtschaftliche Probleme</li> </ul> </li> </ul>

Für die Praxis ist ein mehrperspektivisches diagnostisches Vorgehen gefordert:

Jedes Kind muss körperlich untersucht werden, auch wenn somatische Ursachen des exzessiven Schreiens eher selten sind. In der Regel werden diese von zusätzlichen Symptomen wie Gedeihstörungen, Haut- und Stuhlauffälligkeiten begleitet. Dazu gehören u. a. gastroösophagealer Reflux, Allergien und Nahrungsmittelunverträglichkeiten, chronische Infektionen, obstruktive Atemwegserkrankungen, atopische Dermatitis und allgemeine Entwicklungsstörungen.

Bei gesundem Kind und gutem Gedeihen sind labormedizinische Untersuchungen und Bildgebung verzichtbar, beruhigen aber die Angehörigen.

Die Häufigkeit des Schreiens soll in einem Schreiprotokoll erfasst werden. Für die Pädiatrie bietet sich dazu das 24-Stunden-Protokoll nach Remo Largo an ([www.muetterberatung-blbs.ch/attachments/article/245/Schlafprotokoll.pdf](http://www.muetterberatung-blbs.ch/attachments/article/245/Schlafprotokoll.pdf)).

Zusätzlich und unabhängig davon müssen die subjektive Beeinträchtigung der Eltern und ihre jeweilige psychosoziale Situation erhoben und dysfunktionale Beruhigungsstrategien erkannt werden.

## BEHANDLUNG

Die Behandlung des exzessiven Schreiens ist für alle Beteiligten eine Herausforderung. Ziel ist es, die betroffenen Familien darin zu unterstützen, ihren eigenen Weg zu finden, um diese Herausforderung selbstwirksam zu meistern. Dazu bedarf es einer geduldigen Anteilnahme und der wiederholten Versicherung, dass das Kind gesund und normal entwickelt ist.

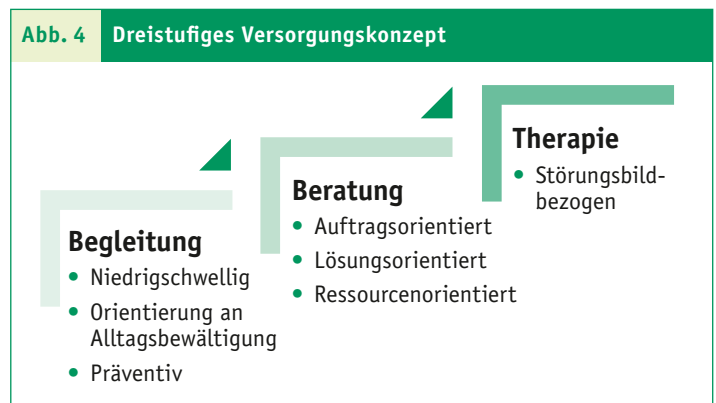
Allem voran ist es wichtig, dass die betroffenen Familien sich in ihren Sorgen und Ängsten von Anfang an ernstgenommen fühlen können. Das ist nicht immer leicht. Die erschöpften Eltern sind in der Regel bereits mit gut gemeinten Ratschlägen

von selbsternannten Experten überhäuft, haben viele „Patentrezepte“ mehr oder weniger erfolglos ausprobiert und haben kaum noch Veränderungshoffnung. Es ist daher nicht selten, dass Eltern von uns immer wieder Lösungen fordern, um sie auch gleich wieder zu hinterfragen. Dabei können auch wir mit Gefühlen von Hilflosigkeit und Wut kontaminiert werden, was sich manchmal in drastischen Maßnahmen (z. B. Empfehlung zum Abstillen) und düsteren Prognosen Bahn bricht. Nicht selten bleibt es eine schwierige Gratwanderung zwischen Anerkennung individueller Bewältigungsstrategien, Vermeiden von Beschämung und Bestehen auf angemessene Umsetzung unserer Empfehlungen.

Die Wirksamkeit medikamentöser (Simeticon, Kümmelzäpfchen), diätetischer (allergen- oder laktosearme Kost für die stillende Mutter oder Umstellung auf partiell hydrolysierte Formula, Probiotika) und komplementärmedizinischer Maßnahmen (Osteopathie, kraniosakrale oder manualtherapeutische Behandlungen, Akupunktur) ist nicht bzw. nur begrenzt belegt (AWMF-Leitlinie 2015; Bindt, 2017).

## WAS HILFT?

Für die Behandlung der Regulationsstörungen im frühen Kindesalter hat sich ein dreistufiges Versorgungskonzept bewährt (Abb. 4).



Im Rahmen der kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen oder bei anderen anlassbezogenen Besuchen können wir mit den betroffenen Familien sprechen. Wir untersuchen die Kinder, beraten und informieren die Eltern über mögliche Unterstützungsangebote und motivieren die Eltern, diese Hilfen auch anzunehmen.

Reicht die Zeit im Praxisalltag nicht aus, um den Eltern die erforderliche Unterstützung zu geben, sind wir auf Zusammenarbeit angewiesen. Wichtige Partner finden wir im Netzwerk der „Frühen Hilfen“, z. B. in entwicklungspsychologischen Beratungsstellen, die u. a. mit videogestützter Interaktionsdiagnostik oft schon in wenigen Stunden mit der Familie notwendige Verhaltensmodifikationen erarbeiten können.

Eine psychotherapeutische Eltern-Säuglings-Behandlung ist indiziert, wenn

- eine entwicklungspsychologische Beratung nicht zur wesentlichen Besserung der Symptomatik führt,
- die Störung > 3 Monate persistiert,
- mehrere Interaktions- und Regulationsbereiche betroffen sind,
- dysfunktionale Interaktionsmuster überwiegen und sogar Vernachlässigung oder Misshandlungsgefahr besteht,
- die elterliche Wahrnehmung und Interpretation des kindlichen Verhaltens deutlich beeinträchtigt oder verzerrt ist oder
- die elterlichen intuitiven Kompetenzen schwerwiegend beeinträchtigt sind.

Bei schwerer Beeinträchtigung ist eine (teil-)stationäre Behandlung erforderlich.

Bei psychosozialen Belastungen (Armut, schwerwiegende Paarkonflikte, Isolation) müssen zusätzlich psychosoziale Hilfen etabliert werden. Der dazu notwendige Kontakt mit dem Jugendamt ist für viele Familien eine schwer zu überwindende Hürde. Bei psychischer Erkrankung der Eltern (z. B. postpartale Depressionen, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Sucht, Gewalt in der Familie) ist eine erwachsenenpsychiatrische Mitbehandlung angezeigt.

### **Empfehlungen für die Elternberatung in der Praxis** (nach Papousek, 2004; Ziegenhain, 2014; Bindt, 2017)

- Anerkennung der subjektiven Belastung
- Ressourcenanalyse und -aktivierung
  - Suche nach Möglichkeiten der Entlastung und Unterstützung im Kontext des jeweiligen familiären Umfeldes
- Entwicklungsbezogene Beratung und Vermittlung eines besseren Verständnisses für die Bedürfnisse des Kindes
  - Erklärung zu Genese und Prognose des Schreiens
  - Hinweis auf fehlende Intentionalität beim Kind
  - Thematisierung der begleitenden schwierigen Gefühle (Schuld, Scham, Enttäuschung, Versagen) und des potenziellen Misshandlungsrisikos
- Reizreduktion
  - Übermüdung vermeiden
  - Kinder nicht zu stark stimulieren (heftiges Hopsen, laute Musik)
  - Für entspannte Zweisamkeit, altersangemessene Spiele mit dem Kind sorgen
- Strukturierung des Tagesablaufes, Routinen
  - Wechselnde Einschlafhilfen vermeiden, Ritual zum Einschlafen entwickeln und bei diesem bleiben
  - Unterstützung der selbstregulatorischen Kompetenzen des Kindes, z. B. durch abgestuftes Beruhigen
  - Wechsel der Beruhigungsstrategien vermeiden
  - Babymassage, leichtes Pucken nach Anleitung
- Erholungspausen und Selbstfürsorge
  - Einbeziehung von Partnern (der Eltern), Großeltern (des Kindes), Freunden (der Eltern)
  - Ablegen des Kindes bei großer Anspannung, Aggression oder Erschöpfung

■ *Dr. med. Petra Kapaun*  
*Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin*  
*Psychotherapie für Kinder und Jugendliche*  
*Hoheluftchaussee 36*  
*20253 Hamburg*  
*praxis@kinderaerzte-hoheluftchaussee.de*

Literaturangaben bei der Verfasserin.



# Fütterstörungen

Ute Ziegenhain, Ronald Schmid

*Fütterstörungen sind schwere und meist persistierende Störungen in der frühen Kindheit. Sie müssen immer im Kontext der Beziehung bzw. Interaktion zwischen Kind und Eltern betrachtet werden. Die Diagnosen im ICD-10, „Fütterstörung im frühen Kindesalter“ (F98.2) und „Pica“ (F98.3), berücksichtigen diesen Beziehungskontext nicht ausreichend. Empfohlen werden ergänzende Klassifikationen, wie sie in Weiterentwicklung der DC:0-3R von Irene Chatoor ausgearbeitet wurden.*

## EPIDEMIOLOGIE

Fütterprobleme sind häufig und finden sich bei etwa 15–25 % der Säuglinge und Kleinkinder. Sie sind meist vorübergehend und lassen sich von Anpassungsproblemen, wie etwa dem Wechsel vom Stillen zum Saugen an der Flasche oder dem zu fester (Bei-)Kost bzw. neuen Geschmacksrichtungen nicht immer einfach abgrenzen. Demgegenüber sind Fütterstörungen mit einer Auftretenshäufigkeit zwischen 3 und 10 % selten. Noch seltener sind Gedeihstörungen, die in Normalpopulationen mit einer Häufigkeit von 3 bis 4 % vorkommen. Allerdings treten Fütterstörungen häufiger bei Kindern mit Problemen der Mundmotorik auf. Fütterstörungen können auch über die Säuglings- und Kleinkindzeit hinaus persistieren. Danach stehen Fütterstörungen, ebenso wie exzessives Schreien und Schlafstörungen, im Zusammenhang mit vermehrten, insbesondere externalisierenden Verhaltensproblemen bis ins Schulalter.

## SYMPTOMATIK UND KLASSIFIKATION

Fütterstörungen sind schwere und meist persistierende Störungen. Sie lassen sich daran festmachen, dass Säuglinge und Kleinkinder Nahrung verweigern bzw. zu wenig essen oder eingeschränkte Vorlieben für Nahrungsmittel haben. Dabei können auch orofaziale Überempfindlichkeiten von Säuglingen und Kleinkindern bzw. Saug-, Kau- oder Schluckprobleme eine Rolle spielen. Ebenso lassen sich bizarre Ernährungsgewohnheiten und entgleiste Fütter- bzw. Essensrituale beobachten. Letztere zeigen sich etwa in einer markanten Abweichung altersangemessenen Essverhaltens oder, relativ zu normalen Fütter- und Essgewohnheiten, in zu vielen oder zu lang ausgedehnten Mahlzeiten bzw. seltsamen Kontexten, in denen Kinder gefüttert werden. Die Eltern sind meist äußerst alarmiert und besorgt. Sie probieren alles aus, nur damit das Kind endlich isst. Tatsächlich lassen sich im Zusammenhang mit Fütterstörungen gewöhnlich dysfunktionale Interaktionsverhaltensweisen von Kind und Elternteil beim Füttern beobachten. Wenn Füttersituationen in extremer Weise entgleisen, muss deshalb auch das Risiko von Misshandlung geprüft werden.

Fütterstörungen unterscheiden sich von Essstörungen (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa treten im Kleinkindalter nicht auf). In der ICD-10 werden als Fütterstörungen die „Fütterstörung im frühen Kindesalter“ (F98.2) und „Pica“ (F98.3) beschrieben. Letzteres Störungsbild ist sehr selten und von daher klinisch wenig relevant. Es beschreibt den anhaltenden Verzehr nicht essbarer Substanzen. Vorausgesetzt wird, dass dieses Verhalten zweimal pro Woche mindestens einen Monat vorkommen muss, um die Diagnose zu stellen. Die Diagnose sollte nicht vor Beginn des zweiten Lebensjahres vergeben werden. Unter der Fütterstörung im frühen Kindesalter wird eine spezifische Störung beim Gefüttertwerden definiert, die von unterschiedlichen Symptomen begleitet wird. Fütterstörungen können mit oder ohne begleitende Gedeihstörungen auftreten. Eine organische Erkrankung wird ausgeschlossen. Dem stehen Beobachtungen im klinischen Alltag gegenüber, wonach Fütterstörungen durchaus auch mit organischen Belastungen einhergehen können.

Für die Diagnose müssen die Symptome bereits einen Monat beobachtbar und vor dem sechsten Lebensjahr aufgetreten sein. Die Diagnose sollte nicht vor Ablauf der Neugeborenenperiode gestellt werden. Gemäß der neuen AWMF-Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter sind Fütterstörungen über die frühe Kindheit hinaus beschrieben und umfassen damit bei älteren Vorschulkindern streng genommen auch Essstörungen (<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-041.html>).

Die Diagnosen im ICD-10 sind relativ unspezifisch und berücksichtigen den Beziehungskontext bei Fütterstörungen nur unzureichend. Klassifikationen im DC:0-3R, die auf Irene Chatoor zurückgehen und von ihr und ihrer Arbeitsgruppe weiterentwickelt wurden, bieten demgegenüber eine differenziertere Basis für Diagnostik und Therapie von Fütterstörungen. Danach lassen sich Subtypen von Fütterstörungen unterscheiden (Tabelle 1).



**bvkJ.**

**Tab. 1: Klassifikation von Fütterstörungen nach Irene Chatoor**

Störungstyp	Kriterien
Fütterstörung bei unzureichender Reziprozität	<p><b>A</b> mangelnde entwicklungsadäquate soziale Kontaktaufnahme beim Füttern mit der Bindungsperson (Blickkontakt, Lächeln, Vokalisieren)</p> <p><b>B</b> erhebliche Wachstumsdefizite</p> <p><b>C</b> Wachstumsdefizite und mangelnde emotionale Bezogenheit sind nicht ausschließlich auf eine körperliche bzw. nicht auf eine tiefgreifende Entwicklungsstörung zurückzuführen</p>
Infantile Anorexie	<p><b>A</b> Kind weigert sich, angemessene Mengen Nahrung zu essen: Über wenigstens einen Monat mit Beginn vor dem 3. Lebensjahr (meist zwischen 9 und 18 Monaten und während der Übergangsphase zum Füttern mit dem Löffel bzw. zum Selberessen)</p> <p><b>B</b> Kind signalisiert nicht, dass es Hunger hat, zeigt mangelndes Interesse am Essen, ist stattdessen stark an Exploration und/oder an Interaktion mit der Bezugsperson interessiert</p> <p><b>C</b> Hinweise auf schwerwiegende Wachstumsverzögerung</p> <p><b>D</b> Nahrungsverweigerung tritt nicht in Folge eines traumatischen Erlebnisses auf</p> <p><b>E</b> Nahrungsverweigerung ist nicht auf eine körperliche Erkrankung zurückzuführen</p>
Sensorische Nahrungsverweigerung	<p><b>A</b> lehnt bestimmte Nahrungsmittel wegen deren Geschmack, Konsistenz und/oder Geruch anhaltend ab</p> <p><b>B</b> Beginn der Nahrungsverweigerung bei der Einführung eines neuen Nahrungsmittels (z. B. Kind isst Karotten, grüne Bohnen jedoch nicht; Kind isst feste Nahrung, aber keine pürierte oder lehnt Babykost ab)</p> <p><b>C</b> bevorzugte Nahrungsmittel werden besser akzeptiert</p> <p><b>D</b> Mangelerscheinungen und/oder oral-motorische Entwicklungsverzögerungen in Folge von Nahrungsverweigerung</p>
Fütterstörung assoziiert mit Eingriffen in den Gastrointestinaltrakt / Posttraumatische Fütterstörung	<p><b>A</b> Kind weigert sich zu essen in der Folge von einem oder mehreren traumatischen Eingriffen im Mund-Rachen-Raum oder Magen-Darm-Trakt, die mit starken Schmerzen verbunden waren</p> <p><b>B</b> andauernde Nahrungsverweigerung zeigt sich dadurch, dass Kind die Flasche verweigert, sich aber ggf. mit dem Löffel füttern lässt / feste Nahrung verweigert, aber aus der Flasche trinkt oder jegliche orale Nahrungsaufnahme verweigert</p> <p><b>C</b> Erinnerungen an das traumatische Erlebnis rufen Unbehagen hervor (eines oder mehrere der folgenden Kriterien):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anzeichen von Stress, wenn Vorbereitungen zum Füttern getroffen werden</li> <li>- heftiger Widerstand, wenn Flasche oder Essen ins Blickfeld kommen</li> <li>- heftiger Widerstand, Nahrungsmittel herunterzuschlucken</li> </ul> <p><b>D</b> Nahrungsverweigerung ist mit akuter oder längerfristiger Gesundheitsgefährdung verbunden</p>
Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Grunderkrankung	<p><b>A</b> anfänglich normale Nahrungsaufnahme, im Verlauf des Fütterns Zeichen von Unbehagen mit folgender Weigerung, sich füttern zu lassen</p> <p><b>B</b> gesundheitliche Probleme, die mit hoher Wahrscheinlichkeit ursächlich für die Nahrungsverweigerung sind</p> <p><b>C</b> ärztliche Therapie verbessert das Fütter- und Essproblem, beseitigt es allerdings nicht vollständig</p> <p><b>D</b> mangelnde Gewichtszunahme oder sogar -abnahme</p>

Fütterstörungen lassen sich, ebenso wie exzessives Schreien und Schlafstörungen, als alters- und entwicklungstypische Symptome von Regulationsstörungen beschreiben. Regulationsstörungen bilden sich entlang von jeweils entwicklungstypischen Regulationsanforderungen aus. Zentrale und frühe Regulationsanforderung oder Entwicklungsaufgabe ist es, Verhalten sowie emotionale und physiologische Erregungszustände zu regulieren. Dies ist die Voraussetzung, um sich der Umwelt offen zuwenden zu können. Diese Regulationskompetenzen werden in frühen Bindungsbeziehungen entwickelt. Bindungspersonen, gewöhnlich die Eltern, haben die Funktion einer „externen Regulationshilfe“. Sie unterstützen den Säugling darin, wechselnde Erregungszustände und damit verbundene Emotionen zu regulieren und zu modulieren. Insofern lässt sich die beziehungsbezogene Bedeutung von Fütterstörungen bzw. Regulationsstörungen konzeptuell ableiten. Säuglinge und Kleinkinder sind in besonderer Weise auf feinfühliges Verhalten ihrer Eltern angewiesen. Umgekehrt sind Eltern in ihren feinfühligsten Kompetenzen in Abhängigkeit von unterschiedlich ausgeprägten Temperamentsmerkmalen ihres Kindes in unterschiedlicher Weise (heraus-)gefordert. Hinzu kommen ggf. psychosoziale Belastungen, die Eltern in ihren Beziehungskompetenzen einschränken und damit Regulationsprobleme verstärken können. Gemäß der so genannten Regulationsstörung der frühen Kindheit, wie sie von der Arbeitsgruppe um Mechthild Papousek konzipiert wurde, geht es um das Zusammenspiel von (1) regulativen Fehlentwicklungen des Kindes bei der Nahrungsaufnahme und Auffälligkeiten in seinem Trink- und Essverhalten, von (2) einem dysfunktionalen Interaktionsmuster zwischen Kind und Eltern beim Füttern und einer beeinträchtigten regulativen Unterstützung sowie von (3) einem Überforderungssyndrom der Eltern und damit einhergehender Belastung der Beziehung zum Kind. In der Praxis zunehmend beobachtet werden dysfunktionale Fütterinteraktionen im Zusammenhang mit kindlichem Übergewicht. Hier fehlen bisher systematische Klassifikationskriterien.

## DIAGNOSTIK

Zur Diagnose einer Fütterstörung gehören neben einer umfassenden pädiatrischen auch eine neuropädiatrische und psychologische Abklärung, die neben den (organischen und nicht organischen) kindlichen Faktoren auch elterliche Faktoren mit einschließt, einschließlich einer Verhaltensbeobachtung der Fütterinteraktion. Organische Faktoren im Zusammenhang mit einer Fütterstörung sind eher selten, sollten aber abgeklärt werden (z. B. ein gastroösophagealer Reflux, Cerebralparesen, Herzfehler, genetische Syndrome mit mentaler Retardierung).

Die Diagnostik umfasst zudem eine körperliche Untersuchung und beinhaltet die Entwicklung von Gewicht, Länge und Kopfumfang seit der Geburt, um Gedeih- und Wachstumsstörungen und ggf. auch das Vorliegen organischer Erkrankungen abzuklären. Ergänzend sollte von den Eltern ein Nahrungsprotokoll erstellt werden (mindestens 5 Tage, mit Mengenangabe, Uhrzeiten und Dauer der Mahlzeiten). Eine ausführliche Anamnese der Vorgeschichte gibt Hinweise auf mögliche negative Erfah-

rungen im Mund-Schlund-Ösophagus-Bereich, wie sie etwa in der Folge von Sondenernährung bzw. Intubation auftreten können (z. B. Erstickungsanfälle, neurologische Störungen von Mundmotorik und Sensorik). Andere somatische Störungen wie etwa eine Milcheiweißallergie oder andere Nahrungsmittelallergien ebenso wie ein Mangel an Vitamin B12 bei Kindern, die über mehrere Monate hinweg voll gestillt oder vegan ernährt wurden, sollten ausgeschlossen werden. Schließlich gehört zur Diagnostik eine videographierte Fütterungssituation. Bewährt hat sich auch, die Eltern zu bitten, selbst eine Interaktion zu Hause aufzuzeichnen. Wegen der beziehungsbezogenen Dynamik bei Fütterstörungen sollten ggf. psychische Belastungen und Störungen der Bindungspersonen erfasst und bei ihnen für eine weitergehende Beratung oder Behandlung geworben werden.

Als Kriterien zur Einschätzung des Schweregrads einer Fütterstörung werden die Dauer der Problematik, Generalisierung und Pervasivität (z. B. bei gleichzeitigem exzessivem Schreien und Schlafproblemen) sowie eine Beeinträchtigung der somatischen, sozial-emotionalen und kognitiven Entwicklung des Kindes bzw. seines Beziehungskontextes (Belastungen von Eltern, familiärem Umfeld) herangezogen.

Gemäß den AWMF-Leitlinien wird empfohlen, den Typ der Fütterstörung zu erfassen. In Tabelle 2 sind Diagnosekriterien bzw. Leitsymptome zusammengefasst.

Tab. 2: Diagnosekriterien bei Fütterstörungen nach Irene Chatoor				
Leitsymptome	Auftreten	Beobachtbares Verhalten	Gedeih-/Wachstumsprobleme	Diagnose
zu unruhig oder zu schläfrig zum Füttern	nach der Geburt	wenig Eltern-Kind-Interaktion	ja	Regulations-/Fütterstörung
Wachstums-/Gedeihstörung	im ersten Lebensjahr	mangelnde elterliche Wärme/Zuwendung	ja	Fütterstörung unzureichender Reziprozität
Appetitlosigkeit, Nahrungsverweigerung, geringe Gewichtszunahme	< 3 Jahre	Eltern-Kind-Konflikt infolge der Verweigerung	ja	infantile Anorexie
beständiges Verweigern bestimmter Nahrung	bei Einführung fester (Bei-)Kost oder normaler Kost	Eltern-Kind-Konflikt infolge der Verweigerung	ernährungsbedingt	sensorische Nahrungsverweigerung
beständiges Ablehnen der Flasche oder von fester Nahrung	alle Altersgruppen	Unwohlsein/Stress des Kindes bei Fütter-/Essensbeginn	abhängig von der Dauer	Fütterstörung assoziiert mit Eingriffen in den Gastrointestinaltrakt/Posttraumatische Fütterstörung
Unwohlsein/Stress beim Füttern	alle Altersgruppen	zunehmendes Unbehagen nach anfangs normaler Nahrungsaufnahme	ja	Fütterstörung im Zusammenhang mit einer medizinischen Grunderkrankung

## BERATUNG UND THERAPIE

Auch wenn die Kriterien für eine Fütterstörung nicht erfüllt sind, sollte eine Beratung stattfinden. Neben der pädiatrischen Behandlung umfassen Beratung und Therapie eine verhaltenstherapeutische Intervention. Je nach Ausprägungsgrad und Pervasivität der Fütterprobleme oder -störungen erstreckt sich eine adäquate Intervention von pädiatrischer/entwicklungspsychologischer Information und Beratung der Eltern über interaktionszentrierte Beratung bis hin zur Eltern-Kleinkind-Psychotherapie.

Dabei sollten Eltern grundsätzlich dahingehend beraten werden

- den Tagesablauf mit festen Mahlzeiten und Nahrungspausen zu strukturieren (Hunger und Bedürfnis zu essen stimulieren),
- Ablenkung und Druck bzw. Zwang zu vermeiden,
- Füttern/Essen und Spielen strikt zu trennen,
- entwicklungsaltersangemessenes und zunehmend selbstständiges Essverhalten zu ermöglichen,
- unangemessenes Essverhalten (provokierendes Verweigern, mit dem Essen spielen) zu ignorieren und differentiell erwünschtes Verhalten verstärken.

Gewöhnlich sind bereits diese Empfehlungen erfolgreich, sofern sie konsequent eingehalten werden. Wegen der häufig starken psychischen Belastung der Eltern kann eine begleitende psychologische Beratung hilfreich sein. Reichen diese Empfehlungen nicht aus, sind interaktionszentrierte Eltern-Kind-Interventionen indiziert. Mit dem Aus- und Aufbau der Frühen Hilfen sind zunehmend spezialisierte Angebote vor Ort verfügbar (z. B. Erziehungsberatungsstellen etc.). Diese umfassen auch (videogestützte) Angebote zur Förderung elterlicher Beziehungs- und Erziehungs Kompetenzen. Manualisierte Programme, wie z. B. die Entwicklungspsychologische Beratung oder STEEP, werden mehr und mehr als Angebote in der Regelversorgung des Gesundheitssystems und der Kinder- und Jugendhilfe vorgehalten. In der Regel erfolgt die Behandlung im ambulanten Setting.

Bei schwerwiegenden Beziehungsstörungen bzw. klinisch relevanten Belastungen eines Elternteils ist es nötig, den Eltern psychotherapeutische bzw. ggf. psychiatrische Unterstützung zu empfehlen bzw. auf die Inanspruchnahme dieser weitergehenden Hilfen hinzuwirken.

Bei einer Fütterstörung der reziproken Interaktion muss wegen der ggf. damit einhergehenden Vernachlässigung auch an eine Kooperation mit und an die Weitervermittlung in die Kinder- und Jugendhilfe gedacht werden. Für mögliche Abklärungen einer (potentiellen) Kindeswohlgefährdung besteht seit der Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes (01.01.2012) ein Rechtsanspruch auf Beratung durch eine so genannte „insofern erfahrene Fachkraft“ für Berufsgeheimnisträger im Gesundheitssystem (§ 4 Abs. 2 KKG) im örtlichen Jugendamt.

Bei einer posttraumatischen Fütterstörung und insbesondere dann, wenn sensomotorische Beeinträchtigungen im Mundbereich vorliegen, ist eine erfolgreiche Behandlung gewöhnlich langwierig und schwierig. Empfohlen wird eine systematische Desensibilisierung mit häufigem Anbieten kleiner Mengen Nahrung bis an die Schwelle erster angstgetönter Reaktionen (alle 1–2 Stunden, ohne Forcierung der Nahrungsaufnahme). Bei einer posttraumatischen Fütterstörung ebenso wie bei einer Gedeihstörung muss ggf. ein stationäres Setting unter pädiatrischer Überwachung erwogen werden.

Insgesamt wird empfohlen, bei Fütterstörungen multimodal vorzugehen. Eine Pharmakotherapie ist nicht indiziert.

■ Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain  
Diplom-Pädagogin  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie  
des Universitätsklinikums Ulm  
ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid  
Kinder- und Jugendarzt  
Zentrum für Kinder und Jugendliche  
Vinzenz-von-Paul-Straße 14  
84503 Altötting  
mail@kinderzentrum.de

Literaturangaben bei der Verfasserin.

# Essstörungen im Kleinkindalter

Uwe Büsching

*Essstörungen im Kleinkindalter kommen in der Praxis eines Kinder- und Jugendarztes fast täglich vor, essgestörte Kleinkinder werden fast nie in die Klinik eingewiesen. Essstörungen können im gesamten Vorschulalter auftreten, sie sind ein Prototyp in Diagnose und Therapie für die psychosomatische Grundversorgung. Weniger als 2% aller Vorschulkinder haben manifeste Essstörungen, ein problematisches Essverhalten ist mit 25% sehr viel häufiger. Die Essstörung kann, muss aber nicht eine Verhaltensstörung sein (Tab. 1). Eine scharfe Abgrenzung zwischen Störung und Normalverhalten ist nicht möglich. Im Unterschied zum gefütterten Baby (Fütterstörungen) isst das essgestörte Kind selbst. Eine auffällige Esssymptomatik hat in der Praxis eine hohe Relevanz und muss immer beraten werden.*

Die Essstörungen betreffen das Trotzalter, das „präoperationale Stadium“ nach Piaget. Der Beginn im Alter von 18 bis 24 Monaten ist fließend, das Kind kann zunehmend symbolisch oder vorbegrifflich denken. Es beginnt zu sprechen, es lernt, „Nein“ zu sagen. Im Trotzalter entwickelt sich der Wille des Kindes. Es will selber entscheiden, den eigenen Willen durchsetzen. Kinder in diesem Alter sind nicht nur oppositionell und grenzüberschreitend, sie wollen sich abgrenzen, ihr eigenes „Ich“ entwickeln. Im Trotzalter müssen sie Grenzen für ihr Verhalten erleben – woher sollten sie diese sonst kennen? Das Temperament, aber auch die Vorbilder prägen das Ausmaß der Willensbekundung. Manche Kinder sind nur sporadisch bockig, andere zelebrieren Wutausbrüche mit hysterischem Geschrei, Treten, Schlagen, sie sind wie von Sinnen. Mit diesem Wissen um die entwicklungspsychologischen Ausgangsbedingungen wird die Mutter, werden die Eltern die Erklärung der Essstörung sehr viel weniger schuldhaft annehmen können. Das Kind weiß nicht, was es macht; die Mutter weiß auch nicht, was sie machen soll. Die Folge: „Gut gemeint ist noch lange nicht gut gemacht!“ – eine ganz wichtige Aussage in der Psychosomatik.

Tab. 1: S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

## Typen von Essstörungen

- Emotionale Störung mit Nahrungsvermeidung
- Selektive Essstörung
- Nahrungsphobien
- Funktionelle Dysphagie
- Nahrungsverweigerung
- Frühkindliche Anorexie
- Sensorische Nahrungsverweigerung
- Essstörung assoziiert mit Verletzungen des gastrointestinalen Traktes (Posttraumatische Essstörung)



So einfach es klingt, so einfach ist es dann auch: Essstörungen müssen am Anfang der Diagnostik von Gedeihstörungen unterschieden werden. Die Grundlage ist die genaue Anamnese (z. B. Frühgeburt, Sondenernährung, Schluckstörungen aber auch Stuhlbeschaffenheit und Erbrechen) und die körperliche Diagnostik zum Ausschluss organischer Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes. Ergeben sich Hinweise auf eine Gedeihstörung, so erfordert dies eine zunächst somatisch orientierte Diagnostik mit umfangreicheren Laboruntersuchungen und weiteren diagnostischen Maßnahmen. Andererseits müssen auch andere psychische Störungen, auch bei den Eltern, vor allem depressive und autistische Störungen, Angststörungen sowie die Störung mit oppositionellem Trotzverhalten erfasst werden. Gerade bei Kindern mit Gedeihstörungen ist darüber hinaus komplette Entwicklungsdiagnostik erforderlich, um auch Defizite im motorischen und kognitiven Bereich rechtzeitig zu erkennen.

Gedeihstörungen sind in der ICD 10 unter R62.8 klassifiziert: Sonstiges Ausbleiben der erwarteten physiologischen Entwicklung. Dies schließt Gedeihstörung, Infantilismus o. n. A., körperliches Zurückbleiben, mangelhaftes Wachstum und mangelnde Gewichtszunahme ein.

Gedeihstörungen sind auf eine Erkrankung des Darms oder anderer Organe zurückzuführen. Wichtig sind deshalb die Verläufe der Perzentilen; die Maße früherer Früherkennungsuntersuchungen, das aktuelle Gewicht, die Größe, der Kopfumfang. Wenn der Behandler selber die Daten erhebt und diese kontrolliert, schafft dies Vertrauen bei der Mutter. Für die Diagnose „Essstörungen“ müssen anamnestisch (keine weiteren Befunde werden berichtet, ausgenommen: Erbrechen im Sinne von Würgen von gerade Geschlucktem oder zeitlich verzögerter Ruminatio) und durch körperliche, laborchemische Untersuchung Gedeihstörungen ausgeschlossen sein. Die körperliche Untersuchung und die Labordiagnostik sind im Beitrag beschrieben. Mit dem Ausschluss der „Gedeihstörung“ ist der erforderliche biologische Teil der psychosomatischen Diagnostik abgeschlossen. Es ist eine Essstörung mit extrem wählerischem Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson.

Nicht ausreichende Kompetenz der Bezugsperson, Eltern oder Kinder mit zusätzlichen psychischen Problemen können die Betreuung massiv erschweren. Schwierig wird es auch, wenn Gedeihstörungen bei überbesorgten Eltern zu Essstörungen führen – ehemaliges Frühgeborenes „muss“ unbedingt Fleisch essen – oder wenn die Essstörungen derartig ausgeprägt sind, dass die Kinder nicht mehr adäquat gedeihen. In beiden Fällen ist oft die körperliche Untersuchung und Labordiagnostik wegweisend. In vergleichsweise seltenen Fällen sind die Möglichkeiten der kinder- und jugendärztlichen Praxis ausgeschöpft, eine Einweisung wird notwendig. Im klinischen Setting können dann erfahrene Kinderkrankenschwestern die Kinder im Alltag beobachten und auch beim Essen in An- und Abwesenheit der Bezugspersonen. Diese Beobachtungen und ggf. eine kinderpsychologische, heilpädagogische Diagnostik der Persönlichkeits- und Bindungsstrukturen kann dann zur Beendigung der Essstörung führen. Kinder mit globalen Entwicklungsstörun-

gen oder mit Intelligenzminderungen, Teilleistungsstörungen und spezifischen Entwicklungsstörungen haben deutlich häufiger komorbide psychische Störungen, eben auch Essstörungen. Wegen der besonderen Bedeutung der Beziehung zu der versorgenden Bezugsperson muss neben der Diagnose der kindlichen Störung in jedem Fall eine Beziehungsstörung, auch ausgehend von einer psychiatrischen Erkrankung der Bezugsperson, ausgeschlossen werden. Beziehungsstörungen sind mit einer ungünstigeren Prognose verbunden.

Die unkomplizierte Essstörung gehört sicher zu den „neuen Kinderkrankheiten“ in unserer Gesellschaft und damit zu den Kernkompetenzen der Pädiatrie. Kleinkinder experimentieren und probieren; haben sie damit Erfolg, werden sie ihr Verhalten wiederholen. Dieser erlebte Erfolg ist der Schlüssel zum Verständnis und zur erfolgreichen Behandlung. Nach mütterlichen Berichten gibt es drei Erfolgserlebnisse für die Kinder.

- 1 **Zuwendung:** Weil das Kind nicht isst, versuchen Eltern alles, das Kind zu überreden, zu überzeugen, doch zumindest zu probieren. Das Kind verbucht das elterliche Verhalten als intensive positive Zuwendung. Die negative Erfahrung, dass es weniger Zuwendung bekommt, wenn es isst, hat es zuvor gemacht und negativ verbucht. Lob und Zuwendung nehmen mit zunehmender Selbstständigkeit des Kindes beim Essen kontinuierlich ab.
- 2 **Spiel, Kampf, Sieg – Macht haben:** Fragt man Eltern, wer sich letztlich durchsetzt, wenn ein Kind nicht essen will, wer der Sieger des Streites ist, dann sind es immer die Kinder. Niemand sollte erwarten, dass Eltern ihr Kind gewaltsam füttern, aber die Frage allein führt zu der Selbsterkenntnis der Eltern, dass die Kinder Macht ausüben. Dies ist für die spätere Beratung sehr hilfreich. Essstörungen kommen nicht plötzlich wie Fieber, sie entwickeln sich über Wochen – aus harmlosem Spiel wird letztlich Streit, Kinder brüllen, Eltern weinen, Großeltern haben es schon immer gewusst.
- 3 **Belohnung:** Es gibt zwei Möglichkeiten, das Kind für seine Ablehnung des Essens ungewollt positiv zu belohnen. Zum einen das „Mehrere-Gänge-Menü“; die Eltern holen solange anderes aus dem gut gefüllten Kühlschrank, bis das Kind schließlich, meist die Süßspeise, isst. Die andere – wohl auch häufigere Belohnung – besteht darin, dass Eltern den Kampf ums Essen zunächst beenden, bis sich die emotionalen Wogen etwas geglättet haben. Eine Weile später, entweder weil das Kind Hunger signalisiert oder weil die Eltern befürchten, das Kind könnte „verhungern“, wird dem Kind seine Lieblingsspeise aufgetischt – damit das Kind doch überhaupt etwas isst.

Bei Essstörungen zu beobachtende Phänomene sind Aggravation und Generalisierung. Aggravation beschreibt die zunehmende übertriebene Darstellung der Symptome, also ihre Verschlimmerung: Die Symptome reichen von fehlendem Appetit über Kau- und Schluckprobleme bis hin zur radikalen Nahrungsverweigerung. Bei der Generalisierung führt die Ablehnung, keinen Spinat zu essen, zur Ablehnung allem grünen Gemüse gegenüber und schließlich zur generellen Ablehnung

von Gemüse. Die Essstörung entwickelt sich dann rasch zu einer immensen Belastung für Eltern und Kind. Sie bereitet Sorgen, (Versagens-)Ängste und Hilflosigkeit, die in den Berichten der Mutter, der Eltern unmittelbar zu spüren sind. Das Kind selbst wirkt in der Regel sehr aktiv, ist von zarter Konstitution. Nicht selten brüllt es während des Gesprächs und bei der Untersuchung, zieht alle Register, um die Aufmerksamkeit der Mutter aufrechtzuerhalten.

Das Vollbild der Diagnosekriterien nach ICD 10 – F98.2; Fütterstörung (Anm.: besser: Essstörung) im frühen Kindesalter lautet: Eine Fütterstörung mit unterschiedlicher Symptomatik, die gewöhnlich für das Kleinkindalter und frühe Kindesalter spezifisch ist. Im Allgemeinen umfasst die Nahrungsverweigerung extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson in Abwesenheit einer organischen Krankheit. Begleitend kann Rumination – d. h. wiederholtes Herauswürfen von Nahrung ohne Übelkeit oder eine gastrointestinale Krankheit – vorhanden sein.

Diese für den Pädiater unkomplizierte Essstörung muss beraten werden, weil sie die Bezugspersonen erheblich belastet. Für eine Pharmakotherapie gibt es keine Indikationen. Für die Beratung sind einige Grundsätze der psychosomatischen Grundversorgung von großer Bedeutung:

- Das Kind muss seinen Grenzen suchen und kennenlernen, es muss sich dabei an seinen Eltern orientieren. Diese Suche ist für seine Entwicklung ganz wichtig.
- Ein Kind kann etwa bis zum 8. Lebensjahr seinen Egoismus nicht selber regulieren, es ist dabei auf die Hilfe seiner Eltern angewiesen. Für ein Kind ist alles gut, was unmittelbar zum Erfolg führt.
- Appelle an die Vernunft des Kindes sind überhaupt nicht hilfreich. Sie werden von dem Kind als Kümmern und Zuwendung verstanden. Lerntheoretisch sind dies Verstärker des Fehlverhaltens.
- Das Trotz- und Vorschulkind möchte seinen Eltern gefallen, es ist von den Eltern abhängig. Wenn das Kind die Eltern als unsichere, kaum entscheidungsfähige „Vorbilder“ erlebt, wird es selber entscheiden wollen. Im Verlauf vieler Auseinandersetzungen erlebt es zunehmend seine „Macht“ über die Eltern. Am Ende ist dieses Machtstreben stärker als der Hunger und dem Kind wird Machtausübung wichtiger als Essen. Dies hat schon Analogien zum Hungerstreik.

Die besorgten Eltern verlieren ganz schnell ihre Angst, ihr Kind könne verhungern, wenn ihnen die Dreierregel erklärt wird: Ein Kind lebt drei Minuten ohne Sauerstoff, drei Tage ohne trinken und drei Wochen ohne Essen. Die allgemeinen Essensregeln (Tab. 2) sind äußerst hilfreich, wurden diese doch in der Regel nicht eingehalten. Es gibt leider die Erkenntnis: Hunger ist der beste Koch. Hat ein Kind gelernt, dass es hungert, wenn es nicht isst, wird es sein Verhalten daran orientieren. Deswegen bekommt es keine Zwischenmahlzeiten, auch wenn es ein wenig hungert! Die Aggressionen der Eltern, überhaupt die Emotionen im Zusammenhang mit Essen können das Verhalten

Tab. 2: S2k-Leitlinie 028/041 – Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter

### Allgemeine Essensregeln

- Feste Mahlzeiten, nur geplante Zwischenmahlzeiten
- Dauer der Mahlzeiten: maximal 30 Minuten
- Außer Wasser kein Nahrungsangebot zwischen den Mahlzeiten
- Neutrale Atmosphäre, kein Essen unter Zwang
- Laken unter dem Stuhl, um Essensreste aufzufangen
- Kein Spielen während der Mahlzeiten
- Essen nie als Belohnung oder Geschenk
- Kleine Portionen
- Feste Nahrung zuerst, Flüssigkeiten später
- Unterstützung von aktivem Essen
- Wegräumen des Essens nach 5–10 Minuten, falls das Kind ohne zu essen spielt
- Beendigung der Mahlzeiten, wenn das Kind Essen in Wut umherschmeißt
- Mund wird nur abgewischt nach Beendigung der Mahlzeiten

kaum beeinflussen. Wenn aber die Eltern schweigend den „Kampfplatz“ verlassen oder aufräumen, das Kind aufgrund seines Verhaltens negative Konsequenzen erfährt, wobei es diese selber verschuldet hat, dann wird es nach möglicher Aggravation sein Verhalten ändern.

■ Dr. med. Uwe Büsching  
Kinder und Jugendarzt  
Mitglied des Vorstandes im BVKJ  
Beckhausstraße 165  
33611 Bielefeld  
uwe.buesching@uminfo.de

Literaturangaben beim Verfasser.

# Chronische Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen

Klaus-Michael Keller, Uwe Büsching

*Chronisch-rezidivierende Bauchschmerzen von Kindern und Jugendlichen sind ein sehr häufiger Vorstellungsgrund in der Praxis, aber auch in Notfallambulanzen sowie Anlass für stationäre Aufnahmen. Immer stellt sich die Frage: Ist die Ursache organisch, funktionell oder psychosomatisch? Die Liste organischer Ursachen für derlei Bauchschmerzen ist lang und vielfältig, was besonders jüngere, noch unerfahrenere Kolleginnen und Kollegen sehr verunsichern und diese zu übermäßiger bis unnötiger Diagnostik verleiten kann. Ökonomische Zwänge von Seiten der Geschäftsführungen und Klinikleitungen tragen heutzutage ein Übriges dazu bei, bei stationären Aufenthalten viel, u. U. invasive und teure Diagnostik zu initiieren. Daher muss der Pädiater ein „Konzept im Kopf“ haben, wie er strukturiert vorgeht: Was ist häufig? Was ist selten? Was sind „Red Flags“? Je größer die klinische Erfahrung, desto weniger Diagnostik wird erforderlich und umso eher wird der Unterschied zwischen organischen, funktionellen und psychosomatischen Bauchschmerzen erkennbar. Aufgrund der Häufigkeit sogenannter funktioneller gastrointestinaler Störungen (FGID) treffen sich internationale Experten in regelmäßigen Abständen in Rom, um die jeweils neuesten Studienergebnisse und Veröffentlichungen zusammenzufassen und bei weiterhin fehlenden Studien die klinischen Erfahrungen zu konsentieren. So entstanden die jüngsten Rom-IV-Kriterien als Empfehlungen und Leitlinien für Ärzte im Umgang mit den FGID. Sie wurden 2016 in der Zeitschrift Gastroenterology veröffentlicht (Benninga et al., 2016; Hyams et al., 2016).*

## EPIDEMIOLOGIE

Laut KiGGS-Studie haben 69,3% der 3–10 Jahre alten Kinder mindestens einmal in drei Monaten Bauchschmerzen und 14,5% sogar einmal pro Woche. Bei den Jugendlichen zwischen 11 und 17 Jahren wird für mindestens einmal Bauchschmerzen in den letzten 3 Monaten der Wert von 59,6% angegeben bzw. 18% für diejenigen, welche mehr als einmal pro Woche über Bauchschmerzen klagten. 10% der Kinder und Jugendlichen gaben periodische Beschwerden im Sinne einer Migräne / eines Migräneäquivalents an.

In den Rom-IV-Kriterien werden die funktionellen Bauchschmerzen in vier Untergruppen unterteilt, wobei es viele klinische Überlappungen gibt. Für die funktionelle Dyspepsie, also Oberbauchschmerzen, werden aus den USA Häufigkeiten von 1,4% bei Kindern und 5–10% bei den Jugendlichen ange-

geben. Eine weitere Subgruppe funktioneller Bauchschmerzen ist der Reizdarm (irritable bowel syndrome, IBS) mit den verschiedenen Präsentationen Obstipation, Durchfall, wechselnde Stühle und Blähungen. Die Prävalenz reicht von 1,2–2,9% in den USA bis zu 4,9–5,4% in Sri Lanka. Eine häufige, oft lange nicht gestellte Diagnose ist die Abdominalmigräne als stereotyp auftretendes periodisches Schmerzproblem des Bauches mit symptomfreien Intervallen. Abhängig von den verwendeten diagnostischen Kriterien liegt die Häufigkeit dieser Diagnose zwischen 1% und 23%. Die 4. Subgruppe beinhaltet funktionelle Bauchschmerzen, die nicht anderweitig spezifiziert werden können. Daten zur Prävalenz liegen zwischen 1,2% in den USA, 2% in Deutschland, 2,7% in Kolumbien und 4,4% in Sri Lanka.

## ÄTIOLOGIE

Für das „Konzept im Kopf des Arztes“ ist die Kenntnis häufiger und seltener Ursachen chronischer Bauchschmerzen in den verschiedenen Altersgruppen wichtig:

**Kinder < 2 Jahre:** Am häufigsten Koliken und Obstipation, gefolgt von Malabsorptionen bzw. Überladungen von Zuckern wie Fruktose, Laktose, Sorbit, Xylit etc sowie Kuhmilchallergie und Zöliakie.

Alle anderen Möglichkeiten sind eher selten, wie z. B. Leistenhernie, Mukoviszidose, M. Hirschsprung, Malrotation, Malformationen, Refluxösophagitis, Pneumonie, Asthma, Pyelonephritis, Harnwegsinfekt, vesikoureteraler Reflux etc.

**Kinder zwischen 2 und 11 Jahren:** Am häufigsten Obstipation und weitere funktionelle Ursachen inkl. Abdominalmigräne und psychosomatischer Schmerzen. Ferner finden sich unter den häufigeren Erkrankungen die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED), Zöliakie sowie Malabsorption/Überladung von Zuckern wie Laktose, Fruktose etc.

Weitaus seltener kommen Lambliasis und andere Parasitosen, peptisches Ulkus, Choledochuszyste, Pankreatitis, Typ-1-Diabetes, Abszesse, Volvulus, Osteomyelitis, Disziitis, familiäres Mittelmeerfieber und andere periodische Fiebersyndrome sowie basale Pneumonie, Asthma und Harnwegsinfekte als Ursache vor.

**Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren:** Hier sind Ursachen wie Reizdarm (am häufigsten) und psychosomatische Bauchschmerzen führend, gefolgt von CED und Zöliakie.

Weitaus seltener kommen die bei den jüngeren Kindern (2–11 Jahre) schon genannten Ursachen vor sowie zusätzlich Dysmenorrhoe, Mittelschmerz, Ovarialzysten und rheumatische Krankheitsbilder.

## DIAGNOSTIK UND DIFFERENTIALDIAGNOSTIK

Der wichtigste Baustein zur Diagnose ist eine optimale Anamnese, wozu die Fünf-Minuten-Medizin keinesfalls ausreichend ist. Gewissermaßen mit „drei Augen und sechs Ohren“ muss

die Erhebung der Vorgeschichte nach dem biopsychosozialen Modell von Anfang an erfolgen. Die Zersplitterung der Symptomabklärung in organische Ursachen, die der Pädiater im Fokus hat, und psychische (besser: seelische), die der Kinderpsychologin oder -psychiater untersucht, ist in vielen Fällen nicht zielführend. Die Anamnese beginnt mit Fragen nach Koliken, Schreien und Spucken im Säuglingsalter, korrekten Meilensteinen der Entwicklung, Operationen, schweren Erkrankungen, Harnwegsinfekten, Stuhlgang, Sauberwerden, Menarche, Flatulenz, Aufstoßen, Appetit, Getränken, Ernährung und Einschlaf- bzw. Durchschlafverhalten. Viele dieser Informationen hat der niedergelassene Pädiater in den Jahren der Begleitung der Familie, des Kindes gesammelt. Die Charakteristika der Bauchschmerzen müssen genauestens erfragt werden: Wo genau, wann genau, seit wann, wie lange, wie stark (Schmerzskala), periodisch, tags, nachts, Ferien, Wochenende. Weitere wichtige Informationen ergeben sich aus: Ablenkbarkeit, sportliche Leistungsfähigkeit, KiTa- oder Schulbesuch, Fehlzeiten, Gewichts-/Längenverlauf. Sind die Eltern und Geschwister organisch und psychisch gesund? Gibt es Belastungen wie Scheidung, Trennung, Patchworkfamilie, finanzielle Probleme, Spannungen mit Groß- und/oder Schwiegereltern, Stiefgeschwistern etc., Sport, Sozialkontakte, Bildschirmzeiten, Mobbing, Substanzmittelabusus etc.

Ein Schmerzprotokoll (Tagebuch) ist hilfreich, sofern es sich nicht um starke, akute Schmerzen handelt. Auch die Informationen, dass es nicht geführt wird oder dass die Schmerzen seit Beginn der Aufzeichnungen nicht mehr oder deutlich seltener auftraten, sind wichtig. Die Dauer der Aufzeichnungen, optimal sind 4–6 Wochen, muss sich dem Leidensdruck der Eltern und Patienten, aber auch dem Leistungsvermögen und dem Setting des Untersuchers anpassen. Eine Einweisung oder eine Überweisung zum Spezialisten sollte nicht ohne Schmerzprotokoll erfolgen.

### **Tab. 1: Anamnestische Hinweise für ein psychosomatisches Problem**

- Wiederholt auftretende Bauchschmerzen ohne weitere „messbare“ Krankheitszeichen: Die Angabe von Übelkeit ist kein „messbares“ Krankheitszeichen, Erbrechen schon.
- Zeitlicher Zusammenhang mit dem Tagesablauf oder gar der Nahrungsaufnahme lässt sich nicht erfragen: Bauchschmerzen treten vor allem auf, wenn das Kind Zeit hat, über seine Sorgen zu grübeln („Langeweilebauchschmerz“).
- Nicht die Heftigkeit der Beschwerden, sondern die Dauer veranlasst die Konsultation: Die Dauer der Beschwerden sollte mindestens 6–8 Wochen betragen.
- Orientierende Labor- und Stuhluntersuchungen; technische Untersuchungen wie Sonographie sind negativ.
- Ein wichtiges Kriterium, vor allem bei noch lernenden Untersucher/innen, ist das belastende Gefühl, bei der Untersuchung etwas übersehen zu haben.

- Die Bauchschmerzen haben nie dazu geführt, dass das Kind auf angenehme Dinge des Lebens verzichten musste.
- Die Bauchschmerzen haben nie dazu geführt, dass das Kind die Nachtruhe der Eltern wegen Bauchschmerzen störte (Ausnahme: frühe Morgenstunden oder kontingenter Wechsel ins elterliche Schlafzimmer).
- Die Angaben der Schmerzstärke (Schmerzskala) sind subjektiv, allerdings sind Werte von drei und darunter ein wichtiger Hinweis. Der Bericht des Kindes wird oft mit einer fast fröhlichen Unbefangenheit vorgetragen: Schlimme Geschichte, lächelnder Mund.

### **Tab. 2: Anamnestische Hinweise für ein funktionelles Problem**

- Zyklisches Problem ohne Fieber und ohne Entzündungszeichen im Schub mit symptomfreiem Intervall (zyklisches Erbrechen, Migräneäquivalent)
- Wechselnde Stühle (ohne Blut), Besserung der Bauchschmerzen durch Defäkation, Flatulenz
- Bauchschmerzen und Übelkeit mit erhöhten Schulfehlzeiten (Überlappung zur Psychosomatik)
- Fehlen von Warnsymptomen
- Einschlafstörungen, viel Phantasie
- Zusätzlich Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Müdigkeit, Ängstlichkeit, Depression, Phobien
- Positive Familienanamnese hinsichtlich Migräne, Reizdarm, Depression

### **Tab. 3: Warnsymptome („Red Flags“) bei Kindern mit chronischen Bauchschmerzen**

- Persistierende Schmerzen rechter Oberbauch oder rechter Unterbauch, weg von der Nabelregion (Ausnahme: Obstipation)
- Dysphagie, Odynophagie, persistierendes Erbrechen
- Nächtliche Diarrhö, Gastrointestinaler Blutverlust
- Perianogenitale Krankheit, Arthritis
- Unwillentlicher Verlust an Gewicht, unklares Fieber
- Verzögertes Wachstum und verzögerte Pubertät
- Positive Familienanamnese hinsichtlich Zöliakie, Ulkus, CED

Im Rahmen der Abklärung von chronischen Bauchschmerzen müssen die Kinder und Jugendlichen komplett gründlich pädiatrisch und neurologisch untersucht werden. Dabei ist es wichtig, bei der Untersuchung des Bauches das Gesicht des Kindes im Blick zu behalten: Beobachtet das Kind ängstlich den Untersucher und überprüft genau, was da passiert, ist es gleichgültig.



tig lächelnd („belle indifference“), schmerzverzerrt, lässt es sich ablenken, ist es zugänglich, jammert es etc. Zur Ganzkörperuntersuchung gehören die Erfassung der pubertären Reifung und zumindest die Inspektion des Anogenitalbereichs und die rektal-digitale Untersuchung, die allerdings nicht erzwungen werden darf. Das Messen und Wiegen des Kindes und die Übertragung in Perzentilenverläufe mit Vergleich der Vorbe-funde und Bezug zu den Größen der Eltern ist selbstverständlich; Messung des Kopfumfangs nicht vergessen!

Ein Basisprogramm ist bei jedem Kind zur Abklärung von Bauchschmerzen obligat. Bei Warnsymptomen oder Auffälligkeiten bei der körperlichen Untersuchung muss es ggf. ergänzt werden.

### Tab. 4: Basisprogramm als limitiertes Screening

- BSG, BBDiff, CRP, Transaminasen, Bilirubin, Lipase, harnpflichtige Substanzen, Zöliakieserologie (IgA, Transglutaminase-IgA(-IgG)-AK, IgE, fx5)
- Urinstatus; Stuhl: Calprotectin (CAVE: Nicht spezifisch für CED!)

#### Keine Suche nach *Helicobacter pylori*!

- Stuhl: Parasiten, pathogene Keime, Wurmeier, Haemocult
- Sonographie des Abdomens
- Ggf. H<sub>2</sub>-Atemtests auf Zuckermalabsorption (Laktose, Fruktose, Sorbit, Saccharose, Glukose)

Von den funktionellen Abdominalbeschwerden soll im Folgenden auf zwei Subgruppen näher eingegangen werden.

### Reizdarm (Irritable Bowel Syndrome, IBS)

Laut Rom-IV-Kriterien müssen alle Kriterien der Tab. 5 vorliegen:

### Tab. 5: Diagnostische Kriterien des Reizdarms (IBS) (nach Hyams et al., 2016)

1. Bauchschmerzen an mindestens 4 Tagen pro Monat für mind. 2 Monate mit einem oder mehreren der folgenden Symptome:
  - a) Bezug zur Defäkation
  - b) Wechsel der Stuhlhäufigkeiten
  - c) Wechsel der Stuhlform/-konsistenz
2. Bei Kindern mit IBS und Verstopfungsvariante verschwinden die Bauchschmerzen nicht mit der Lösung der Verstopfung. (Kinder, bei denen die Bauchschmerzen verschwinden, haben eine funktionelle Obstipation, nicht IBS!)
3. Nach geeigneter, angepasster Evaluation können die Symptome nicht durch eine andere medizinische Ursache erklärt werden.

Interessant ist dabei der Unterschied zur Formulierung von Punkt 3 im Vergleich zu den Rom-III-Kriterien vor 10 Jahren. Damals herrschte noch die Meinung vor, man könnte eine funktionelle Erkrankung nur diagnostizieren, wenn eine organische Ursache vollständig ausgeschlossen sei, d. h. es keine Hinweise für eine metabolische, infektiöse, chronisch-entzündliche oder maligne Ursache gebe. (Es hieß: „no evidence of an inflammatory, anatomic, metabolic, or neoplastic process that explains the subject’s symptoms“.) Die frühere Formulierung könnte dazu geführt haben, den Fokus auf Tests, also z. B. MRTs, Endoskopien etc. zu legen, erläutern die Autoren den Formulierungswechsel der Rom-IV-Kriterien. Jetzt heißt es „after appropriate evaluation“. Es wird die zunehmende Evidenz für symptom-basierte Diagnosen bei FGID anerkannt. Deshalb ist die Kenntnis der Rom-IV-Kriterien für jeden Kinderarzt und Jugendmediziner wichtig, im Übrigen auch für die internistischen Kollegen der Gastroenterologie, wenn sie Kinder oder Jugendliche mit chronischen Bauchschmerzen zur Abklärung bekommen sollten.

Pathophysiologisch müssen die multiplen Interaktionsmöglichkeiten zwischen dem zentralen und dem enteralen Nervensystem wahrgenommen und dem Patienten und seinen Eltern ausführlich erläutert werden. Angenommen wird eine Störung dieser „Brain-Gut-Axis“. Viele haben eine viszerale Hypersensitivität, wie Studien mit aufgeblasenen Ballonkathetern und funktionellen MRTs des Gehirns zeigen konnten. Die viszerale Hypersensitivität kann im Bezug zum psychischen Stress eines Kindes stehen, wie z. B. Ängstlichkeit, Depression, Impulsivität oder Ärger. Persistierende proinflammatorische Zytokine, ausgelöst durch eine akute Gastroenteritis, spielen eine Rolle beim postinfektiösen IBS. Potentiell auslösende Faktoren für die Entwicklung eines IBS oder einer anderen Form von FGID können z. B. die Anlage von Magensonden oder frühkindliche chirurgische Eingriffe sein. Veränderungen der Mikrobiota werden beim IBS beschrieben, wobei unklar ist, was „Henne“ und was „Ei“ ist.

Zur Behandlung des IBS gibt es Daten, dass Probiotika (Gundalini et al., 2010; Horvath et al., 2011) nützlich sein können oder auch die Gabe von Pfefferminzölkapseln (Kline et al., 2001). Diätetische Interventionen wie die Elimination bzw. Reduktion von FODMAPs (fermentierbare Oligo-, Di-, Monosaccharide und Polyole) können die Fermentationsgasbildung reduzieren und damit zumindest vorübergehend Erleichterung schaffen (Chumpitazi et al., 2014). Auf Dauer und vor allem zuhause wird die Einhaltung einer FODMAP-Reduktionsdiät sehr schwierig. Eine Verstopfungsvariante wird man mit Makrogolen angehen, einen durchfallbetonten Reizdarm mit einer Stuhlregulation mittels indischer Flohsamenschalen. Die Einhaltung einer optimierten Mischkost gemäß den Angaben des Forschungsinstituts für Kinderernährung in Bochum ist obligat. Oft hilft ein Ernährungsprotokoll über einige Tage zu erkennen, welches Ausmaß „Müll“ und „Convenience-Produkte“ in der Alltagskost eines Kindes/Jugendlichen annehmen können.

In vielen Fällen helfen die Erläuterung der Zusammenhänge von ZNS und ENS und der Rat an die Eltern, die Ohren zu spitzen und sich so zu verhalten, dass sie nicht unwillentlich die Symptomatik ihrer Kinder verstärken, schon weiter. Ein gefährlicher Symptomkreislauf entwickelt sich, wenn die Eltern auf die vom Kind geschilderten Schmerzen zunächst mit Fürsorge reagieren, dann aber die Schmerzen anzweifeln. In vielen Fällen wird das Kind dann die Schilderungen verstärken, um die elterlichen fürsorglichen Zuwendungen erneut zu erhalten; es kommt zur Aggravation (Noecker, 2008). Je nach Alter können dann sogar Symptome durch heimliche Fehlernährung provoziert werden. Wichtig ist die Überzeugungsarbeit bei Kind und Eltern, dass das Kind organisch gesund ist, dass wir die FGID bei Kindern und Jugendlichen sehr gut kennen und keine Gefahr besteht, etwas ernsthaftes Organisches übersehen zu haben. Manchmal aber gibt es so vertrackte Situationen chronischer Bauchschmerzen, dass ein Pädiater bei fehlenden Hinweisen auf eine psychosomatische Ursache nicht um die Durchführung von MRT- bzw. endoskopischen Untersuchungen herumkommt, wenn sich die Symptomatik nicht lösen lässt. Das sind aber, bei gleichzeitig fehlenden Warnsymptomen, eher Ausnahmefälle.

Hinweise auf eine psychosomatische Ursache sind vielfältig, werden oft schon ganz früh ohne explizite Fragen von den Eltern geschildert. Werden Zusammenhänge negiert oder sind diese womöglich tabuisiert, hilft zur Sicherung der Diagnostik eine Child Behavior Checklist (CBCL/6–18R), die es bei größeren Kindern auch noch als Teacher Report Form (TRF/6–18R) gibt. Die Auswertung ist mühevoll; gehört diese zur Routine, kann sie auch delegiert werden. Die kognitive Qualität für die ausfüllenden Eltern erspart viel Rede- und Diskussionszeit. Stößt der behandelnde Kinder- und Jugendarzt dann an seine fachlichen und zeitlichen Grenzen, hat er gute Argumente, das Kind nach der psychosomatischen Grundversorgung an einen Arzt oder Psychologen mit kinder- und jugendpsychotherapeutischer Qualifikation zu überweisen (Bode/Büsching/Kohns, 2016). Mit der organischen Diagnostik und der psychosomatischen Basisdiagnostik hat er zudem gute Argumente gegenüber den Eltern. Die grob strukturierten Ursachen für somatoforme Schmerzen sind:

**Akute einschneidende Lebenssituation (Trauma):** Diese ist sehr oft den Eltern offensichtlich, sie erkennen, dass „dem Kind etwas auf den Magen geschlagen ist“. Schwere Konflikte in Familie oder persönlichem Umfeld, der Verlust von wichtigen Menschen, ja selbst wichtige Haustiere, können für Eltern eine akzeptable Begründung sein. Manche Eltern reagieren aber gegensätzlich: Nach all den Krisen muss das Kind nicht auch noch Bauchschmerzen haben. Bei akuten Beschwerden kann zudem eine Verharmlosung gefährlich sein.

**Unterschwellige langdauernde Belastungen (Stress)** erkennen viele Eltern nicht, sie wollen die Belastungen nicht als solche akzeptieren – „nun stell dich nicht so an“. Die Belastungen sind durch geschickte Gesprächsführung, durch den Einsatz der Fragebögen dann aufzudecken, wenn sie nicht, z. B. durch die Eltern, extrem tabuisiert sind. In diesen Fällen kann oft der TRF/6–18R gute Informationen liefern. Typische

für schwellige langdauernde Belastungen, die Eltern nicht wahrnehmen, reichen von elterlichen Vorhaltungen wegen schlechter Leistungen in der Schule (Leistungsstress?) bis zur Bewältigung chronischer Erkrankungen.

**Negative Selbstwahrnehmung (Opfersyndrom):** Wieder wird von dem Kind erwartet, dass es sich die Belastungen des Alltags nicht so zu Herzen nimmt – das Kind kann aber nicht anders und hat oft familiäre Vorbilder. Vom Kind zu erfragen sind auch Situationen, in denen diese negative Selbstwahrnehmung real existiert (Mobbing, Bullying, Unterdrückung) oder falsch wahrgenommen wird (übertriebene Selbstkritik, Ängste bis zur Depressivität).

**Angst vor Kontrollverlust (Perfektionismus):** Eine mehr im Jugendalter anzutreffende Erklärung. Das Kind möchte den Erwartungen der Eltern entsprechen, was ihm aber nur begrenzt gelingt. Das Kind hat aber auch erfahren, dass sein Wunsch nach zunehmender Unabhängigkeit nur gelingt, wenn es die Erwartungen erfüllt. Mit dem Wunsch nach zunehmender Unabhängigkeit wächst bei dem Kind die Wahrnehmung von uneingeschränkter Kontrolle und Bevormundung.

**Persönlichkeit und Charakter:** Die Bewältigungsstrategie, Stress mit Passivität und Rückzug zu beantworten, ist für Eltern und Ärzte oft unverständlich, hat aber bei Kindern oft den „Erfolg“, Misserfolg zu vermeiden. „Was hast Du da denn wieder gemacht“, ist für Kinder schwerer zu ertragen als die Zuwendung der Eltern (Mutter), wenn es behauptet, es könne eine Aufgabe nicht lösen. Dieses Verhalten, auf Ereignisse/Anforderungen mit inadäquater Emotionalität zu reagieren, bleibt unerklärlich und gerne verborgen. Diese Kinder haben wenige Zukunftspläne, wenige Problemlösungsstrategien und sind oft ängstlich, aber genau dafür bekommen sie Zuwendung und Unterstützung. Wenn das alles nicht mehr ausreicht, bekommen sie Bauchschmerzen.

## ABDOMINALMIGRÄNE

Laut Rom-IV-Kriterien müssen alle folgenden Kriterien mindestens zweimal aufgetreten sein:

### *Tab. 6: Diagnostische Kriterien der Abdominalmigräne (nach Hyams et al., 2016):*

1. Anfallsartige Episoden intensiver, akuter periumbilikaler, diffuser oder in der Mittellinie auftretender Bauchschmerzen über mindestens eine Stunde oder länger
2. Episoden sind durch symptomfreie Wochen oder Monate getrennt
3. Schmerz beeinträchtigt sehr und interferiert mit den normalen Aktivitäten
4. Stereotypes Bild und Ablauf der Symptome beim individuellen Kind

5. Bauchschmerz ist assoziiert mit mindestens zwei oder mehr der folgenden Phänomene:
- a) Appetitlosigkeit
  - b) Übelkeit
  - c) Erbrechen
  - d) Kopfschmerzen
  - e) Lichtscheu
  - f) Blässe
6. Nach geeigneter und angepasster Evaluation können die Symptome nicht durch eine andere medizinische Erkrankung erklärt werden.

Die Autoren der Rom-IV-Kriterien erläutern, dass außerhalb dieser heftigen Schmerzepisoden auch andere funktionelle Störungen zusätzlich vorkommen können.

Zum **pathophysiologischen Verständnis** ist es wichtig zu wissen, dass es bei der Abdominalmigräne als Migräneäquivalent ähnliche auslösende Trigger gibt wie bei der klassischen Migräne: Stress, Erschöpfung, Reisen, Schlafmangel etc. sowie symptomauflösende Faktoren wie Ruhe und Schlaf. Die Abdominalmigräne im Kindesalter kann im Erwachsenenalter in die klassische Migräne übergehen, sich aber auch komplett auflösen. Die Assoziation mit unspezifischen Prodromi (Aura) wie Verhaltensauffälligkeiten, schlechter Laune, Aggressivität, Lichtscheu und vasomotorischen Symptomen etc. sowie die Effektivität von Antimigränemedikamenten stützen die Diagnose. Oft ist die Familienanamnese bezüglich Migräne positiv.

Für die Differentialdiagnose könnten z. B. wichtig sein: intermittierender Volvulus, urologische Obstruktionen, rezidivierende Pankreatitis, Gallenwegserkrankungen, familiäres Mittelmeerfieber, Porphyrie oder psychiatrische Erkrankungen. Eisenmangel und Zöliakie müssen ausgeschlossen werden.

Zur **Behandlung** werden wie bei der klassischen Migräne vorgeschlagen:

Regelmäßiger Lebensstil, Ausdauersport, Nichtraucher und frühzeitiger Einsatz von nicht steroidalen Antirheumatika oder Triptanen. Prophylaktisch können bei häufiger Symptomatik Substanzen wie Magnesium, Amitriptylin, Propranolol und Flunarizin in Frage kommen (Worawattanakul et al., 1999). Bei Verdacht auf abdominale Migräne kann das Migränetagebuch modifiziert für abdominale Migräne zum Einsatz kommen.

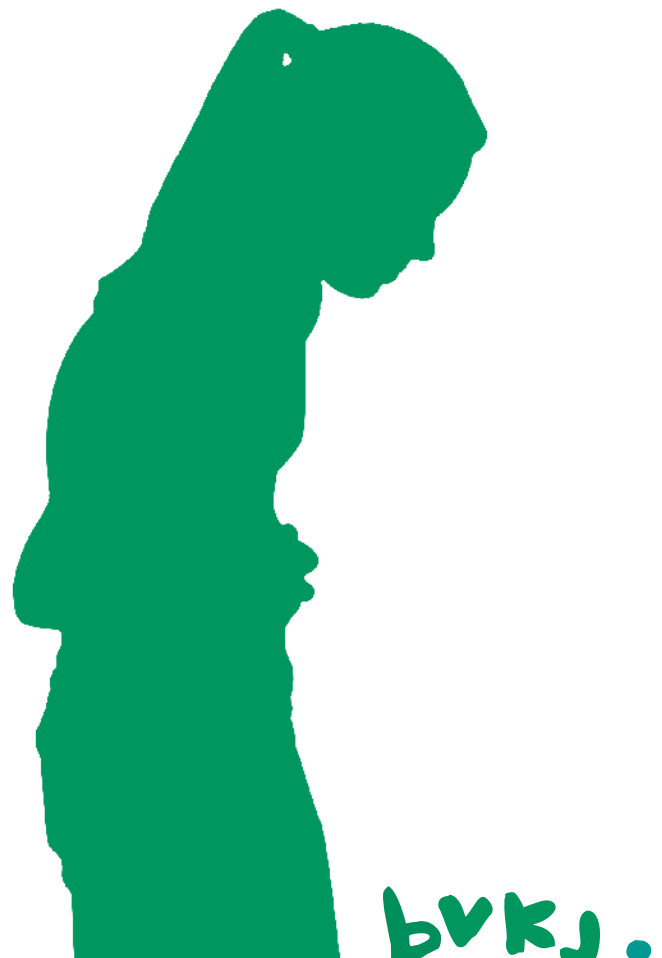
Funktionelle gastrointestinale Störungen (FGID) sind im Kindes- und Jugendalter sehr häufig. Bei Bauchschmerzen ohne Warnsymptome stehen organische Erkrankungen erst an zweiter Stelle. Nach den Rom-IV-Kriterien müssen nicht mehr, wie früher noch in den Rom-III-Kriterien formuliert, quasi alle organischen Ursachen ausgeschlossen sein, bevor die Diagnose einer funktionellen Störung gestellt werden darf. Die chronischen Bauchschmerzen als psychosomatisches Phänomen bei Kindern nehmen in modernen Industriegesellschaften geradezu dramatisch zu. Kinder sind so Symptomträger einer kranken Leistungsgesellschaft und kranker Familien. Als Anwalt der

Kinder und Jugendlichen kommt daher dem Pädiater eine wichtige Rolle als einfühlsamer und zuhörender Diagnostiker und Therapeut für die Kinder und ihre Eltern zu. Der Erwerb von Kenntnissen und Qualifikationen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung ist daher aus unserer Sicht eine *conditio sine qua non*.

■ Prof. Dr. med Klaus-Michael Keller  
Chefarzt des Fachbereiches Kinder- und Jugendmedizin  
DKD Helios Klinik  
Aukammallee 33  
65191 Wiesbaden  
klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Dr. med Uwe Büsching  
Mitglied des Vorstandes im BVKJ  
Beckhausstraße 171  
33611 Bielefeld  
uwe.buesching@uminfo.de

Literaturangaben bei den Verfassern.



# Funktionelle Ausscheidungsstörungen: Stuhlinkontinenz, Enkopresis und Obstipation

Christian Steuber

*„Mein Kind kotet ein“ – diese Erkenntnis ist für Eltern in der Regel äußerst belastend und meist extrem schuld- und schambesetzt: Kinder verstecken die schmutzige Wäsche, Eltern fragen sich, was sie in der Erziehung falsch gemacht haben und ob ihr Kind eine gravierende psychische Störung hat. Lebensqualität, soziale Funktionsfähigkeit und Selbstwertgefühl können erheblich beeinträchtigt sein. Daher dauert es häufig geraume Zeit, bis innerhalb der Familie der Konsens erreicht wird, den Arzt aufzusuchen. Es gibt aber auch einige wenige Familien, bei denen die psychosozialen Ressourcen so gering sind, dass die Stuhlinkontinenz quasi hingenommen wird und vielleicht erst zufällig im Rahmen einer Vorsorgeuntersuchung auffällt.*

Das Problem wird also erst präsentiert, wenn eine Fülle an körperlichen, seelischen und sozialen Begleitprozessen bereits stattgefunden hat. Ist der Kinder- und Jugendarzt dann mit dem Einkoten konfrontiert, muss er immer wieder zwischen organischen und psychischen Perspektiven changieren, sich von Kausalzuschreibungen lösen können und die für das psychosomatische Denken elementare Grundhaltung einnehmen: Die Stuhlinkontinenz ist sowohl körperlich als auch psychisch – es kommt auf die Familie und den jeweiligen Zeitpunkt im Behandlungsprozess an, welcher Aspekt betont wird.

Auch in den Klassifikationssystemen wird die psychosomatische Ambivalenz der Problematik deutlich: Während in der Kinder- und Jugendpsychiatrie häufig noch der Begriff „Enkopresis“ verwendet wird, benutzt die Kindergastroenterologie den Terminus „Stuhlinkontinenz“, weil man damit die Konnotation einer psychiatrischen Störung vermeiden, eine funktionelle Betrachtungsweise in den Vordergrund stellen und den herausgehobenen Stellenwert der Obstipation in der Pathophysiologie deutlich machen möchte. In der ICD spiegelt sich diese doppelte Begrifflichkeit wieder, indem die Enkopresis als F98.1 als eigenständiges Krankheitsbild unter den psychiatrischen Diagnosen firmiert, während die Stuhlinkontinenz als R15 vorsichtigerweise als Symptom verschlüsselt wird.

Für den Kinder- und Jugendarzt ist somit die Stuhlausscheidungsstörung eine psychosomatische Problematik par excellence, die Zeit, langen Atem und Hingabe erfordert.

## DEFINITION

Stuhlinkontinenz bezeichnet den Verlust von Stuhl an einem dafür nicht vorgesehenen Ort mindestens einmal im Monat bei Kindern ab einem Entwicklungsalter von 4 Jahren. Der Begriff Enkopresis meint im tradierten Sinne das Absetzen einer vollständigen Stuhlportion – bei den nicht somatisch begründeten Formen der Stuhlinkontinenz in der Regel nur beim „Windelklo“ oder schweren psychiatrischen Formen vorkommend. Stuhlschmierien hingegen bezeichnet den Abgang kleiner Stuhlmengen bei der Überlaufinkontinenz.

In der aktuellen wissenschaftlichen Literatur werden die Definitionen der gastroenterologischen Rome-IV-Arbeitsgruppe zugrunde gelegt (s. Tab. 1). Diese werden inzwischen auch von der interdisziplinären International Children’s Continence Society (ICCS) genutzt, sodass die Hoffnung besteht, dass es über die Grenzen der Fachdisziplinen hinweg zu einer einheitlichen Sprache kommt. Demnach soll der neutralere Begriff der Stuhlinkontinenz verwendet werden.

Für die 95% der Fälle, in denen keine organische Ursache auszumachen ist, wird von funktioneller Defäkationsstörung gesprochen. Diese gliedert sich in zwei Untergruppen: funktionelle Obstipation, bei der die Stuhlinkontinenz ein Symptom unter mehreren ist. Diese obstipationsassoziierte Stuhlinkontinenz macht etwa 80% der Fälle von Stuhlinkontinenz aus. Daneben gibt es die funktionelle nicht retentive Stuhlinkontinenz (d. h. ohne Obstipation; ca. 20%). Besonders deutlich wird in dieser Terminologie der hohe Stellenwert der Obstipation, der für das praktische Vorgehen des Kinder- und Jugendarztes von großer Bedeutung ist. Zudem kann die Diagnose bereits nach einer Symptombdauer von einem Monat gestellt werden, was eine entsprechend frühe Intervention rechtfertigt.

**Tab. 1: Rome-IV-Kriterien der funktionellen Defäkationsstörungen bei Kindern mit einem Entwicklungsalter von mindestens 4 Jahren**  
Gegenüberstellung von funktioneller obstipationsassoziiierter und funktioneller nicht retentiver Stuhlinkontinenz (nach Hyams et al., 2016):

Stuhlinkontinenz als Symptom einer funktionellen Obstipation	Funktionelle nicht retentive Stuhlinkontinenz
<p>Mindestens eine Episode von Stuhlinkontinenz pro Woche</p> <p>Zusätzlich einmal pro Woche mindestens ein weiteres der folgenden Kriterien über mindestens einen Monat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zwei oder weniger Defäkationen auf der Toilette pro Woche</li> <li>• Ausgeprägte Haltemanöver oder Aufschieben der Defäkation</li> <li>• Anamnese von schmerzhaften oder harten Stühlen</li> <li>• Nachweis einer großen Stuhlmasse im Rektum</li> <li>• In der Vorgeschichte großkalibriger Stuhl, der die Toilette obstruiert</li> </ul> <p>Nach angemessener medizinischer Abklärung kann die Symptomatik nicht vollständig durch eine andere Diagnose erklärt werden.</p>	<p>Alle folgenden Kriterien müssen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat erfüllt sein:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Defäkation an einem Ort, der dem sozialen Kontext nicht entspricht</li> <li>• Nach angemessener medizinischer Abklärung kann die Symptomatik keiner anderen Diagnose zugeordnet werden</li> <li>• Keine Hinweise für Stuhlretention</li> </ul>

Eine besondere Form der Stuhlinkontinenz ist das Toilettenverweigerungssyndrom, das vorwiegend bei 3- bis 6-Jährigen auftritt. Diese Kinder fordern für die Defäkation die Windel ein („Windelklo“), während sie die Miktion ohne weiteres auf der Toilette verrichten. In der Regel haben sie eine Vorgeschichte von Obstipation. Abzugrenzen ist die Toilettenphobie, bei der das Aufsuchen der Toilette vollständig vermieden wird.

Die Prävalenz der Stuhlinkontinenz liegt bei Schulkindern im Bereich von 1% bis 3% mit einer deutlichen Knabenwendigkeit.

## PATHOPHYSIOLOGIE

Die funktionelle obstipationsassoziierte Stuhlinkontinenz zeichnet sich durch eine chronische Ansammlung von verfestigtem Stuhl im Rektum aus, die zum einen zu schmerzhaften Entleerungen, zum anderen zu einer anhaltenden Erweiterung des Enddarms führt, die wiederum die Wahrnehmung des Füllungszustands und damit von Stuhldrang beeinträchtigt. Stuhlentleerungen sind erschwert und häufig ein angstbesetztes „No Go“, vor allem für kleinere Kinder. Initiale Triggererlebnisse mit schmerzhafter Defäkation (z. B. bei perianaler Entzündung, einmalig großes Stuhlkaliber) oder durch rektale Manipulationen (z. B. Fiebermessen, Klistiergaben) lassen sich in vielen Fällen anamnestisch ermitteln. Nicht selten tritt ein solcher initialer Stuhlverhalt mit nachfolgender Obstipation bei nicht angepasster (in der Regel zu früher) Sauberkeits-erziehung auf.

Die anhaltende Dehnung des Rektums verkürzt den Analkanal, sodass Erhöhungen des intraabdominellen Drucks ein Risiko für den unwillkürlichen Abgang von Stuhl darstellen. Hüpfen, Lachen oder Husten sind typische Situationen. Hinzu tritt der Effekt des Überlaufstuhls: Weicher Stuhl läuft von proximal an verfestigten Stuhlballen vorbei, ist noch schwerer als geformter Stuhl aufzuhalten und trägt so zur Stuhlinkontinenz bei. An dieser Stelle der Erläuterung tritt bei vielen Eltern ein Aha-Effekt ein, die sich bislang nicht vorstellen konnten, wieso der weiche Schmierstuhl in der Unterhose Ausdruck einer Verstopfung sein soll, bei der man landläufig von hartem Stuhl ausgeht. Diese Erkenntnis ist wichtig, weil sie dazu führen kann, die Adhärenz einer stuhlaufweichenden Therapie, die ja in der Mehrzahl der Fälle der Stuhlinkontinenz über Monate bis Jahre erforderlich ist, zu verbessern.

Die Pathophysiologie der funktionellen nicht retentiven Stuhlinkontinenz ist unklar. Einige Daten sprechen für eine Wahrnehmungsstörung für Stuhldrang. Apparative Befunde (Kolontransitzeit, anorektale Funktion) sind bei diesen Patienten unauffällig. Als Risikofaktoren gelten einschneidende Lebensereignisse, wie die Geburt eines Geschwisters, Trennungskonflikte oder die Änderung der Wohnsituation. Hier wird man also besonders sorgfältig nach solchen seelischen Auslösefaktoren fahnden.

Für beide Formen der funktionellen Stuhlinkontinenz gilt – wie für fast alle funktionellen Störungen – dass auch sexueller

Missbrauch und andere Verletzungen der körperlichen und seelischen Integrität in die Überlegungen zur Verursachung und Aufrechterhaltung der Störung einbezogen werden müssen.

Eine häufige Begleitproblematik der funktionellen Stuhlinkontinenz ist die Harninkontinenz, die häufig den initialen Vorstellungsanlass darstellt, weil sie den Leidensdruck der Familie ausmacht. Man findet sie in etwa einem Drittel der Fälle und spricht von „Bladder-Bowel-Dysfunktion.“ Die pathophysiologischen Verknüpfungen zwischen beiden Störungsbildern sind komplex und mannigfaltig und umfassen entwicklungsneurologische, nervale und Lokalfaktoren. Es ist für den Kinder- und Jugendarzt wichtig, diese Verbindungen zu kennen und sie überzeugend diskutieren zu können, wenn es um die Festlegung eines therapeutischen „Fahrplans“ geht: Die Stuhlinkontinenz sollte aus medizinischer Sicht stets zuerst behandelt werden, u. a. weil sich dadurch die Harninkontinenz häufig bereits deutlich bessert. Dieses Vorgehen kollidiert mit den Vorstellungen derjenigen Familien, für die das Einnässen das Kernproblem darstellt, sodass nicht selten Zeit und Gesprächsgeschick erforderlich sind, um eine gemeinsame Therapiestrategie zu entwickeln.

Weitere Komorbiditäten der Stuhlinkontinenz sind rezidivierende Harnwegsinfektionen, vor allem Zystitiden, und kinder- und jugendpsychiatrische Störungen. Diese werden bei 30% bis 50% der Kinder mit Stuhlinkontinenz gefunden, entsprechen aber nicht immer einem vollständig ausgeprägten psychiatrischen Störungsbild, sondern können leichten oder subklinischen Charakter haben. Wichtig ist, die psychischen Auffälligkeiten im Gespräch mit den Eltern im Sinne der psychosomatischen Grundhaltung einzuordnen und Kausalzuschreibungen zu vermeiden, denn in der Regel bleibt unklar, ob psychische Symptome Folge oder Ursache der Stuhlinkontinenz sind.

## DIAGNOSTISCHER PROZESS

Leitfragen für den Kinder- und Jugendarzt in der Primärversorgung der Stuhlinkontinenz sind:

- Liegt eine organische oder funktionelle Störung vor?
- Ist die funktionelle Stuhlinkontinenz obstipationsassoziiert oder nicht retentiv?
- Liegen relevante Begleitstörungen vor (Einnässen, Harnwegsinfektionen, psychische Störungen)?
- Finde ich ein funktionales, unterstützendes Familiensystem vor?
- Kann und möchte ich die Stuhlinkontinenz behandeln oder verweise ich weiter?

Es erfolgt eine gründliche Anamnese. Hierzu eignet sich ein Vorgehen anhand eines Fragebogens (z. B. Bachmann/Claßen, 2013). Es wird insbesondere auf die Sauberkeitsentwicklung und das aktuelle Defäkationsverhalten abgezielt. Besonders hilfreich ist ein 14-Tage-Ausscheidungsprotokoll, das auch im Verlauf zur Demonstration von Therapiefortschritten verwen-

det wird. Symptome von Komorbiditäten wie Harninkontinenz und psychische Auffälligkeiten werden erfragt. Hierher gehört die Frage, ob der Patient bereits einmal eine Situation erlebt hat, in der er von einer Person körperlich so berührt wurde, dass er sich damit unwohl gefühlt hat. Eine Übersicht über die Familienkonstellation und einschneidender Lebensereignisse (traumatische Trennungen, Verlust nahestehender Personen, Geburt eines Geschwisters) muss gewonnen werden. Dazu gehört die Einschätzung, ob ein funktionales Familiensystem vorliegt, das eine langdauernde Therapie mittragen kann, oder ob es Hinweise für eine dysfunktionale Familiensituation gibt, in deren Rahmen der Patient entweder als Symptomträger fungiert oder aber die Ressourcen so gering sind, dass eine häusliche Umsetzung konsequenter Therapiemaßnahmen (vor allem regelmäßiges Toilettentraining) nicht möglich ist.

Die körperliche Untersuchung zielt auf die Erkennung versteckter organischer Ursachen (Spina bifida occulta) und das Vorhandensein einer Obstipation ab und umfasst Inspektion und Palpation von Abdomen (Skybala?), unterer Wirbelsäule, Anus (Fissuren? Lichen sclerosus?), Dammbereich und Genitale. Der Analreflex, die perianale Sensibilität und die Muskeleigenreflexe der unteren Extremität sollten geprüft werden. Die rektal-digitale Untersuchung liefert zwar wichtige Hinweise auf die Füllung des Rektums und die Fähigkeit der Kinder, zwischen aktiver Beckenbodenanspannung („Zukneifen“) und Bauchpresse („Drücken“) differenzieren zu können, muss aber sorgsam abgewogen werden, da sie ein potentiell aversiv besetztes anales Erleben verschärfen und somit eine angstfreie therapeutische Beziehung stören kann. Zukneifen und Drücken kann zudem bei kooperativen Kindern auch im Rahmen der Inspektion beobachtet werden und somit eine rektale Untersuchung überflüssig machen.

Die Sonographie des Rektums und des Harntrakts, möglichst bei voller Blase, runden die Basisdiagnostik ab. Als Hinweis auf eine signifikante Stuhlretention gilt ein retrovesikaler Rektumdurchmesser von mehr als 30 mm mit Imprümierung der Blase. Dabei muss dieser Befund in den Kontext von Anamnese und Zeitpunkt der vorausgegangenen Defäkation gestellt werden. Gut eignet sich die Sonographie zur Erläuterung einer komorbiden Harninkontinenz („Die Blase kann nicht gut arbeiten, wenn sie so stark vom Enddarm eingeengt wird“) und zur Verlaufsdokumentation. Zudem können Restharn, Blasenwanddicke und strukturelle Anomalien des Harntrakts ermittelt werden.

Aufgrund der hohen Rate psychischer Komorbidität wird ein Screening psychischer Auffälligkeiten empfohlen. Im primären kinderärztlichen Setting wird man sich häufig auf die eigene Expertise stützen und Informationen aus Anamnese und Exploration entsprechend einordnen können, weil man die Familien schon länger und aus anderen Zusammenhängen kennt. Als standardisiertes Instrument bietet sich der frei zugängliche und in vielen Sprachen erhältliche Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ) an. Bei gravierenden Auffälligkeiten ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung erforderlich.

Weiterführende kindergastroenterologische Untersuchungen sind nur sehr selten indiziert (Kolontransitzeit mit röntgendichten Markern, um zwischen obstipationsassoziierten und nicht-retentiver Stuhlinkontinenz zu unterscheiden; Rektomanometrie).

## BEHANDLUNG

Ziel der Therapie ist das Herbeiführen einer regelmäßigen, vollständigen, schmerz- und angstfreien Stuhlentleerung in die Toilette. Die Therapie zielt darauf ab, Patient und Familie zu aktiv Handelnden im Sinne des Empowerment zu machen („Du sollst der Chef Deines Darms werden und Deine Mutter/Dein Vater hilft Dir dabei“).

Prinzipien der Therapie der funktionellen Stuhlinkontinenz:

- Beratung und Entmystifizierung, Etablierung einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung und kontinuierliche Begleitung, meistens über mehrere Monate bis Jahre erforderlich
- Toilettentraining mit individuell angepasstem Protokollsystem
- Laxantien und ggf. initiale Desimpaktion (bei obstipationsassoziierten Stuhlinkontinenz)
- gegebenenfalls Einsatz ergänzender Verfahren (Psychotherapie, familienunterstützende Maßnahmen, Gruppenschulung, Biofeedback, Physiotherapie)

Beratung und Entmystifizierung sind die wichtigsten ersten Schritte der Therapie. Hierher gehört, dass Schuldzuweisungen vermieden und die bisherigen Bemühungen der Familie im Umgang mit der Problematik wertschätzend hervorgehoben werden sollten. Kinder- und Jugendärzte in der Primärversorgung haben den „Heimvorteil“, dass die Familie bereits ein Vertrauensverhältnis entwickelt hat und somit das gemeinsame Anpacken des Problems auf dem Boden einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung gut gelingen kann. Wichtig in der initialen Kommunikation mit der Familie ist der Hinweis auf eine mutmaßliche lange Therapiedauer. Ziel sollte die Schaffung einer stressfreien, optimistischen und gelassenen Atmosphäre im Umgang mit dem Problem sein. Dies trifft im Besonderen auf die wichtigste Maßnahme bei allen Formen der Stuhlinkontinenz zu: das Toilettentraining. Es muss täglich erfolgen und zwar nach den Mahlzeiten, um den gastrokolischen Reflex mit verstärkter Kolonmotilität infolge der Magenfüllung zu nutzen, durch den eine Defäkation wahrscheinlicher wird. Das Training soll Kindern vermitteln, sich Zeit für eine Defäkation zu nehmen und das Gefühl von Stuhldrang zu verspüren und so auf lange Sicht zu einer Rhythmisierung der Defäkation führen. Hilfreich in der Erläuterung ist eine Bildsprache aus der Lebenswelt der Familien – eine Assoziation mit Fußball können die meisten herstellen: „Du bist der Cheftrainer und hast Hilfstrainer.“

Die Kunst besteht darin, mit der Familie herauszuarbeiten, wann das Training am besten in den Alltag zu integrieren ist, sodass es auch tatsächlich über einen sehr langen Zeitraum verlässlich durchgeführt werden kann. Zwar wäre es wün-

schenswert, am Tage drei Sitzungen durchzuführen, wie dies in den gängigen Publikationen empfohlen wird, die Erfahrung lehrt jedoch, dass dies zwar angestrebt werden sollte, aber selten über einen längeren Zeitraum machbar ist, weil zum Beispiel nach dem Frühstück und vor der Schule wenig Zeit bleibt oder das Mittagessen in Schule oder Hort eingenommen wird und die dortigen Toiletten verschmutzt sind.

Im Alltag ist in den meisten Familien eine abendliche Sitzung gut machbar. Der Patient sollte nach dem Essen die Toilette aufsuchen. Dort sollte eine entspannte Sitzposition möglich sein, bei kleineren Kindern mit Hilfe eines Fußbänkchens. Während der Sitzung sollten regelmäßige Pressmanöver erfolgen. Kommt es zur Defäkation, kann die Sitzung beendet werden, andernfalls nach maximal zehn Minuten, bei kleineren Kindern auch nach kürzere Zeit, das Minimum sind fünf Minuten. Elementar ist, darauf hinzuweisen, dass bei Stuhldrang außerhalb der Toilettensitzungen ebenfalls die Toilette aufgesucht wird. Das Prozedere muss in der Regel minutiös besprochen werden.

Wesentlicher Baustein des Toilettentrainings ist die Protokollierung, die Sitzungen, Defäkationen und Episoden mit Stuhlinkontinenz erfasst (Bilder 1–3). Elementar ist dabei, dass das Protokollsystem an die Fähigkeiten und die Ressourcen des Kindes und der Familie angepasst wird. Es kann bei kleineren Kindern zu Beginn des Toilettentrainings ausreichend sein, lediglich die Sitzungen zu protokollieren, zum Beispiel mit einem Aufkleber im Kalender. Ob dabei Stuhl abgesetzt wurde, ist initial zweitrangig, denn es geht zunächst um die Etablierung einer Gewohnheit im Sinne einer Habituation. Belohnungen sollten ausschließlich für die Durchführung des Toilettentrainings erteilt werden, nicht für das Erreichen von Kontinenz, da dies demotivierend wirken kann, da die Inkontinenz ja meistens nicht willkürlich gesteuert werden kann.

Es ist entscheidend für die Motivation, dass die Protokolle regelmäßig vom Kinder- und Jugendarzt angeschaut, bewertet und die Durchführung des verabredeten Trainingsregimes besonders hervorgehoben werden. Dies muss gerade zu Beginn engmaschig, zum Beispiel alle zwei bis vier Wochen geschehen.

Ist die Diagnose der obstipationsassoziierten Stuhlinkontinenz gesichert, muss eine wirksame Laxantientherapie etabliert werden. Diese wird heutzutage mit Macrogol durchgeführt in der stuhlaufweichenden Richtdosis von 0,4 bis 0,8 g/kg KG/d. Die richtige individuelle Dosierung ist erreicht, wenn es zur täglichen, schmerzlosen Defäkation von weichem Stuhl („wie Kuhfladen“) kommt. Dieses Regime bedarf einer guten Begleitung, denn es ist häufig viel Überzeugungsarbeit erforderlich, um Eltern und Patient für die meist monatelange Gabe des Mittels zu gewinnen. Wesentlich ist der Hinweis, dass die Substanz keine Nebenwirkung hat („es kommt unten unverändert wieder heraus“) und nicht abhängig macht. Hilfreich kann das Bild sein vom „Krückstock“, den Macrogol darstellt, mit dessen Hilfe via Stuhltraining ein neuer, kontinenter Rhythmus von Stuhlentleerungen herbeigeführt werden soll.

**Abb. 1** Stuhltrainingsprotokolle aus dem kinder- und jugendärztlichen Alltag



Zu beachten ist, dass bei massiver Stuhlretention initial häufig die akute Entleerung der angestauten Stuhlmassen erforderlich ist. Dies sollte, wenn möglich, ebenfalls antegrad mittels Macrogol erfolgen, allerdings in der abführenden Dosis von etwa 1,5 g/kg KG/d. Zu beachten ist, dass dies in den ersten Tagen zu durchfallartigen Entleerungen führen kann und daher gut in den Zeitplan der Familie eingepasst werden sollte. Von rektalen Entleerungen mittels Klistier sollte man – wenn möglich – absehen.

Nicht indiziert sind Laxantien bei nicht retentiver Stuhlinkontinenz, da sie die Symptomatik verschlechtern können.

Ergänzende Verfahren werden nach individueller Problemkonstellation erwogen. In Frage kommen:

**Psychotherapie:** Bestätigt sich eine behandlungsbedürftige komorbide psychische Störung, so kann eine ambulante Psychotherapie parallel zur kinder- und jugendärztlichen Behandlung der Stuhlinkontinenz erfolgen. Optimal sind in einem solchen Fall Absprachen zwischen den Behandlern.

**Familienunterstützende Maßnahmen:** In einigen Fällen ist die Familienstruktur so brüchig und ressourcenarm, dass ein strukturiertes und verlässliches Vorgehen, wie es das Toilettentraining oder die Verabreichung von Laxantien erfordern, schlicht nicht umsetzbar ist. Dann ist zu überlegen, ob Maß-

nahmen der Jugend- oder Familienhilfe etabliert werden können.

**Gruppenschulung:** Hierzu gibt es in Anlehnung an die Kontinenzschulung bei Harninkontinenz einige wenige Angebote (z. B. Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Links der Weser in Bremen, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Homburg/Saar).

**Biofeedback:** Es gibt keine gute wissenschaftliche Evidenz für die Wirksamkeit des Verfahrens. Es kann aber bei einzelnen Patienten helfen, die Wahrnehmung für den Beckenbodenbereich zu verbessern. Essentiell ist, dass Biofeedback im Kontext eines multimodalen Therapieprogramms eingesetzt wird – zum Beispiel im Rahmen der Physiotherapie.

**Physiotherapie:** Auch wenn hierfür ebenfalls keine gute wissenschaftliche Evidenz vorliegt (mitbedingt möglicherweise durch die Unterrepräsentierung des Themas im akademischen Kontext), so gibt es immer wieder Kinder, die von einer begleitenden Physiotherapie profitieren. Hierbei ist zu beachten, dass die Therapeuten spezielle Expertise sowohl für Kinder als auch für Beckenbodentherapie mitbringen.

## PROGNOSE

Die wenigen prognostische Daten zur Stuhlinkontinenz zeigen, dass es sich um ein langwieriges Problem handelt. Die Daten stammen aus tertiären Zentren, in denen besonders hartnäckige Fälle behandelt werden, die nach zwei Jahren in etwa 30 % der Fälle symptomfrei sind (nicht retentive Stuhlinkontinenz). Bei den obstipationsassoziierten Formen liegt dieser Anteil höher; dies dürfte auch für die Fälle gelten, die im ambulanten Bereich behandelt werden.

## FAZIT

Die Therapie einer Stuhlinkontinenz ist eine herausfordernde Aufgabe für den ambulant tätigen Kinder- und Jugendarzt mit psychosomatischer Ausrichtung. Wer die erforderliche Zeit, Geduld und Expertise mitbringt, kann mit sehr befriedigenden Behandlungsverläufen und dankbaren Familien rechnen.

■ Dr. Christian Steuber  
Kinder- und Jugendarzt  
Kindergastroenterologie, Psychotherapie  
Praxis: Georg-Gleistein-Str. 93, 28757 Bremen  
Klinik: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinikum Links der Weser  
Senator-Weßling-Straße 1, 28277 Bremen

Literatur beim Verfasser.

# Enuresis einmal anders – Ein Plädoyer zur Enttabuisierung

Michael Achenbach

*Im Rahmen der Vorbereitung für diesen Artikel – eigentlich wollte ich ausführlich und strukturiert über Diagnostik und Therapie der Enuresis schreiben – ist mir ein Cartoon auf der Titelseite eines Buches von Marie Marcks ins Auge gefallen, der mein Vorhaben radikal geändert hat und den ich dem Leser deshalb nicht vorenthalten will.*

Abb. 1 Cartoon von Marie Marcks\*



Auf den ersten Blick meint man, eine etwas misslungene ärztliche Kommunikation zu sehen. Bei genauerem Hinsehen eröffnen sich dem Zuschauer aber einige interessante Details. Während die Mutter beileibe nicht amüsiert wirkt, scheint sich das Kind über die Aussage des Therapeuten richtiggehend zu freuen. Sein Lächeln und seine Worte „du auch?“ drücken sogar eine positive Überraschung aus. Welche Gedanken könnten mit der Freude verbunden sein? Vielleicht ‚Am anderen Ende des Tisches scheint ein Verbündeter zu sitzen, einer, dem es so geht wie mir, einer, der mich versteht. Und das ist gut, darüber kann ich mich freuen.‘



## „ICH HABE FRÜHER DAS BETT AUCH NASSGEMACHT!“

Haben Sie diesen Satz schon einmal gehört? Manchmal hören wir Kinder- und Jugendärzte ähnliche Aussagen, wenn wir Eltern von Patienten mit Enuresis befragen. Dann aber oft verschämt oder leise. Nicht so laut wie – unbeabsichtigt – vom Therapeuten im Cartoon. Warum das so ist und welchen Unterschied das macht, möchte ich im Folgenden ausführen. Im Säuglingsalter ist Einnässen so normal, dass wir darüber überhaupt nicht nachdenken. Kein Neugeborenes kann den Urin willentlich zurückhalten und den Zeitpunkt der Miktion im Rahmen der Blasenkapazität frei bestimmen – die Kriterien für Kontinenz. So gut wie jeder Erwachsene kann das hingegen. Irgendwann im Laufe der Kindheit wird diese Fähigkeit also erworben. Und zwar von 99,5% der Menschen.

Entwicklung verläuft individuell, das eine Kind läuft schon mit 9, das andere erst mit 17 Monaten. Genauso verhält es sich mit jeder anderen Fähigkeit, die Kinder im Laufe ihrer Entwicklung erwerben. Und die Fähigkeit, das Urinieren willentlich zu steuern, fällt dabei nicht aus der Reihe.

Wenn nun aber doch so gut wie jedes Kind früher oder später Kontinenz lernt, wo liegt dann das Problem? Das können wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte spüren, wenn wir den betroffenen Familien genau zuhören. Es besteht eine Diskrepanz zwischen der Erwartung, wann das Kind trocken sein soll und der tatsächlichen Fähigkeit. Und diese Diskrepanz erzeugt Stress.

Stress wird außerdem durch weitere Diskrepanzen erzeugt. Allen voran durch das nasse Kind und das nasse Bett und die damit verbundene nächtliche Arbeit. Ein Windeltragen (besser Windelhosen, damit ist das Kind selbstständiger) wird nämlich oft abgelehnt, weil die Familie der Auffassung ist, dass das Kind damit doch wieder zum Baby würde. An den vor vielen Jahren von einer Mutter geäußerten Satz „Das kann ich meinem kleinen Freischwimmer doch nicht antun!“ muss ich bis heute denken.

Damit sind auch unsere Aufgaben in der Betreuung dieser Patienten und ihrer Familien schon klar erkennbar. Entstressen (Aufklärung über das Krankheitsbild, über den meist gutartigen Verlauf), entstressen (Ausschluss von Differentialdiagnosen, Begleiterkrankungen und anderen Problemen, in erster Linie Obstipation, gegebenenfalls deren Therapie), entstressen (Mut machen zur Geduld – und das Abwarten z. B. durch Tragen von Windeln unterstützen), entstressen (Koordination einer individuellen Behandlung mit vielen Optionen: apparative Verhaltenstherapie, Medikamente, Urotherapie, ...) und entstressen (Begleitung der Familie beim Auf und Ab der Therapie).

Und nun schließt sich der Kreis zum Cartoon vom Beginn. Einnässen ist immer noch ein Tabuthema. Darüber wird nicht geredet, erst recht nicht öffentlich. Der Therapeut im Cartoon hat dies jedoch getan. Und damit hat er dem kleinen Patienten klargemacht, dass er nicht allein mit diesem Problem dasteht.

Genau dabei sollten wir Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte den Familien helfen. Nämlich den betroffenen Eltern und Kindern den Stress nehmen, sowie das Gefühl, mit dem Problem allein zu sein. Besonders wichtig erscheint es mir in diesem Zusammenhang, das Reden über Einnässen salonfähig zu machen, der Gesellschaft zu vermitteln, dass Einnässen ein vorübergehender Zustand ist. Einnässen ist kein Stigma! Genauso wie das eine Kind später die ersten Worte spricht als das andere, der eine später in die Pubertät kommt als der andere, der eine später seine ersten sexuellen Erfahrungen macht als der andere – genauso wird der eine eben später trocken als der andere. Das ist normal!

Und Normalität entsteht durch die Wahrnehmung, dass es vielen so geht oder ergangen ist. Vielleicht bräuchten wir eine öffentliche #PeeToo-Kampagne zum Einnässen. Wer sich da wohl so melden würde? Ich mache gerne den Anfang: Mir selber ist es nämlich auch so gegangen, ich war später trocken als andere. Ich kann mich noch sehr gut an „quatschnasse“ Betten erinnern. Und heute? Bin ich trocken. Puh, Glück gehabt, geht doch. ;-)

■ *Michael Achenbach*  
Kinder- und Jugendarzt  
Kaiserstraße 17  
58840 Plettenberg

Literatur beim Verfasser.

\* Meister der komischen Kunst: Marie Marcks. 2011 erschienen im Verlag Antje Kunstmann. Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Verlag Antje Kunstmann GmbH.

# Schlafstörungen bei Jugendlichen – Das Schlafen der Lämmer als Modell der Schlafforschung

Alfred Wiater

*Intrauterine Untersuchungen an fötalen Lämmern haben ergeben, dass stabile, regelmäßig wiederkehrende Rhythmen langsamer und hochamplitudiger hirnelektrischer Aktivität am Beginn der Schlafentwicklung stehen. Somit ist der ruhige Schlaf, später auch als Non-R(apid)-E(ye)-M(ovement)-Schlaf bezeichnet und unterteilt in den Leicht- und den Tiefschlaf, die ursprüngliche Form des Schlafes.*

Wie stehen nun stabile, regelmäßig wiederkehrende Rhythmen im Zusammenhang mit dem Schlaf-Wach-Verhalten von Jugendlichen? Gar nicht.

Der Alltag Jugendlicher ist überwiegend geprägt vom (zu) frühen Schulbeginn, gefolgt von der ständigen Begleitung durch digitale Medien. Eine UK-Studie hat ergeben, dass 45% der 11- bis 18-Jährigen ihr Smartphone auch nach dem Zubettgehen checken, davon 23% mehr als zehnmal pro Nacht! 11% der 11- bis 18-Jährigen verbringen mehr als eine Stunde mit Smartphone-Aktivitäten nach dem Zubettgehen. 25% der 11- bis 18-Jährigen berichten, dass sie sich tagsüber müder fühlen in Abhängigkeit von der Häufung der nächtlichen Smartphone-Nutzung.

Eine Analyse der gegenwärtigen Situation führt zu den folgenden Erkenntnissen:

1. Unser Schlaf-Wach-Rhythmus wird gesteuert durch unsere innere Uhr. Sie bestimmt, wann wir müde und wann wir wacher sind, ob wir Lang- oder Kurzschläfer sind und ob wir Frühaufsteher oder Nachtmenschen sind. Wir sprechen vom circadianen Rhythmus, der in Wirklichkeit etwas länger als 24 Stunden dauert und durch äußere Zeitgeber, insbesondere das Licht, immer wieder justiert wird. Unglücklicherweise verschiebt sich in der Pubertät der Schlaf-Wach-Rhythmus nach hinten. Daher sind viele Jugendliche sogenannte Spättypen, die einfach erst später müde werden und einschlafen können. Unglücklicherweise wird dieser Entwicklungsverlauf in unserer Gesellschaft nicht berücksichtigt. Die Schule beginnt zu einer Zeit, in der die Jugendlichen noch Schlaf bräuchten. So

entsteht ein sogenannter sozialer Jetlag. Der wirkt sich unmittelbar negativ auf die schulische Leistungsfähigkeit aus. Das wird durch viele Studien belegt. 30 Minuten mehr Schlaf können die schulischen Leistungen um 30% steigern.

2. Unabhängig davon tragen die meisten Jugendlichen auch selbst nicht zur Stabilität ihres Schlaf-Wach-Rhythmus bei. Da sind deutliche Verschiebungen durch nächtliche soziale Aktivitäten am Wochenende, die sich gegen die innere Uhr auswirken. Da ist aber auch der durch Medienaktivitäten geprägte Tagesablauf während der Woche. Nach den „Media Perspektiven“-Basisdaten verbringen die 10- bis 19-Jährigen durchschnittlich 303 Minuten täglich mit AV-Medien, in den USA ergibt sich eine kumulierte Dauer von 7,5 Stunden. Der intensive Medienkonsum der Jugendlichen führt zwangsläufig zu mehr Immobilität. Das heißt, körperliche Aktivitäten treten in den Hintergrund, das Adipositasrisiko steigt, insbesondere wenn die Immobilität mit einem inadäquaten Ernährungsverhalten einhergeht. Hinzu kommt, dass die intensive Mediennutzung zu einem gesteigerten inneren Erregungslevel führen kann, der sich negativ auf das Schlaf-Wach-Verhalten auswirkt. Letzteres ist insbesondere bei intensiver Beschäftigung mit Computerspielen der Fall. Im Vergleich zum passiven Medienkonsum mit rezeptiver Haltung ist bei Computerspielen interaktives Engagement gefordert. Bei Computerspielen mit aggressivem Inhalt kann es zu Rollenidentifikationen mit Aggressorpositionen kommen, die zu einem hohen psychophysiologischen Erregungslevel führen und damit den Schlaf nachhaltig beeinträchtigen können.

## DAS LEBEN GEGEN DIE INNERE UHR

Es stellt sich nun die Frage, welche Konsequenzen sich aus diesen Entwicklungen ergeben. Flexibilisierte Schulanfangszeiten, wie sie modellhaft angeboten werden oder zumindest der Verzicht auf kognitiv fordernde Fächer am frühen Morgen sind ein Mittel gegen den Jetlag infolge der physiologischen Verschiebung der Einschlafzeiten. Aber wie ist umzugehen mit den Folgen einer gesellschaftlichen Entwicklung, die zunehmend durch die digitalen Medien geprägt ist? Die Tabuisierung des Internet wäre nicht nur nicht gerechtfertigt sondern auch kontraproduktiv. Einerseits haben über das Internet zu erhaltende Informationen mittlerweile einen hohen Stellenwert als Informationsgewinn und auch als Lerninhalte. Andererseits ist ein Leben außerhalb der sozialen Netzwerke für Jugendliche derzeit praktisch undenkbar, da sie sich dadurch sozial isolieren würden. Ein Verhalten, das für die Persönlichkeitsentwicklung der Jugendlichen zweifellos von Nachteil wäre. Damit ergibt sich die Frage nach der Balance zwischen virtuellem und realem Erleben. Nur durch eine konsequent eingehaltene Medienhygiene lässt sich diese Balance umsetzen, und zwar beginnend in der Säuglingszeit und mit viel elterlichem Engagement. Wenn man bedenkt, dass nur 6% der Eltern die Inter-

netaktivitäten ihrer Kinder begleiten, liegt der Ansatzpunkt zur Umsetzung medienhygienischer Ziele in der Schulung der Eltern. Zur Medienhygiene gehört aber auch, den Kindern Alternativen zum Medienkonsum aufzuzeigen und mit ihnen zu praktizieren, z. B. im sportlichen Bereich. Zur Medienhygiene gehört auch, emotional geprägte persönliche Beziehungen positiv zu leben, um den Kindern die Möglichkeit zu geben, diese auch so zu erfahren. Und es gehört dazu, die Kinder in ihrer Persönlichkeitsentwicklung so stärken, dass sie den Mut aufbringen, sich regelmäßig, und wenn es nur nach dem Zubettgehen ist, mediale Auszeiten zu nehmen.

## MEDIENHYGIENE UND SCHLAFHYGIENE GEHÖREN ZUSAMMEN

In der Kölner Kinderschlafstudie wurden von 2002 bis 2006 insgesamt über 13.000 Kinder und Eltern bezüglich des Schlafverhaltens und möglicher Einflussfaktoren befragt. Dabei zeigte sich, dass die Angaben der Kinder signifikant höher lagen als die Elternangaben. Dieses Phänomen ist auch von anderen Studien bekannt. Weitere diesbezügliche Untersuchungen haben gezeigt, dass die Angaben der Kinder und Jugendlichen zutreffender sind als die Elternangaben. Daraus ergibt sich, dass die Eltern offenbar das Befinden ihrer Kinder nur unzureichend wahrnehmen, aus welchen Gründen auch immer, und dass in der kinder- und jugendärztlichen Praxis auf die direkte Befragung der Patienten nicht verzichtet werden sollte. Kinder, die regelmäßige Schlaf-Wach-Zeiten hatten, hatten signifikant seltener Ein- und Durchschlafstörungen sowie Tagesmüdigkeit als Kinder mit einem unregelmäßigen Schlaf-Wach-Verhalten. Insofern bleiben stabile Rhythmen, wie bei den fötalen Lämmern nachgewiesen, auch im späteren Leben ein entscheidender Faktor für einen erholsamen Schlaf. Die Prävalenzzahlen der Kölner Kinderschlafstudie haben ergeben, dass im Grundschulalter bezüglich des Schlafverhaltens Ein- und Durchschlafstörungen dominieren, wohingegen bei den älteren Kindern/Jugendlichen die Tagesmüdigkeit im Vordergrund steht. So gaben 28,5% der 11-Jährigen an, manchmal oder häufig tagsüber müde zu sein. In diesem Alter wird zu spätes Einschlafen oder gestörter Schlaf aufgrund von diversen Aktivitäten nicht als Störung empfunden. Die Tagesmüdigkeit ergibt sich dann aber als Folge des nicht erholsamen Schlafes. Schlafstörungen bei Kindern und Jugendlichen gehen mit einem signifikant erhöhten Risiko für Hyperaktivität und emotionale und Verhaltensstörungen einher. Daher sollte bei entsprechender Symptomatik immer eine Schlafanamnese durchgeführt werden. Wenn für die Betroffenen eine verhaltenstherapeutische Beratung nicht zielführend ist, ist eine kinder- und jugendpsychiatrische oder psychologische Therapie indiziert.

## ZUR SCHLAFANAMNESE GEHÖRT DIE DIREKTE BEFRAGUNG DER JUGENDLICHEN

Die Schlafanamnese kann ergänzt werden durch Fragebögen und ein Schlaf-Wach-Tagebuch, das über drei Wochen geführt

werden sollte. Mithilfe der Schlafanamnese kann unterschieden werden zwischen organisch bedingten Schlafstörungen und nicht organisch bedingten Schlafstörungen. Bei den organisch bedingten Schlafstörungen hat das obstruktive Schlafapnoesyndrom mit bis zu 5 % im Kindesalter die höchste Prävalenz. Häufigstes Leitsymptom ist wie bei den Erwachsenen das Schnarchen. Auch Apnoen sind zu beobachten. Im Unterschied zu den Erwachsenen ist die häufigste Ursache der obstruktiven Schlafapnoen bei Kindern die adenotonsilläre Hyperplasie. Hinzu kommen die Physiognomie betreffende Auffälligkeiten, die mit einem erhöhten Risiko für obstruktive Apnoen einhergehen wie Unterkieferrücklage, Mittelgesichtshypoplasie und Kieferokklusionsstörungen. Dabei handelt es sich um Auffälligkeiten, die auch bei Jugendlichen zu berücksichtigen sind. Größere Bedeutung für das Auftreten obstruktiver Schlafapnoen im Jugendalter hat die Adipositas. Die zunehmende Zahl adipöser Jugendlicher durch Immobilität und inadäquates Ernährungsverhalten hat eine steigende Anzahl jugendlicher Patienten mit obstruktiven Schlafapnoen zur Folge. Wie bei den Erwachsenen ist mit den obstruktiven Schlafapnoen auch im Kindes- und Jugendalter ein erhöhtes Risiko für die arterielle Hypertonie und Rechtsherzbelastung ebenso verbunden wie für metabolische Störungen. Hinzu kommen psychische Symptome und Einschränkungen der Leistungsfähigkeit infolge der Tagesschläfrigkeit. Insofern ist die frühzeitige Diagnostik und Therapieeinleitung geboten. Therapeutisch erstreckt sich das Spektrum je nach individueller Befundkonstellation von medikamentöser antiinflammatorischer Therapie über HNO-OP (AT/TT), kieferorthopädische Maßnahmen und myofunktionelle Therapie bis hin zu mund-/kiefer-/gesichtschirurgischen Eingriffen.

Bezogen auf die Tagesschläfrigkeit ist auch die Narkolepsie als wichtige Differenzialdiagnose zu berücksichtigen. Über drei Monate bestehende wiederholte Episoden von nicht unterdrückbaren plötzlichen Schlafattacken am Tag sind ein richtungsweisendes diagnostisches Kriterium für die Narkolepsie. Häufig kommen Kataplexien hinzu. Dabei handelt es sich um Zustände mit plötzlichem Tonusverlust der Muskulatur unterschiedlicher Ausprägung. Es kann zum kurzen Kopfnicken oder zum Tonusverlust der Augenlider oder der Unterkiefermuskulatur kommen, es kann aber auch dazu kommen, dass die Kinder aus dem Stand oder dem Sitzen heraus zu Boden gleiten. Das Bewusstsein ist dabei erhalten. Getriggert werden Kataplexien durch positiv emotional besetzte Erlebnisse mit Lachen oder freudiger Erwartung. Der Nachtschlaf ist häufig gestört und die Patienten sind durch ihre Erkrankung psychisch belastet und im Hinblick auf soziale Kontakte eingeschränkt. Anamnesen erwachsener Patienten mit Narkolepsie reichen oft viele Jahre zurück, ohne dass eine Diagnose gestellt wurde. Daher sind Kinder- und Jugendmediziner bei dieser Erkrankung besonders gefordert, um eine rechtzeitige Diagnose zu stellen und einen frühzeitigen Therapiebeginn zu ermöglichen. Die Narkolepsie wird oft als harmlose Schlafstörung abgetan oder als Epilepsie fehldiagnostiziert. Ungeeignete Therapiemaßnahmen tragen dann dazu bei, die Diagnostik zu verzögern. Entscheidend für den Pädiater ist es, das Krankheitsbild zu kennen und bei begründetem Verdacht

unverzöglich eine schlafmedizinische Diagnostik einzuleiten. Erschwert wird die Problematik dadurch, dass das Krankheitsbild im Kindes- und Jugendalter häufig noch nicht alle diagnostischen Kriterien erfüllt, die für die Erwachsenen gelten. Dennoch ist das frühzeitige Einleiten der Therapie dringend geboten. Die Diagnose wird gestellt unter Einsatz von Polysomnographie und Vigilanzdiagnostik. Die Bestimmung von HLA-Markern kann hilfreich sein, insbesondere aber die Bestimmung des Hypokretins aus dem Liquor, das als Neurotransmitter unserer Schlaf-Wach-Verhalten reguliert. Erniedrigte Liquorhypokretinspiegel stehen mit der Narkolepsie in eindeutigem Zusammenhang. Zum Ausschluss hirnorganisch bedingter Veränderungen als Ursache der Tagesschläfrigkeit sollte ergänzend immer eine MRT-Untersuchung durchgeführt werden.

### **WACHSTUMSSCHMERZEN UND WADENKRÄMPFE KÖNNEN SYMPTOME DES RESTLESS-LEGS- SYNDROMS SEIN**

Tagesschläfrigkeit und hyperaktives Verhalten sind auch Symptome einer anderen Schlafstörung, die im Kindes- und Jugendalter bisher (viel zu) selten diagnostiziert wird: Das Restless-Legs-Syndrom (RLS). Dabei kommt es in Phasen körperlicher Ruhe zu einem Kribbeln und Taubheitsgefühl, manchmal auch zu Schmerzen in den Beinen, gelegentlich auch in den Armen. Die Kinder zeigen eine ausgeprägte Bewegungsunruhe nach dem Zubettgehen und das Einschlafen verzögert sich. „Wachstumsschmerzen“ und „Wadenkrämpfe“ sind Symptome, die mit dem Vorliegen eines Restless-Legs-Syndroms kompatibel sind. In etwa der Hälfte der Fälle liegt eine familiäre Disposition für die Erkrankung vor. Wegen des durch die schmerz- und parästhesiebedingten Unruhezustände bestehenden Schlafmangels zeigen die Kinder tagsüber Symptome des nicht erholsamen Schlafes. Häufig steht dabei hyperaktives Verhalten eher im Vordergrund als die Tagesschläfrigkeit. Daher kann bei den Kindern ein ADHS fehldiagnostiziert werden mit der Folge einer nicht indizierten Behandlung. Häufig liegt dem Restless-Legs-Syndrom ein Eisenmangel zugrunde. Daher ist die Ferritinbestimmung der erste diagnostische Schritt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass das Eisen im Zusammenhang mit dem RLS nicht primär als blutbildender Parameter zu bewerten ist, sondern als Parameter der Dopaminsynthese. Dopaminmangelzustände sind beim RLS ursächlich bekannt. Bei der Beurteilung der Ferritinwerte ist entscheidend, dass bei Symptomen des RLS die Ferritinspiegel grundsätzlich bei 50 ng/ml liegen sollten, unabhängig von den seitens der Laboratorien angegebenen Normwerten! Bei RLS-Symptomatik und Ferritinwerten unter 50 ng/ml sollte bis zum Erreichen des Zielwertes von 50 ng/ml eine orale Eisentherapie durchgeführt werden. Häufig verschwinden die RLS-Symptome zeitnah nach Beginn einer Eisentherapie. Eine begleitende schlafmedizinische Betreuung der RLS-Patienten ist zu empfehlen.

Das breite Spektrum der Schlafstörungen bei Jugendlichen umfasst im weiteren die sogenannten Parasomnien, die im Non-REM-Schlaf als Schlafwandeln dominieren und im REM-Schlaf als

Alpträume. Bei den 5- bis 12-Jährigen hat das Schlafwandeln eine Prävalenz von 15%. Auch dafür gibt es eine genetische Prädisposition. Schlafwandeln gilt als Reifungsstörung der Schlafentwicklung, die in der Regel ohne gezielte therapeutische Maßnahmen abklingt. Wecken sollte man die Schlafwandler nicht, da sie ansonsten unbewusst aggressiv reagieren könnten und durch das Aufwecken der weitere Schlafablauf gestört wird. Vorsicht ist geboten wegen einer erhöhten Verletzungsgefahr. Die Kinder und Jugendlichen können im Schlafwandeln Fenster und Türen öffnen, hinfallen, auf die Straße laufen etc. Daher ist eine adäquate Umgebungssicherung geboten. Alpträume treten aus dem REM-Schlaf heraus auf, häufig erst in den frühen Morgenstunden. Nach den Ergebnissen der Kölner Kinderschlafstudie berichten 4 % der Befragten über häufige Alpträume. Wenn die Kinder aus den Träumen erwachen, können sie sich an die Traumhalte erinnern. Insbesondere Träume mit immer wiederkehrenden gleichen Inhalten bedürfen der weiteren Abklärung, da eine psychisch bedingte Ursache dafür wahrscheinlich ist.

### **ZUSAMMENFASSUNG**

Schlafstörungen kommen bei Jugendlichen häufig vor. Mit zunehmender Mediennutzung ist eine weitere Zunahme zu erwarten. Eine Voraussetzung für erholsamen Schlaf ist ein stabiler Schlaf-Wach-Rhythmus. Das Schlaf-Wach-Verhalten bei Jugendlichen entwickelt sich häufig entgegengesetzt. Erhöhte Tagesmüdigkeit und hyperaktives Verhalten bei Jugendlichen sollten Anlass geben, eine Schlafanamnese zu erheben. Adipositas ist ein Risikofaktor für ein obstruktives Schlafapnoesyndrom, auch bei Kindern und Jugendlichen. Das oft mehrjährige Intervall zwischen dem Auftreten narkoleptischer Symptome bereits im Kindesalter und der Diagnosestellung und Therapieeinleitung häufig erst im Erwachsenenalter ist eine dringliche Herausforderung für die Kinder- und Jugendärzte. Die Kenntnis der Bedeutung des Eisens für die Dopaminsynthese und die Zusammenhänge zwischen zu niedrigem Ferritinspiegel und dem Auftreten von Restless-Legs-Symptomatik, auch bei Kindern und Jugendlichen, kann rasch zu therapeutischen Erfolgen führen. Wenn Schlafstörungen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis rechtzeitig thematisiert werden, kann unter Einbeziehung schlafmedizinischer Fachkompetenz frühzeitig die adäquate Therapie eingeleitet werden und können psychische, organische und kognitive Folgen von Schlafstörungen verhindert werden.

■ *Dr. Alfred Wiater  
Kinder- und Jugendarzt/Schlafmedizin  
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung  
und Schlafmedizin (DGSM)  
Schimmelpfengstraße 2  
34613 Schwalmstadt-Treysa*

Literatur beim Verfasser.

# Primäre Kopfschmerzen

Paul Vosschulte

*Akute und rezidivierende Kopfschmerzen sind in der Kinder- und Jugendarztpraxis ein häufiger Vorstellungsgrund. Dabei machen die primären Kopfschmerzformen „Spannungskopfschmerz“ und „Migräne“ mit ihren jeweiligen Unterformen über 90 % der Fälle aus. Daher wird vorgeschlagen, nach anamnestischem und klinischem Ausschluss sekundärer Kopfschmerzen zügig zur Einordnung als „Spannungskopfschmerz“ oder „Migräne“ fortzuschreiten und nach einem festgelegten Plan vorzugehen.*

## Übersicht über Ablauf und Ziele der Beratung bei primären Kopfschmerzen im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung

1. Neurologische Untersuchung, Abfrage von „Red Flags“
2. Aufklärung über die primären Kopfschmerzformen, Zuordnung Spannungskopfschmerz/Migräne
3. Aufklärung für die Stress-Vulnerabilitäts-Sichtweise im Sinne des Erkennens eines Zusammenhangs zwischen Stress- bzw. Reizsituationen und körperlichen Reaktionen
4. Evaluation und Identifikation von Stressorkandidaten und daraus folgend Ableitung der Möglichkeit, dysfunktionale Muster wie z. B. negative Grundüberzeugungen, mangelnde Emotionsregulation oder mangelnde Problemlösungsstrategien zu erkennen
5. Aufklärung Akutmedikation Migräne
6. Motivation und Anleitung zum Führen eines Kopfschmerztagebuchs mit Situationstagebuch
7. Motivation zum Selbsterlernen der progressiven Muskelentspannung nach Jacobson
8. Informationen für Eltern zum Verhalten bei Kopfschmerzen des Kindes und zur Stressminderung
9. Erlernen spezieller Schmerzbewältigungsstrategien wie z. B. Aufmerksamkeitsumlenkung
10. Motivation zur Wiedervorstellung nach 4–8 Wochen (Tagebuch, Überprüfung der Richtigkeit der Konzepte)
11. Behandlungsziele Spannungskopfschmerz: 1 x / 2 Wochen ohne Schulausfall, Migräne: 1 Anfall / Monat, medikamentös gut beherrscht

## RED FLAGS:

Die neurologische Untersuchung ist notwendiger, wenn auch nur in seltenen Fällen zielführender Teil der Abklärung. Zur Erkennung sekundärer Kopfschmerzen ist die Anamnese wesentlich. Internistische Ursachen wie unzureichend eingestelltes Asthma oder Sinusitiden sind in der Regel schon aus dem hausärztlichen Rahmen bekannt. Für Hirntumoren gibt es kein auch nur annähernd genaues klinisches Merkmal oder eine Symptomkonstellation. Dabei sind Kopfschmerzen zwar oft Bestandteil der Symptomatik, aber nie alleiniges Symptom für einen Hirntumor (Wilne et al.). Die folgenden Merkmale sind immer zu klären:

- **Stärke:** akute erstmalige oder erstmalig in dieser Stärke auftretende Kopfschmerzen
- **Lokalisation:** starke okzipitale Kopfschmerzen
- **Tageszeit:** regelmäßige nächtliche Kopfschmerzen bei Kindern oder Jugendlichen
- **Untersuchung:** jegliche neurologische Untersuchungsauffälligkeit inklusive Funduskopie
- **Alter unter 5 Jahren:** Makrozephalus beachten, Physiotherapie als Hinweis auf Entwicklungsverzögerungen
- **Wesensveränderungen**
- **Lageabhängigkeit**
- **Verstärkung durch Husten**
- **Unklare Gesichtsfeldeinschränkungen**
- **Schlechte Kommunikation oder Kooperation mit den Eltern (z. B. Sprachbarriere)**
- **Besorgte Eltern**
- **Dauer unter 8 Wochen**
- **Morgendliches Nüchternbrechen**

All diese genannten Merkmale sollten – auch bei individuellem Auftreten – die Aufmerksamkeit erhöhen und die Schwelle zur Indikation für Bildgebung mit Kontrastmittel senken.



Außerdem sollte bei fehlenden Auffälligkeiten im Sinne der obigen Liste und phänomenologisch primären Kopfschmerzen früh im Beratungsprozess abgeklärt werden, ob es derzeit Gründe für eine psychologisch/psychiatrische Evaluation oder Behandlung gibt oder ob diese bereits erfolgt. Lange Schulabwesenheit und zusätzliche multiple Schmerzen (Bauch, Extremitäten) weisen regelmäßig auf andere relevante Schwierigkeiten hin, welche dem unten vorgeschlagenen Vorgehen entgegenstehen könnten. Daher sollte dies schon bei der Terminabsprache abgefragt werden. Das unten genannte Vorgehen bei primären Kopfschmerzen zielt diesbezüglich auf einen Schmerzpatienten, dessen dysfunktionale Muster oder Lernprozesse noch nicht zur wesentlichen Gefährdung des sozialen Zusammenlebens geführt haben.

## HINTERGRUND UND ZUGANG ZU KOPFSCHMERZEN: STRESS

Rezidivierende primäre Kopfschmerzen sind eine Reaktion auf anhaltenden oder gelegentlich auch aktuellen Stress. Stress ist wiederum ein zunächst funktionales Anpassungsmuster an Anforderungen. Die Fähigkeit des Individuums, Anforderungen körperlich, kognitiv und emotional gerecht zu werden, bestimmt darüber, ob die Stressreaktion erfolgreich eingesetzt und damit beendet werden kann oder bei mangelndem Erfolg chronifiziert und damit maladaptiv ausfällt. Es ist der wesentliche Teil des Beratungsprozesses, den Schmerzpatienten und seine Umgebung für diese Sichtweise zu gewinnen. Dabei spielen vier Aspekte für die Evaluation eine leitende Rolle.

Erstens bringt das Individuum eine genetische Vulnerabilität für Kopfschmerzen als Stressreaktion mit. 70 % der Patienten weisen eine positive Familienanamnese auf. Im Falle der Migräne gibt es eindeutige Hinweise auf Veränderungen in neuronalen Ionenkanälen (Zernikov). Beim Spannungskopfschmerz werden Verschiebungen des Neurotransmitters Serotonin (ähnlich wie bei Depression) diskutiert. Die Familienanamnese ist hierzu zu erheben.

Zweitens hat das Temperament entscheidenden Einfluss auf die individuelle Stressreaktion. Neugier und Rückzugsverhalten können erfragt und zusammen mit dem aktuellen Verhalten des Patienten versuchsweise gedeutet werden.

Drittens bestimmt die bisherige Lebenserfahrung darüber, inwieweit die aktuelle Lebenssituation und die damit verbundenen Stressoren gemeistert werden können. Hierzu gehören neben Grundüberzeugungen über sich und die Mitmenschen sowie den Fähigkeiten zur Stressbewältigung, zur Emotionswahrnehmung, zur Regulation und zum Problemlösen auch die in der Familie gültigen „Systempläne“ sowie Ergebnisse operanten Lernens und des Modelllernens.

Die Abfrage dieses Bereiches geht im Rahmen der ärztlichen psychosomatisch orientierten und auf Stress ausgerichteten Exploration einher mit dem vierten Punkt.

Viertens ist es wichtig, die aktuelle Lebenssituation genau zu erfragen. Migränepatienten werden explizit nach Wetterfüh-

ligkeit, Reaktion auf Abweichung vom Alltag (Schlaf, Trinkmenge, Regelblutung) und anderen eventuell auslösenden Faktoren gefragt. Dies erweist sich in vielen Fällen als ausreichend. Bei allen häufigen primären Kopfschmerzattacken ist der Bezug zu Stress aufwändiger zu ergründen: Dabei werden zunächst allgemeingültige äußere Anforderungen wie Schule/Schulwechsel sowie eher individuell bedeutsame anstrengende Lebensverhältnisse, wie z. B. „voller Terminkalender“ (Schilderung einer typischen Woche) oder Hinweise auf familiäre Schwierigkeiten erfragt.

## Im Übergang zu den eher individuell bedeutsamen Stressoren können Schüler gut nach den „fünf L“ befragt werden:

- 1.–3. Besteht eine Verstärkung der Schmerzen durch Schul-Lärm oder stickige Luft? Werden die SchulLeistungen stimmig erlebt, d. h. passen Einsatz und Ergebnis sowie die Bewertung des Ergebnisses zusammen? Die Frage zielt auf eventuell dysfunktionale Muster wie übertriebenen Perfektionismus oder Leistungsängstlichkeit ab. Hier hinein gehört auch die explizite Frage nach Lernschwierigkeiten oder Anzeichen für eine Aufmerksamkeitsschwäche.
4. Gibt es Schwierigkeiten mit den Leuten (sprich Mitschülern) oder sogar Mobbing Erfahrungen? Hier werden Muster im interaktionellen Bereich erfragt (Schüchternheit, hohe Ansprüche an das Gegenüber).
5. Darauf richtet sich auch die Frage nach eventuellem Ärger mit Lehrern. Die hier gewonnenen Informationen geben Hinweise auf Stress unterhaltende Muster, die dann explizit erfragt werden: generelle Ängstlichkeit, Intoleranz gegenüber Unsicherheit, Grübelneigung oder im Gegenteil Schwierigkeiten mit Regeln, Neigung zum Ärger oder zu Wutausbrüchen. Damit ist die Evaluation für den dritten stressrelevanten Bereich ungefähr umrissen.

Es fehlt noch die Frage nach dem durch die Schmerzen und den Umgang mit Schmerzen zusätzlich ausgelösten Stress: Fehltag in der Schule, Umgang der Familie mit körperlichen Auffälligkeiten (sorgenvolle Interpretation körpereigener Empfindungen oder Negation von Stresszeichen als Familienstil). Besteht Schonungsneigung? Hier sollte zusammen mit dem Patienten kritisch hinterfragt werden, ob das Schonen irgendeine Besserung erbrachte. In der Regel verneinen die Patienten dies, sind zugleich aber ratlos. Hilfreich ist dann der Hinweis darauf, dass bei chronischen primären Kopfschmerzen der sonst biologisch ja sinnvolle Schonreflex in der Regel nicht hilft und das deswegen aktivierende Wege beschritten werden sollen (s. Link Kinderschmerzszentrum). Die Eltern sind an dieser Stelle angehalten, die Kinder bei Spannungskopfschmerzen dennoch zur Schule etc. zu schicken.

Ziel dieses Beratungsteils ist es, einen oder mehrere „Kandidaten“ dem Patienten gegenüber als stress- und damit kopf-

schmerzverstärkend zu benennen. Besonders günstig ist das Erstellen einer Problemliste. Dies gelingt in ca. 50 % der Fälle.

Nicht selten geben Patienten an, „keinen Stress zu haben“. Der Untersucher darf hier kurz sein Erstaunen darüber ausdrücken, dass angesichts rezidivierender Schmerzen etwas anderes zu erwarten wäre. Bei diesem „vermeidenden“ eben klassisch „psychosomatischen“ Verarbeitungsstil ist aber danach besonders darauf zu achten, den Klienten nicht zu bedrängen. Hier gilt – wie übrigens auch bei den o. g. Patienten mit nachweisbaren Stressoren – dass der Untersucher das Stress-Vulnerabilitäts-Modell als Vorschlag zur Prüfung durch den Patienten vorlegt. Auch der explizite Bezug auf Emotionen sollte zurückhaltend erfolgen. Der Vorschlag einer Einteilung in angenehme und unangenehme Situationen erleichtert hier oft den Zugang.

Aus dem o. g. Geschilderten wird ersichtlich, welche Bedeutung stressmindernde Maßnahmen haben können: Schmerzpatienten neigen dazu, die Schmerzen als konstant zu erinnern und erinnern sich vor allem an starke Schmerzen. Kopfschmerztagebücher verdeutlichen die wechselnde Schmerzstärke. Sie enthalten Hinweise auf auslösende Situationen. Daraus können sich Hinweise und Zugänge auf automatisch wirksame dysfunktionale Muster ergeben. Der Autor leitet deshalb zum Führen eines Situationstagebuches an: Wie war die Situation bei besonders starken Schmerzen? Was hast Du gedacht, gefühlt, gemacht? Kopfschmerztagebücher wirken positiv auf das Selbsteffizienzerleben und können als alleinige Maßnahme die Kopfschmerzfrequenz um 10 % senken helfen.

Das Erlernen der progressiven Relaxation oder des Biofeedbacks wirken unmittelbar auf eine Regelgröße bei Stress (Muskelspannung). Außerdem helfen sie, der starken Innenaufmerksamkeit von Schmerzpatienten entgegenzuwirken. Im Internet gibt es für die verschiedenen Altersgruppen MP3-Files zum Selbstlernen.

Vorschläge zur Problemlösetechnik sind klar ersichtlich stressmindernd und richten sich auch an die Eltern, die hier mithelfen können, die Selbstständigkeit der Patienten zu erhöhen (Erhöhung der Selbstwirksamkeitserwartung). Darüber hinaus können vor allem Eltern jüngerer Kinder neben dem funktionalen Umgang mit Schmerzen des Kindes zu folgenden stressmindernden Verhaltensweisen angeregt werden: explizites Benennen von vermuteten Gefühlen bei einem irritierten Kind; Zuhören; Kommentieren von Gefühlen; Überleiten von stressigen Situationen zu angenehmeren Situationen; Stressminderung im Falle überbordender Aktivitäten; Fähigkeit, im Falle unlösbarer Stressoren einfach da zu sein und schließlich Geduld zu zeigen.

## **EINORDNUNG REZIDIVIERENDE KOPFSCHMERZEN GEMÄSS DEN KRITERIEN DER IHS**

Beim primären Kopfschmerz erfolgt die Diagnose rein phänomenologisch: Die vom Patienten und seiner Familie vorgebrachten Beschwerden werden einer der beschriebenen Kopfschmerzformen zugeordnet. Die verbindliche Definition der Kopfschmerzformen ist in der sogenannten 2. Ausgabe der

International Headache Society (IHS) Klassifikation festgeschrieben (demnächst 3. Auflage, s. Link IHS). Manchmal ist über das Vorliegen eines oder mehrerer Kriterien nicht sofort zu entscheiden. Dann muss es erklärt und Beobachtung entschieden werden. Fehlen Kriterien oder sind sie nicht eindeutig, so wird die Diagnose als „wahrscheinlich“ charakterisiert. Für Kinder unter sechs Jahren ist dies immer zu empfehlen. Es können die Kriterien für mehrere Kopfschmerzformen vorliegen, häufig Spannungskopfschmerz und Migräne. Dann ist über beide Kopfschmerzformen zu beraten.

## **DIAGNOSE SPANNUNGSKOPFSCHMERZ**

Das wesentliche Merkmal des Spannungskopfschmerzes ist es, dass dieser nicht zu einer unmittelbaren Aufgabe der entsprechenden Tätigkeit zwingt. Kinder mit Spannungskopfschmerzen werden daher oft wegen der steigenden Häufigkeit oder auch wegen der Dauer der Kopfschmerzsymptomatik vorgestellt. Wenn einmal wegen der Kopfschmerzen eine Unterbrechung gemacht wird, dann können die Betroffenen sich anderweitig ablenken oder während einer kurzen Ruhepause durchaus lesen oder Musik hören. Bei sehr starken Schmerzen geben die Eltern auch Medikamente, in der Regel ohne signifikante Wirkung. Oft führt die Schmerzäußerung des Kindes zur Zuwendung durch die Eltern (Verstärkung). Die Betroffenen können eine plötzliche Verstärkung der Schmerzen erfahren. Diese ist erst beim genauen Nachfragen gekoppelt an Anforderungen oder an als Anforderung empfundene Situationen. Abweichungen oder als Abweichung oder gar Belastung wahrgenommene Ereignisse können die Schmerzempfindung verstärken. Der typische Schmerzort ist die ganze Stirn. Der Schmerz wird als beidseitig drückend, bandförmig, beengend angegeben. Die Betroffenen können über Lichtempfindlichkeit oder Geräuschempfindlichkeit klagen. Die „geforderte“ Dauer der Attacken ist für Erwachsene mit 30 Minuten bis sieben Tage angegeben. Während der obere Grenzwert auch bei Kindern und Jugendlichen beobachtet wird, werden im Kleinkindesalter auch kürzere Zeiten zugelassen. Die weitere Einteilung erfolgt dann nach der Häufigkeit: Kann ein Kopfschmerzgeschehen, wie im vorigen Abschnitt genannt, einem Spannungskopfschmerz zugeordnet werden, dann darf erst nach 10 Episoden die Diagnose eines sporadischen Spannungskopfschmerzes gestellt werden. Hier ergibt sich also der Bedarf nach genauer Zählung, bevor überhaupt ein primärer Kopfschmerz festgestellt werden darf! Bei einer Häufigkeit von  $> 1$  / Monat und  $< 15$  / Monat während mehr als drei Monaten liegt ein „häufig auftretender episodischer Spannungskopfschmerz“ vor. Dies ist in der Praxis ein sehr häufiger und oft auch bei der ersten Sitzung mit ausreichender Sicherheit zu identifizierender Typ. Ab einer Häufigkeit von  $> 15$  / Monat während mehr als drei Monaten liegt ein „chronischer Spannungskopfschmerz“ vor. Oft entwickelt sich der chronische aus einem häufigen Spannungskopfschmerz. Es gibt aber auch im Kindesalter einen plötzlich einsetzenden und dann nicht mehr remittierenden chronischen Spannungskopfschmerz, der durch die IHS als „chronischer Spannungskopfschmerz mit plötzlichem Beginn“ benannt wird.

## DIAGNOSE MIGRÄNE

Eine Migräne darf diagnostiziert werden, wenn mindestens fünf Attacken mit folgenden Merkmalen vorgelegen haben: Es liegen mittlere bis starke, einseitige oder pulsierende oder durch Routinetätigkeiten – z. B. Treppe steigen, Bewegen des Kopfes – verstärkte Kopfschmerzen vor, die unbehandelt zwischen 4 und 72 Stunden dauern und entweder von Übelkeit, Erbrechen oder von Lichtscheu und/oder Geräuschempfindlichkeit begleitet werden. Bei Kindern darf die untere Länge auch bei einer Stunde liegen. Außerdem kann der Migränekopfschmerz hier auch beidseitig vorliegen. Bei Unsicherheit muss auf der Beobachtung und Rückmeldung durch den Patienten bestanden werden. Bis dahin erfolgt eine Kennzeichnung als wahrscheinliche Migräne. Zur Migräne mit Aura ist die Anleitung der IHS eindeutig: „Wiederkehrende Erkrankung mit anfallsweise auftretenden reversiblen fokalen neurologischen Symptomen, die sich allmählich über 5–20 Minuten hinweg entwickeln und weniger als 60 Minuten anhalten. In der Regel folgen diesen Aurasymptomen Kopfschmerzen, die die Charakteristika einer Migräne ohne Aura aufweisen. Seltener weisen die Kopfschmerzen nicht die Merkmale einer Migräne auf oder sie fehlen sogar vollständig“. Es werden zwei Attacken gefordert. Eine Migräneattacke wird den Patienten gegenüber so erklärt, dass es nach Triggerung der Attacke zu einem kurzfristigen, das Gehirn aber nicht schädigenden „Energimangel“ kommt, in dessen Verlauf Substanzen gebildet würden, die dann die Schmerzen auslösen.

Bei Migräne hat die Akutmedikation Priorität und ist hier als nächstes anzusprechen. Die ausdosierte frühe Gabe von Ibuprofen ist das Mittel der ersten Wahl. Ab dem zwölften Lebensjahr steht die Gabe von Triptanen gleichauf, beginnend mit Sumatriptan. Das Ansprechen auf medikamentöse Behandlung ist unbedingt zu prüfen; daher ist immer Rücksprache darüber anzubieten. Für die Dosierung verweist der Autor – auch mit Blick auf die Prophylaxe – auf die jeweils aktuelle Leitlinie der Gesellschaft für Neuropädiatrie (Heinen et al.).

## ALLGEMEINER ABLAUF BEI KINDERN MIT VORSTELLUNGSGRUND „WIEDERKEHRENDE KOPFSCHMERZEN“

Da eine Wiedervorstellung Ziel der Vorstellung ist, sollte auf Seiten der Eltern auf deren Erfahrungen und Sorgen und auf Seiten der Patienten auf das vorhandene Motivationsniveau geachtet werden. Nach Ausschluss von „Red Flags“ (s. o.) werden dann entlang der o. g. IHS-Kriterien Qualität, Begleitumstände, Häufigkeit, Beginn, Verlauf erfragt. Dabei erhält der Untersucher oft einen Eindruck, ob nun Spannungs- oder eben Migränekopfschmerz oder auch beides vorliegt. Dementsprechend erfolgt nun ein dem Alter des Patienten angepasster Vorschlag zusammen mit dem o. g. Erklärungsmodell der entsprechenden Kopfschmerzform. Beim Vorliegen gemischter Kopfschmerzen werden beide Modelle nacheinander – beginnend mit den Spannungskopfschmerzen – erklärt. Hier soll besonderes Gewicht auf die Schilderung der verschiedenen klinischen Merkmale gelegt werden. Anschließend kann das

Stress-Vulnerabilitäts-Konzept leicht erklärt werden; Erfragen von Stressoren (s. o.).

Anschließendes Vorgehen nach Häufigkeit und Diagnosesicherheit:

- Beim sicheren episodischen Spannungskopfschmerz Aufklärung über das Verhalten beim nächsten Auftreten und Anleitung zur Rückmeldung bei Besonderheiten
- Bei der sicheren Migräne mit einer Häufigkeit von  $< 1$  / Monat Besprechung der Medikation und Verpflichtung über die Rücksprache mit Blick auf das Ansprechen
- Bei allen noch mit „wahrscheinlich“ zu kennzeichnenden Diagnosen, beim frequenten Spannungskopfschmerz, dem Erstkontakt beim chronischen Spannungskopfschmerz, der sicheren Migräne mit einer Häufigkeit von  $> 1$  / Monat nach Aufklärung über die Medikation und bei Vorliegen mehrerer Kopfschmerzformen Besprechung eines Tagebuches und des Elternverhaltens sowie Rückmeldung nach 4–8 Wochen
- Bei jungen Kindern Führen des Tagebuches mit einer qualitativen Skala

Bei allen frequenten Kopfschmerzformen sollte versucht werden, die Muskelentspannung nach Jacobson zu erlernen.

Das geschilderte Vorgehen bringt in vielen Fällen eine wesentliche Reduktion insbesondere beim Spannungskopfschmerz und bei nicht chronischer Migräne. Die Wiedervorstellung gelingt nicht in allen Fällen. Bei der Wiedervorstellung wird das Tagebuch besprochen, überprüft, ob das Stresskonzept und die vorgeschlagene Kopfschmerzform passen. Die Motivation wird überprüft. Bei allen unklaren oder zunehmenden Beschwerden wird die Indikation zum MRT erneut diskutiert. Bei unauffälliger Bildgebung und refraktärer Beratungssituation erfolgt die Überweisung an eine Schmerzambulanz oder an ein SPZ.

## FAZIT

Den meisten Kopfschmerzpatienten kann der niedergelassene Kinder- und Jugendarzt ein strukturiertes Angebot machen. Da die Chronifizierung die meisten Risiken birgt, sollte die Wiedervorstellung nach Erstberatung ein zentrales Anliegen sein.

■ *Dr. med. Dipl. Phys. Paul Vosschulte  
Coerdeplatz 10  
48147 Münster  
pvosschult@aol.com*

Literatur beim Verfasser.



# Schwindel

## DIAGNOSTIK

Harald Bode

*Schwindel ist ein häufiges Symptom bei Kindern und Jugendlichen mit vielen möglichen Ursachen. Meist lässt sich die Genese durch eine genaue Anamnese und eine allgemeinpädiatrische und neurologische Untersuchung klären. Bei nichtorganischem Schwindel sollte eine somatisch orientierte Überdiagnostik vermieden und ein psychosomatisches Störungskonzept mit Betroffenen und Eltern erarbeitet werden.*

*Schwindel ist eine unangenehme Verzerrung statischer Raumkoordinaten, eine kombinierte Bewegungsillusion der Selbst- und der Umweltwahrnehmung. Schwindel ist eine kortikale Wahrnehmungsstörung. Die Ursachen sind vielfältig und können meist durch Anamnese, Begleitsymptome und eine körperlich-neurologische Untersuchung differenziert werden. Mit Schwindel assoziiert sein kann ein Nystagmus, eine Form gestörter Blickstabilisation infolge von Tonusverschiebungen der vestibulooculären Reflexbahnen im Hirnstamm. Tritt eine Fallneigung oder eine Ataxie auf, liegt dem eine gestörte Haltungsregulation bei inadäquaten vestibulospinalen Reaktionen zugrunde. Bei Übelkeit und Erbrechen ist – in diesem Kontext – das medulläre Brechzentrum aktiviert. Entscheidend für die Behandlung ist die Abgrenzung von organischem und nichtorganischem Schwindel.*

Sie umfasst immer eine gründliche Anamnese, eine allgemeinpädiatrische und eine neurologische Untersuchung.

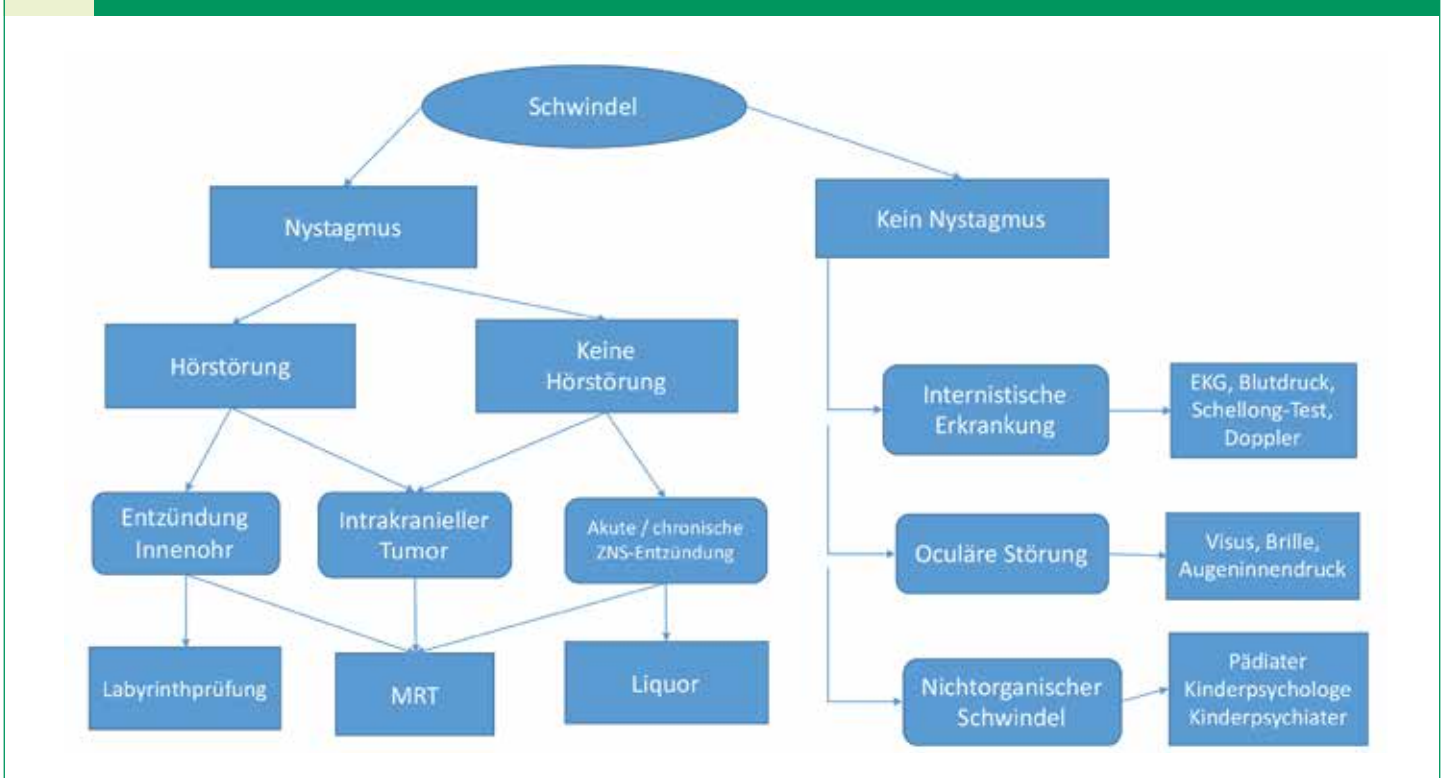
Die Anamnese beinhaltet Fragen nach Art (Dreh-, Schwankschwindel, Schwarzwerden vor den Augen), Dauer (Sekunden bis Monate), Auslösbarkeit (in Ruhe, lage-, belastungs- oder kontextabhängig) und Begleitsymptomen (Fieber, Infekt, Kopf-, Ohren-, Nackenschmerzen, Seh-, Augenbewegungs-, Hörstörungen, Lärm-/Lichtempfindlichkeit, Bewegungsstörungen). Die Anamnese gibt Hinweise auf eine mit dem Schwindel häufig assoziierte Migräne, ein Schädel-Hirn-Trauma, eine Intoxikation oder eine Begleitlabyrinthitis im Rahmen einer Otitis media.

In der körperlich-neurologischen Untersuchung sind zu prüfen: Augenstellung, Augenbewegungen inkl. Nystagmus, Hirnnervenfunktionen, Stand-Haltungs-Regulation, Koordination der Körper- und Feinmotorik, Auslösbarkeit durch rasche Kopfbewegungen oder Haltungsänderungen, Blutdruck inkl. Schellong-Test, Infektzeichen insbesondere im HNO-Bereich.

Bei unklarer Symptomatik können Routinelaboruntersuchungen, ein EKG, eine Labyrinthprüfung oder eine augenärztliche Untersuchung (Brille) sinnvoll sein.

Dabei ist die Wahrscheinlichkeit eines therapielevanten Ergebnisses im Vergleich zur Belastung durch das Untersuchungsverfahren jeweils abzuwägen.

Abb. 1 Möglicher diagnostischer Algorithmus



## KRANKHEITSBILDER

Zu unterscheiden sind vestibulärer und zentraler Schwindel. Häufige Ursachen von Schwindel bei Kindern und Jugendlichen sind: Otitis media, virale Infekte, Schädel-Hirn-Trauma, Migräne, somatoforme Störungen, zentralnervöse Erkrankungen und Intoxikationen.

Die Therapie organisch verursachter Schwindelformen richtet sich nach der jeweiligen Ursache. In vielen Fällen ist ein abwartendes Verhalten in Anbetracht eines zu erwartenden günstigen Spontanverlaufs gerechtfertigt.

Findet sich nach einer organisch ausgerichteten Anamnese und klinisch-neurologischen Untersuchung keine Ursache für den Schwindel, muss eine nichtorganische Genese erwogen werden. Die Diagnostik ist dann auf die Entwicklung, psychische Befunde, soziale Situation und Teilhabe des Kindes/Jugendlichen zu erweitern. Besonders wichtig ist die Erkennung von Überforderungs-, Belastungs- oder Konfliktsituationen, die von den Betroffenen oder deren Bezugspersonen nicht immer auf Anhieb benannt werden.

## NICHTORGANISCHER SCHWINDEL

### Symptome

Der nicht organische Schwindel (= psychogener, funktioneller Schwindel) wird als somatoforme Störung klassifiziert (F45.3). Die Kinder/Jugendlichen klagen über einen andauernden uncharakteristischen Schwank- oder Benommenheitsschwindel („wie Watte im Kopf“). Die angegebenen Beschwerden sind uncharakteristisch und wechseln häufig. Sie können bei Zuwendung oder in spezifischen Situationen zunehmen. Bei einfachen Stand- oder Gangaufgaben ist der Schwindel deutlicher als bei schwierigen. Auch Ablenkung, z. B. durch Rechenaufgaben, verringert die Symptomatik.

Charakteristisch ist die fehlende Übereinstimmung zwischen subjektiven Beschwerden und objektiven Untersuchungsbefunden. Die Alltagsfunktionen sind oft nur gering beeinträchtigt.

Der sekundär somatoforme Schwindel tritt im Anschluss an eine organische Erkrankung auf, die mit Schwindel assoziiert war. Ein primär somatoformer Schwindel tritt ohne eine solche Vorerkrankung auf.

### Therapie und Beratung

Grundlage für eine Behandlung von Patienten mit nichtorganischem Schwindel und die Beratung der Bezugspersonen ist die überzeugende Feststellung und Begründung, dass die körperliche Diagnostik keine Erklärung für die Symptomatik erbrachte und mithin keine organische Ursache für die geschilderten Symptome besteht.

Nach Abschluss einer sinnvollen organbezogenen Diagnostik sollte der hauptverantwortliche Kinder- und Jugendarzt darauf hinwirken, dass keine weiteren diesbezüglichen Aktivitäten erfolgen. Nicht abgesprochene Diagnostik einzelner Fachspe-

zialisten und „Doktorhopping“ führen eher zu einer Chronifizierung der Symptomatik.

Dem oft bestehenden rein somatischen Erklärungsmodell der Patienten und insbesondere der Bezugspersonen sollte ein biopsychosoziales Störungsmodell gegenübergestellt werden. Als realistisches Behandlungsziel sollte Beschwerdefreiheit formuliert werden. Übungsverfahren mit aktiver Beteiligung der Patienten sind empfehlenswert. Diese sollten Sport und andere körperliche Aktivität sowie Desensibilisierungsmaßnahmen durch gesteuerte und ansteigende Exposition beinhalten. Überforderungs-, Belastungs- und Konfliktsituationen sollten gemeinsam mit Patient und Bezugspersonen angegangen werden. Häufig finden sich Ansatzpunkte in Schule, Familie oder Freizeit.

Eine psychotherapeutische oder kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung ist anzuraten, wenn die Symptome andauern oder bereits durch die Anamnese und erste Befunderhebung Hinweise auf bedeutsame Belastungsfaktoren oder Konflikte bestehen. Gleiches gilt bei komorbiden Störungen wie Angst, Phobie oder Depression.

Therapeutisch werden dann meist kognitiv-verhaltenstherapeutische Techniken und systemisch orientierte Behandlungen eingesetzt. Nicht selten sind Veränderungen in der innerfamiliären Interaktion oder im Lebensumfeld notwendig und hilfreich.

## FAZIT

Die Symptomatik bei nicht organischem Schwindel ist häufig wechselnd und kontextabhängig. Hinweisend kann eine relativ geringe Beeinträchtigung von Alltagsfunktionen im Gegensatz zu deutlichen Beschwerden in der Untersuchungssituation sein. Eine gründliche störungsspezifische Anamnese und körperliche Untersuchung sowie eine adäquate, aber nicht ausufernde und vom hauptverantwortlichen Kinder- und Jugendarzt gesteuerte fachärztliche und ggf. apparative Diagnostik dient dem Ausschluss organischer Ursachen. Ist diese erfolgt, sollte dem Kind/Jugendlichen und seinen Eltern ein psychosomatischer Behandlungsansatz vorgeschlagen werden, welcher den Patienten in seinem Befinden ernst nimmt und eine zuverlässig gute Prognose bei gestufter Übungstherapie zusichert. Veränderungen in der innerfamiliären Interaktion und im Lebensumfeld (Schule, Peers, Freizeit) sind bei erkennbarer Belastung, Überforderung oder Konflikten anzustreben. Bei schwierigeren Problemen oder schweren Verläufen ist eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt.

■ Prof. Dr. Harald Bode  
Leiter Sektion SPZ und Pädiatrische Neurologie  
Frauensteige 10  
89075 Ulm  
Tel.: 0731 500 570 10  
harald.bode@uniklinik-ulm.de

Literatur beim Verfasser.

# Essstörungen – Versuch eines Überblicks

Ute Waschescio

*Essen scheint manchmal die einfachste und natürlichste Sache der Welt zu sein und dann wieder, im Falle von Essstörungen, die komplizierteste. Vom Beginn unseres Lebens an ist die Nahrungsaufnahme in einen sozialen Kontext eingebettet und aufs Engste mit unserer Emotionalität verknüpft. Das macht das Essen entweder „kinderleicht“ oder eben schwierig und es eröffnet den Raum dafür, emotionale Themen und Konflikte auf eine körperliche Ebene zu verschieben und dort abzuhandeln. Der folgende Text versucht einen Überblick über verschiedene Formen abweichenden Essverhaltens zu geben und diese einzuordnen.*

## ZWISCHEN WACHSAMKEIT UND GELASSENHEIT

In der Berichterstattung zu Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen gibt es bisweilen eine Tendenz zur Dramatisierung. Die mancherorts vorgestellten Zahlen zur Verbreitung essgestörten Verhaltens sind alarmierend und lösen Besorgnis aus. So wird in der Literatur häufig von Übergewicht und Adipositas als einer neuen Epidemie gesprochen. In der einflussreichen und viel zitierten KIGGS-Studie des Robert Koch-Instituts wird etwa einem Fünftel der untersuchten Jugendlichen im Alter von 11 bis 17 Jahren ein auffälliges Essverhalten attestiert (RKI, BZgA 2008). Selbstverständlich müssen diese Zahlen ernst genommen und den in Ihnen zum Ausdruck kommenden Entwicklungen muss Rechnung getragen werden. Gleichzeitig ist es nötig, gerade im professionellen Umgang mit potenziell Betroffenen, das Augenmaß beizubehalten und nicht in Panik oder Aktionismus zu verfallen. Die Ergebnisse der KIGGS-Studie basieren auf einem Kurztest (SCOFF), der aus lediglich fünf Fragen besteht (siehe Abbildung 1). Werden zwei dieser Fragen positiv beantwortet, gilt dies als möglicher Hinweis auf eine vorliegende Essstörung. Es ist bekannt, dass der SCOFF-Fragebogen als Screening-Instrument die Häufigkeit von Essstörungen überschätzt, gleichzeitig aber eine hohe Sensitivität, also eine hohe Quote richtig erkannter Fälle, aufweist. Insofern ist sein Einsatz (auch in der ärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis) gerechtfertigt – als erste orientierende Maßnahme, der nötigenfalls weitere diagnostische Untersuchungen folgen müssen. Am Beispiel des SCOFF-Fragebogens lässt sich ermes- sen, wie schwierig es sein kann, zwar aufmerksam zu sein für erste Frühsymptome oder Warnzeichen einer beginnenden Essstörung, dabei jedoch eine verfrühte oder übertriebene Pathologisierung zu vermeiden. Im Folgenden sollen ein Überblick über das Spektrum möglicher Abweichungen vom so genannten „normalen“ Essverhalten gegeben und die jeweiligen Hintergründe und Konsequenzen beleuchtet werden.

Abb. 1 SCOFF-Fragebogen

1. Übergibst du dich, wenn du dich unangenehm voll fühlst?
2. Machst du dir Sorgen, weil du manchmal nicht mit dem Essen aufhören kannst?
3. Hast du in der letzten Zeit mehr als 6 kg in 3 Monaten abgenommen?
4. Findest du dich zu dick, während andere dich zu dünn finden?
5. Würdest du sagen, dass Essen dein Leben sehr beeinflusst?

(Morgan et al., 1999)

## VERÄNDERUNGEN IM ESSVERHALTEN ALS NORMALER ASPEKT DER ADOLESCENZ

Viele Jugendliche zeigen im Laufe ihrer Entwicklung zumindest phasenweise Veränderungen im Essverhalten, die mehr oder weniger passager oder persistierend sein können. Ebenso erleben viele Heranwachsende zu Beginn der Pubertät eine erhebliche Verunsicherung bezüglich der einsetzenden körperlichen Veränderungen und damit einhergehend häufig eine starke Körperunzufriedenheit. Den als unkontrollierbar und deshalb ängstigend erlebten körperlichen Reifungsprozessen wird mit verstärkter Kontrolle der Nahrungsaufnahme und des Bewegungsverhaltens begegnet, in dem Versuch, die Kontrolle über den sich verändernden Körper zurückzuerlangen und ihn sich auf diese Weise (wieder) anzueignen. Doch nicht nur die Veränderungen im körperlichen Erscheinungsbild machen Angst; auch die verstärkte Wahrnehmung sexueller Triebimpulse wirkt auf viele Jugendliche zunächst beunruhigend. Eine häufig zu beobachtende Form des Umgangs mit solchen Triebängsten ist die Askese. Anorektische Patientinnen und Patienten berichten regelmäßig, ein großer „Vorteil“ des Hungerns bestehe darin, nichts mehr zu spüren. Dabei ist es individuell sehr unterschiedlich, was konkret nicht mehr gespürt werden soll: aggressive Impulse, regressive Sehnsüchte, Ablösungswünsche, Trennungsängste, Insuffizienzgefühle und eben auch sexuelle Empfindungen. Eine andere, der Askese entgegengesetzte Form der Abwehr entwicklungsbezogener Affekte und Empfindungen ist die Regression auf die Stufe oraler Befriedigung. Hierbei dient das (übermäßige) Essen als Ersatz für die Auseinandersetzung mit den adoleszenzspezifischen Entwicklungsaufgaben.

Zudem kann die Veränderung des Essverhaltens, die Abweichung von familiär etablierten Mustern und Gewohnheiten, im Dienste der Abgrenzung, Ablösung und Individuation im Rahmen des adoleszenten Verselbstständigungsprozesses stehen. Die intrapsychischen Konflikte um Abhängigkeit und Autonomie, Versorgung und Autarkie, Identität und Selbstwert, die in der Adoleszenz ihre krisenhafte Zuspitzung erfahren, werden auch im Umgang mit dem eigenen Körper und am Essenstisch ausgetragen.

In den meisten Fällen gelingt es den jungen Menschen im Laufe der Zeit, die Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz zu bewältigen. Sie finden Wege, den heranwachsenden Körper in das Selbstbild zu integrieren und ein sicheres Gefühl für die eigene, von anderen abgegrenzte, Identität zu entwickeln – und damit auch für die eigenen körperlichen und psychischen Grenzen. In manchen Fällen jedoch gelingt dies nicht und die veränderten Erlebens- und Verhaltensweisen verfestigen sich zu einem pathologischen Muster: Der reifende Körper bleibt fremd, die Identität brüchig, die Ablösung von den (inneren und äußeren) Elternobjekten kann nicht vollzogen werden. Die Entwicklungsängste bleiben unbeherrschbar. Essstörungen bieten an dieser Stelle die Möglichkeit, die als unlösbar erlebten Konflikte auf eine andere, die körperliche Ebene zu verschieben und dort in verdeckter Form abzuhandeln. Insbesondere die Anorexie wirkt hier wie ein Moratorium, indem die Entwicklung quasi unterbrochen und erst wieder weitergeführt wird, wenn sich die inneren Voraussetzungen geändert haben.

## ABWEICHENDES ESSVERHALTEN IM KINDESALTER

Abseits der „klassischen“ Essstörungen Anorexie und Bulimie, die im Kindesalter nur sehr selten vorkommen, lassen sich vor allem fünf Formen abweichenden Essverhaltens bei Kindern beobachten:

- selektives Essverhalten
- restriktives Essverhalten
- Essphobie
- psychogener Appetitverlust
- zwanghaftes Überessen

(Bryant-Waugh/Lask, 2008)

Viele Kinder zeigen im Laufe ihrer Entwicklung Phasen selektiver und/oder restriktiver Nahrungsaufnahme. Solange das Wachstum und die allgemeine körperliche Entwicklung hierdurch nicht beeinträchtigt werden, besteht weder Grund zur Sorge noch die Notwendigkeit einer besonderen Intervention. Die Eltern sollten dahingehend beraten werden, keinen Druck auf ihr Kind auszuüben, weder direkt, indem sie versuchen, es zum Essen zu drängen, noch indirekt, indem sie vor dem Kind ihre Sorgen zum Ausdruck bringen. Die meisten Kinder, nicht nur selektive Esser, haben die Tendenz, sich an bestimmte bevorzugte Lebensmittel zu halten und erst allmählich, mit den Jahren, ihr Nahrungsspektrum zu erweitern. Damit sie dies auch tun, ist es wichtig, ihnen immer wieder neue Lebensmittel anzubieten, es ihnen aber freizustellen, ob sie diese probieren möchten oder nicht. Auch wenn ein Kind eine bestimmte Speise ablehnt, ist es sinnvoll, diese bei nächster Gelegenheit wieder anzubieten. In vielen Fällen braucht es mehrere Anläufe, bis ein Kind eine neue Speise akzeptiert. Diese nicht pathologischen Formen eingeschränkter Nahrungsaufnahme unterscheiden sich deutlich von einer anorektischen Essstörung, da die betroffenen Kinder und Jugendlichen keine

gewichts- oder figurbezogenen Ängste (Furcht vor Gewichtszunahme, Furcht vor dem Dicksein), kein verändertes Körpererleben und keine ständige gedankliche Beschäftigung mit dem Essen zeigen. Dennoch ist es wichtig, sich zu vergewissern, dass dem restriktiven Essverhalten keine emotionalen Probleme zugrunde liegen. Auch ein unglückliches, emotional belastetes Kind kann mit einer Einschränkung oder Verweigerung des Essens infolge eines psychogenen Appetitverlusts reagieren. In diesem Fall ist es sinnvoll, gemeinsam mit den Eltern die Ursache des kindlichen Kammers zu ergründen und nach Wegen zu suchen, diesen abzumildern. Im Falle einer Essphobie zeigen Kinder eine deutliche Angst vor dem Essen selbst (wiederum ohne anorexiertypische Ängste vor dem Dickwerden). Betroffene Kinder befürchten, sich zu verschlucken, sich übergeben oder würgen zu müssen, zu ersticken oder sich zu vergiften. In manchen Fällen gibt es einen klar erkennbaren Auslöser für solche Ängste, wenn das Kind sich zum Beispiel tatsächlich einmal verschluckt hat und das Gefühl hatte, zu ersticken. Im Säuglingsalter ist dieses Phänomen unter dem Begriff der posttraumatischen Fütterstörung (PTFS) bekannt (Keller, 2011). Manchmal ist die kindliche Essphobie auch Teil einer allgemeineren Angst vor Neuem (Neophobie) und Ausdruck einer ängstlichen oder übersensiblen Persönlichkeitsstruktur. Es versteht sich von selbst, dass hier jeglicher Druck auf die Kinder vermieden werden sollte und nur ein behutsamer Umgang mit den Ängsten zu einer allmählichen Verbesserung führen kann. Neben den nahrungsvermeidenden Kindern gibt es solche, die von frühester Kindheit an deutlich zu viel essen oder im Laufe der Kindheit damit beginnen und demzufolge übergewichtig werden. Das vermehrte Essen tritt überwiegend dann auf, wenn die Kinder Stress empfinden, sich Sorgen machen, bedrückt oder traurig sind. Diesen Kindern eine Diät aufzuerlegen hat meist nicht den gewünschten Effekt, eher im Gegenteil. Auch hier ist es notwendig, an der Ursache der emotionalen Belastung anzusetzen und diese, wenn möglich, zu beheben. Parallel dazu sollte, in Abstimmung mit dem Kind und in Zusammenarbeit mit einer Ernährungsberaterin, eine ausgewogene und altersangemessene Ernährung etabliert werden.

## ESSSTÖRUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER GEMÄSS DSM-5

Im DSM-5 werden unter dem Kapitel „Fütter- und Essstörungen“ die diagnostischen Kriterien folgender Krankheitsbilder aufgeführt: Pica, Ruminationsstörung, Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und die Binge-Eating-Störung. Zusätzlich gibt es die Kategorie der anderen, näher bezeichneten Fütter- oder Essstörungen sowie die der nicht näher bezeichneten Fütter- oder Essstörungen (siehe Abb. 2).

Pica (ständiges Essen nicht zum Verzehr bestimmter Stoffe) kann im Rahmen anderer psychischer Störungen (z. B. intellektuelle Beeinträchtigung, Autismus-Spektrum-Störung, Schizophrenie), aber auch als Folge schwerwiegender elterlicher Vernachlässigung auftreten. Die Ruminationsstörung (wieder-

**Abb. 2** Fütter- und Essstörungen

- Pica
- Ruminationsstörung
- Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- Anorexia Nervosa
- Bulimia Nervosa
- Binge-Eating-Störung
- andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung
  - Atypische Anorexia Nervosa
  - Bulimia Nervosa (von geringer Häufigkeit und/oder begrenzter Dauer)
  - Binge-Eating-Störung (von geringer Häufigkeit und/oder begrenzter Dauer)
  - Purging-Störung
  - Night-Eating-Syndrom
- nicht näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung

(DSM-5 2015)

holtes Hochwürgen von Nahrung) kann ebenfalls im Zusammenhang mit einer Störung der intellektuellen, neuronalen oder mentalen Entwicklung auftreten, häufiger jedoch als Folge psychosozialer Probleme wie Vernachlässigung, fehlender Stimulation, familiärer Konflikte oder belastender Lebenssituationen.

Die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ ist im DSM-5 als eigenständige Essstörung neu aufgenommen worden. Dies geschah auf der Grundlage zunehmender empirischer Evidenz eines spezifischen Musters restriktiven Essverhaltens, das klar von Anorexia Nervosa unterschieden werden kann. Charakteristisches Merkmal ist die eingeschränkte Nahrungsaufnahme, wobei sich die Einschränkung sowohl auf die Menge an aufgenommener Nahrung als auch auf die Bandbreite der akzeptierten Nahrungsmittel beziehen kann (vgl. selektives/restriktives Essverhalten im Kindesalter). Es besteht eine deutlich erkennbare vermeidende Haltung in Bezug auf Lebensmittel sowie phobische Ängste in Bezug auf die Nahrungsmittel selbst (meist bezogen auf bestimmte sensorische Merkmale wie Konsistenz, Farbe oder Geruch) und/oder in Bezug auf den Vorgang des Essens (Angst vor Erbrechen oder Ersticken). Die körperlichen Folgen können ähnlich denen der Anorexie sein: Gewichtsverlust, Mangelerscheinungen, Wachstumsverzögerungen. Ebenso können die psychosoziale Entwicklung und Funktionsfähigkeit eingeschränkt sein (sozialer Rückzug, Schwierigkeiten beim Verlassen der vertrauten Umgebung). Anders als bei der Anorexie scheint es jedoch keine gravierenden Störungen im Körpererleben und in der Körperwahrnehmung bzw. -bewertung zu geben. Gewichts- und figurbezogene Ängste und Befürchtungen spielen keine signifikante Rolle bei der Entstehung und

Aufrechterhaltung dieser Essstörung. Sie ist insoweit vergleichbar mit dem in der Literatur bisweilen beschriebenen Phänomen der nicht-fettphobischen Anorexie (non-fat-phobic anorexia) (Carter/Bewell-Weiss, 2011). Trotz einiger charakteristischer Unterschiede machen die Überschneidungen mit den diagnostischen Kriterien der Anorexie eine Differenzialdiagnose manchmal schwer. Bisweilen geht die „Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ dem Beginn einer Anorexie auch voraus und geht in diese über. Die Störung kann bereits im Säuglingsalter beginnen, aber auch in jedem anderen Lebensalter erstmals auftreten.

Die Diagnosekriterien für Anorexia Nervosa (AN) sind im DSM-5 (im Vergleich zum DSM-4) an mehreren Stellen modifiziert worden. So wird die Amenorrhoe nicht mehr als Kriterium aufgeführt; auch die (bewusst wahrgenommene) ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme wird nicht mehr zwingend als notwendig angesehen. Die häufig als anorexiotypisch angenommene fehlende Krankheitseinsicht wird als mögliches, nicht zwingendes, Kriterium genannt. Die Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur wird weiterhin aufgeführt, obwohl neue Studien Hinweise darauf liefern, dass es sich bei der Störung im Körpererleben möglicherweise nicht um eine Wahrnehmungsverzerrung, sondern um eine ins Negative verschobene Bewertung handelt, die auf der Schwierigkeit beruht, den eigenen Körper anzunehmen (Mölbert et al., 2017). Das Leitsymptom auf der phänomenologischen Ebene bleibt das selbst herbeigeführte niedrige Gewicht, wobei zwei Subtypen unterschieden werden: der restriktive Typ (Gewichtsverlust durch Hungern, Bewegung, Medikamente) und der Binge-Eating/Purging-Typ (Betroffene zeigen Essanfälle und/oder selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren). Den quasi psychodynamischen Kern bildet das äußerst niedrige Selbstwertgefühl, das in hohem Maße figur- und gewichtsabhängig ist. Ergänzt wurden die Kriterien, sowohl bei Anorexie als auch bei Bulimie, um eine Klassifikation der jeweiligen Schweregrade (leicht, mittel, schwer, extrem). So gilt ein BMI unterhalb von 15 kg/m<sup>2</sup> als extreme Ausprägung der Anorexie.

Das Leitsymptom der Bulimia Nervosa (BN) sind wiederkehrende Essanfälle mit anschließenden kompensatorischen Maßnahmen. Diese Maßnahmen werden in einen Purging- (englisch für „reinigen“) und einen Non-Purging-Typ unterschieden. Zum Purging-Typ gehören, wie bei der Anorexie, Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, Diuretika und Klistieren, zum Non-Purging-Typ zeitweises Fasten, Sport und Bewegung. Auch bei der Bulimie bildet die enge Verknüpfung der Selbstbewertung mit Figur und Gewicht ein zentrales Element der pathologischen Dynamik. 14 oder mehr Episoden unangemessener kompensatorischer Maßnahmen pro Woche gelten als extreme Ausprägung. Anorexie und Bulimie haben ihren Beginn meist in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter.

Die Binge-Eating-Störung (BE) ist als neue Kategorie in die Liste der Essstörungen aufgenommen worden. Das Leitsymptom der Binge-Eating-Störung sind wiederholte Episoden von Essanfällen, denen, in Abgrenzung zur Bulimie, nicht mit unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen entgegen-

gewirkt wird. Hierdurch kommt es auf Dauer zwangsläufig zur Entwicklung von Übergewicht. Weitere charakteristische Merkmale der Binge-Eating-Störung sind das subjektiv empfundene Gefühl von Kontrollverlust während des Essanfalls sowie die meist nachfolgenden negativen Affekte wie Schuld- und Schamgefühle, Ekelempfinden gegenüber sich selbst oder Depressivität. Bei Adipositas ohne Essanfälle treten meist weder ein Gefühl von Kontrollverlust noch die beschriebenen negativen Affekte (zumindest nicht in der Intensität) auf. Die Binge-Eating-Störung kann bereits im Kindesalter auftreten, beginnt jedoch meist in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter. Episodische, eher seltene Essanfälle, sowie allgemein das Gefühl von Kontrollverlust während des Essens können Vorläufer einer sich entwickelnden Binge-Eating-Störung sein (Stichwort: LoC: Loss of Control-Eating) (Tanofsky-Kraff, 2017).

In der Kategorie „Andere näher bezeichnete Fütter- oder Essstörung“ werden fünf weitere Beschwerdebilder genannt: eine jeweils atypische oder geringer ausgeprägte Form von AN, BN und BE sowie die Purging-Störung (wiederkehrendes Purging-Verhalten ohne Auftreten von Essanfällen) und das Night-Eating-Syndrom (wiederkehrende Episoden nächtlichen Essens).

## ESSTÖRUNGEN BEI JUNGEN UND MÄNNERN

Trotz der hohen Aufmerksamkeit, die Essstörungen in den Medien erfahren, muss man weiterhin von einer Unterdiagnostizierung ausgehen. Dies betrifft in besonderem Maße Jungen und junge Männer. Essstörungen werden immer noch als überwiegend weibliche Erkrankungen angesehen, was nur bedingt gerechtfertigt ist. Je nach Art der Essstörung gibt es mehr oder weniger männliche Betroffene. Bei der Anorexie wird der Anteil auf 5–10% geschätzt, bei der Bulimie auf 10–15% und bei der Binge-Eating-Störung geht man von etwa 30% männlichen Betroffenen aus (DSM-5, 2015). Bei den Zahlen handelt

es sich um vorsichtige Schätzungen, die wenig belastbar sind. Das liegt zum einen daran, dass im Bereich Jungen und Essstörungen relativ wenig geforscht wird und zum anderen an der vermuteten hohen Dunkelziffer infolge der systematischen Unterdiagnostizierung. Jungen und Männer mit einer Essstörung fühlen sich gleich mehrfach stigmatisiert: dadurch, dass sie krank und damit hilfebedürftig sind, durch den Umstand, dass es sich um eine psychische Erkrankung und dann auch noch um eine „Mädchen-“ bzw. „Frauenkrankheit“ handelt. All dies steht im Widerspruch zu den gesellschaftlich vermittelten Normen und Idealen von Männlichkeit. Dies führt bei männlichen Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die noch in der Identitätsbildung sind und deren Geschlechtsidentität entwicklungsbedingt noch unsicher und fragil ist, dazu, dass Selbstanteile, die die männliche Identität gefährden könnten, eher verborgen werden. Das kann zur Folge haben, dass Betroffene den Weg ins Hilfesystem scheuen oder sich mit körperlichen Beschwerden beim Arzt vorstellen, die mit der Essstörung assoziiert sind, ohne dass diese selbst zum Thema wird (maskierte Essstörung). Auch das Umfeld (Familie, Schule, Freunde, Sportvereine) nimmt aufgrund der Zuschreibung von Essstörungen als weibliche Störungsbilder die Symptome oft nicht wahr oder ordnet sie falsch ein.

Eine zusätzliche Hürde bei der Diagnostizierung besteht darin, dass sich die Erkrankung bei Jungen und Männern zum Teil in Symptomen und Verhaltensweisen ausdrückt, die den Bezug zu einer Essstörung zunächst nicht deutlich erkennbar werden lassen (Murray et al., 2010). In diesen Bereich fällt die so genannte Muskeldysmorphophobie, also die übermäßige Angst, nicht muskulös genug zu sein. Jungen und Männer, die hiervon betroffen sind, streben nach Muskelaufbau. Sie tun dies durch Sport (insbesondere Krafttraining) und spezielle Diäten, oft unter Zuhilfenahme von Nahrungsergänzungsmitteln, Eiweißprodukten, aber auch Anabolika und anderen Medikamenten. Diese für den Muskelaufbau optimierte Ernährungsform kann genauso zwanghaft und restriktiv befolgt werden, wie es bei der Anorexie der Fall ist. Auch die Fixierung auf die Körperform, die ständigen Selbstzweifel, die Unzufriedenheit mit dem Körper, in späteren Phasen der soziale Rückzug und die zunehmend eingeschränkte psychosoziale Funktionsfähigkeit sind vergleichbar mit der Anorexie, sodass für dieses Störungsbild auch der Begriff „umgekehrte Anorexie“ (reverse anorexia) geprägt wurde – umgekehrt deshalb, weil das Ziel nicht die Verringerung der Körpermasse, sondern ihre Steigerung ist (Pope, 2001).

## SUBKLINISCHE VERÄNDERUNGEN DES ESS- UND BEWEGUNGSVERHALTENS

Es gibt eine große Bandbreite unterschiedlicher (Ess-)Verhaltensmuster, die, je nachdem in welcher Intensität sie betrieben werden oder in welchem psychosozialen Kontext sie auftreten, als gesund bzw. unproblematisch, subklinisch oder pathologisch angesehen werden können. Das wohl am weitesten verbreitete Muster abweichenden Essverhaltens, auch bei Jugendlichen (insbesondere bei Mädchen), ist das Diätverhalten



zur Gewichtskontrolle oder -reduktion. Der durchschnittliche Beginn des Diäthaltens bei jugendlichen Mädchen liegt aktuell bei 12–13 Jahren (Hill, 2017). Neben relativ gesunden, unproblematischen Formen des Diäthaltens (moderate Reduktion der Energiezufuhr) existieren rigorosere Formen (strenges Fasten, Auslassen von Mahlzeiten, Gebrauch von Medikamenten), die als ungesund gelten müssen und potenziell gefährlich sind. Es ist empirisch gut belegt, dass Diäten einen Risikofaktor sowohl für die Entwicklung von Übergewicht als auch für die Entstehung von Essstörungen darstellen.

Ebenfalls weit verbreitet sind Diäten im Sinne spezieller Kostformen wie Vegetarismus, Veganismus oder Orthorexie (Bemühen, ausschließlich als qualitativ hochwertig eingestufte Lebensmittel zu verzehren). Vegetarische und vegane Ernährung können, aus psychopathologischer Sicht, vollkommen unauffällig sein, sie können aber auch der Beginn einer fortschreitenden Einschränkung in der Menge und Variabilität der Nahrungszufuhr sein und auf diesem Wege in eine Essstörung münden. Im Falle der Orthorexie verhält es sich ähnlich. Das Bemühen, sich gesund zu ernähren, ist nicht krankhaft, aber unter bestimmten Bedingungen kann es umschlagen in ein zunehmend rigides und letztendlich zwanghaftes Verhalten, welches das Leben der Betroffenen beherrscht und ihre Lebensqualität sowie ihre psychosoziale Funktionsfähigkeit signifikant einschränkt.

Ein Aspekt, der nicht direkt die Ernährung betrifft, aber dennoch in vielen Fällen eng mit Essstörungen verknüpft ist, ist das Bewegungsverhalten. Der Körper kann nicht nur durch Fasten, Diäten oder Purging-Verhalten kontrolliert und modifiziert werden, sondern auch durch Bewegung und Sport. Bewegung hilft, die Energiebilanz niedrig zu halten, sie formt den Körper und sorgt für ein günstiges Verhältnis von Muskel- und Fettmasse, spricht für einen relativ hohen Anteil an Muskelmasse bei niedrigem Fettanteil. Im Rahmen der Bulimie kann Sport zudem als gegenregulatorische Maßnahme nach Essanfällen eingesetzt werden (Stichwort: „Sportbulimie“). Anorektiker/innen zeigen häufig einen hohen Bewegungsdrang, der zum Teil zwanghafte Ausmaße annimmt. Viele von Essstörungen Betroffene berichten, wie sie ihr anfangs, vor Beginn der Erkrankung, ganz moderates und normales Trainingsprogramm schrittweise ausgebaut haben und es schließlich zu einem wichtigen Bestandteil der Essstörung geworden ist. Auch hier stellt sich, ähnlich wie bei Diäten und verschiedenen Kostformen, die Frage nach der Normalität. Bis wohin sind Sport und Bewegung als gut und gesund zu betrachten? Wann wird es bedenklich und wann kippt es ins Krankhafte? Die Quantität alleine, also die Anzahl an Sportstunden pro Tag oder Woche, kann es nicht sein. Es gibt viele Menschen, Leistungssportler und passionierte Hobbysportler, die physisch und psychisch völlig gesund sind (auch wenn es im Leistungssportbereich, gerade bei Frauen, eine hohe Prävalenz von Essstörungen gibt). Was macht den Unterschied?

## WARNZEICHEN, FRÜHSYMPTOME UND RISIKOFAKTOREN

### Körperunzufriedenheit

Einer der wichtigsten Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung ist die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Körperunzufriedenheit ist ein weit verbreitetes Phänomen, das früher überwiegend Mädchen und Frauen betroffen hat, inzwischen aber bei beiden Geschlechtern gleichermaßen anzutreffen ist. Auch verlagert sich das Alter, in dem Körperunzufriedenheit erstmals auftritt, immer weiter nach vorne. Bereits Grundschulkindern sind häufig unglücklich über ihre körperliche Statur. Dabei empfinden die Mädchen sich meist als zu dick, während die Jungen sich als nicht kräftig und muskulös genug ansehen. Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen der Verbreitung von Körperunzufriedenheit in der Bevölkerung und Art und Ausmaß der in den Medien verbreiteten Körperbilder. Zu einem Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen wird Körperunzufriedenheit dann, wenn der Wunsch nach einem perfekten, makellosen Körper überwertig wird, z. B. dadurch, dass auch in der Familie das Ideal eines (besonders) schlanken oder athletischen Körpers hochgehalten und gelebt wird. Die meisten Menschen mit Essstörungen haben im Kern ein sehr niedriges Selbstwertgefühl, dem sie unter anderem mit Perfektionsstreben, auch auf der körperlichen Ebene, entgegenwirken.

Eine extreme Körperunzufriedenheit, die in regelrechten Hass auf den eigenen Körper ausartet und mit starken körperbezogenen Scham- und Ekelgefühlen verknüpft ist, kann auf schwerwiegende traumatische Erlebnisse oder Entwicklungsbedingungen hinweisen. Dabei kann es sich um Vernachlässigung, Verwahrlosung, Misshandlung, emotionale Gewalt oder sexuellen Missbrauch handeln. Eine solche Vorgeschichte findet sich tendenziell häufiger bei Fällen schwerer Bulimie und Anorexie vom Purging-Typ, seltener bei Fällen restriktiver Anorexie.

### Verlust an Lebensfreude

Der Weg in die Essstörung bedeutet auch eine Abkehr vom Leben, von Lust, Genuss und Lebensfreude. Dieser Prozess ist von außen nicht immer leicht erkennbar. Mögliche Hinweise können sein:

- Verlust von Interessen
- Vernachlässigung von Hobbys
- Sozialer Rückzug
- Zunehmende zwanghafte Fixierung auf Nahrung (Kalorien, Nährstoffe), Körperform, Körpergewicht, Bewegung/Sport
- Auffällige Stimmungsschwankungen
- Zunahme negativer Affekte (Unzufriedenheit, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Wut)

## Psychische Vulnerabilität

Essstörungen entwickeln sich auf der Grundlage einer vulnerablen psychischen Struktur und im Rahmen eines bedeutungsvollen sozialen und familiären Kontextes. Von dort beziehen sie ihre Bedeutung und ihre Funktion. Ein psychisch stabiles Mädchen, das anfängt, Diäten zu machen (weil die Freundinnen es auch tun, weil es den sich verändernden Körper nicht akzeptieren kann, weil es sich von der Familie abgrenzen will, weil es einem medial vermittelten Schönheitsideal entsprechen will) wird damit über kurz oder lang wieder aufhören oder die Diäten in einem gesundheitlich unbedenklichen Rahmen halten. Es wird andere, gesündere Lösungen für die anstehenden Entwicklungsaufgaben finden. Dagegen wird ein Mädchen, das psychisch belastet ist (durch ein geringes Selbstwertgefühl, familiäre Probleme, eine schwierige Beziehung zu den Eltern, traumatische Erlebnisse, einen niedrigen Status innerhalb der Peer-Group, Ausgrenzungserfahrungen) vielleicht die Erfahrung machen, dass das Hungern bei der Diät sich gut anfühlt, weil es ihm ein Gefühl von Kontrolle, Stärke und Überlegenheit vermittelt, das es sonst nicht in ausreichendem Maße hat. In ähnlicher Weise kann dem Bewegungsdrang eine wichtige selbststabilisierende Funktion zugrunde liegen. Sport ist vielleicht die einzige Möglichkeit für ein Mädchen oder einen Jungen, den eigenen Körper, der sonst eher eine Quelle von Unsicherheit, Scham oder sogar Selbsthass ist, in nicht aversiver Weise zu spüren. Sportliche Betätigung kann Gefühle von Autonomie, Selbstbestimmtheit, Stärke und Freiheit erzeugen, die sonst kaum erlebt werden können. Essstörungssymptome haben meist eine wichtige Funktion. Sie übernehmen eine Aufgabe, die vom betroffenen Individuum (zumindest zum Zeitpunkt der Erkrankung) nicht anders gelöst werden kann. Hinweise auf eine mögliche psychische Vulnerabilität können sein:

- Frühere Ess- und Fütterstörungen
- Essstörungen und andere psychische oder psychosomatische Erkrankungen in der Familie
- Frühere psychopathologisch relevante Symptome (kindliche Ängste, Trennungsängste, Zwänge, Traurigkeit, Niedergeschlagenheit, wiederkehrende somatische Symptome wie Bauch- oder Kopfschmerzen)
- Soziale Probleme in Kindergarten oder Schule (Schwierigkeiten, Kontakte zu knüpfen, mangelnde Integration, Mobbing)
- Ungünstige oder traumatische Entwicklungsbedingungen (Zurückweisung, Vernachlässigung, Misshandlung, emotionaler oder sexueller Missbrauch)
- Instabile Familienverhältnisse (häufige Konflikte, finanzielle Sorgen, Arbeitslosigkeit)
- Verlusterlebnisse (Verlust wichtiger Bindungspersonen durch Trennung, Umzug, Krankheit oder Tod)

## Aktuelle Stressoren

Aktuelle Stressoren, die – auf der Grundlage einer psychischen Vulnerabilität – die Entwicklung einer Essstörung begünstigen können, sind unter anderem:

- Emotionale Belastungen
- Soziale Ängste
- Probleme in der Schule
- Mangelnde soziale Integration
- Familiäre Probleme (schwierige Eltern-Kind-Beziehung, elterliche Konflikte, finanzielle Sorgen)
- Partnerschaftsprobleme (unglückliche Liebe, Trennung vom Freund)

## WAS KÖNNEN ELTERN TUN?

### Vorbild sein: Positive Atmosphäre schaffen

Es werden im Wesentlichen zwei Ebenen beschrieben, auf denen sich im Kontext der Familie eine Essstörung entwickeln kann: die direkte familiäre Transmission (im Sinne eines Modelllernens) und die innerfamiliären Beziehungen (Reich, 2017). Mit direkter familiärer Transmission ist der konkrete Umgang mit Essen, Körperlichkeit, Gewicht oder Diäten gemeint. Welche Bedeutung haben gemeinsame Mahlzeiten in der Familie? Ist die Essenssituation positiv besetzt? Wie wichtig sind Aussehen und Gewicht? Wie wird darüber gesprochen? Positiv, neutral oder abwertend? Ist die Nahrungsaufnahme eher mit Genuss oder mit Verzicht assoziiert? Diese Ebene konkreter Verhaltensweisen kann im positiven Fall ein mächtiger protektiver Faktor gegen die Entstehung von Essstörungen sein (und im negativen Fall ein erheblicher Risikofaktor). Es ist also keineswegs trivial, Eltern dahingehend zu beraten, die Essenssituation positiv zu gestalten, mit einer geregelten Mahlzeitenstruktur, möglichst regelmäßigen gemeinsamen Mahlzeiten, einer zugewandten Atmosphäre am Esstisch. Beim Essen sollten möglichst keine konflikthafter Themen besprochen werden, ebenso wenig, wie über Kalorien oder Gewicht gesprochen werden sollte. In einer Reihe von Studien hat sich das Diätverhalten der Mütter bzw. deren eigene Körperunzufriedenheit als wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen bei ihren Töchtern herausgestellt. Die Eltern sollten über diese Zusammenhänge aufgeklärt und entsprechend beraten werden.

Eine in diesem Sinne positive (von gewichts- und körperbezogenen Ängsten unbelastete) Essenssituation kann nicht nur als Maßnahme der Primärprävention gesehen werden. Auch und gerade wenn sich bereits Anzeichen einer beginnenden Essstörung zeigen oder sich die Essstörung schon deutlich manifestiert hat, ist es wichtig, die ohnehin angespannte Atmosphäre während der Mahlzeiten nicht zusätzlich zu belasten. Betroffene Kinder und Jugendliche sollten während der Mahlzeiten weder zum Essen gedrängt noch zum Verzicht aufgefordert werden. Auf keinen Fall sollten die Essstörung oder



die Sorgen und Ängste der Eltern während des Essens thematisiert werden.

## **Beziehung zum Kind stärken**

Was für die Essensituation gilt, gilt gleichzeitig auch für alle anderen Lebensbereiche. Je belasteter die Eltern-Kind-Beziehung infolge der Essstörung ist, desto wichtiger sind ausgleichende gemeinsame positive Aktivitäten. Diese sollten von den Eltern jedoch nur angeboten, keinesfalls erzwungen werden.

## **Positive Aktivitäten fördern und unterstützen**

Jede positive, dem Leben zugewandte Aktivität wirkt als Schutz gegen die Entstehung einer Essstörung. In der Adoleszenz sind dies vor allem Aktivitäten mit Gleichaltrigen. Diese sollten von den Eltern möglichst gefördert und unterstützt werden.

## **Positive Haltung einnehmen: Das Kind sehen, nicht nur die Essstörung**

Die Essstörung eines Kindes bedeutet fast immer eine große Belastung für die gesamte Familie. Häufig entsteht das Gefühl, die Familie könne an der Essstörung zerbrechen. In dieser schwierigen Situation können heftige negative Gefühle aufkommen, neben Ängsten und Schuldgefühlen auch Wut auf das Kind, das so viele Sorgen bereitet. Das Kind wiederum, das die Ängste und den Ärger der Eltern spürt, entwickelt seinerseits Schuldgefühle und Wut, sodass ein unheilvoller Kreislauf entsteht. Kinder und Jugendliche brauchen jedoch die Gewissheit, dass Vater und Mutter sie lieben und hinter ihnen stehen, egal wie sehr sie die Eltern auf einer anderen Ebene auch (scheinbar) von sich stoßen. In manchen Fällen brauchen die Eltern selber therapeutische Unterstützung, um mit diesen schwierigen Affekten umgehen zu können. Für viele Eltern ist es eine Entlastung zu hören, dass sie sich auch Hilfe holen dürfen.

Viele Jugendliche mit einer Essstörung beklagen, von ihrem Umfeld (Familie, Freunde, Ärzte, Therapeuten) „nur noch als Essstörung, nicht mehr als Mensch“ gesehen zu werden. Vielleicht ist dies die größte Herausforderung im Umgang mit den Betroffenen: der Essstörung entschieden entgegenzutreten und gleichzeitig den Menschen dahinter nicht aus dem Blick zu verlieren.

■ *Ute Waschescio*  
*Psychologische Psychotherapeutin*  
*Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin für psychodynamische*  
*Therapie/Psychoanalyse*  
*Freie Mitarbeiterin der Landesfachstelle Essstörungen NRW*  
*Psychotherapeutische Praxis in Bielefeld*  
*Deckertstraße 9*  
*33617 Bielefeld*

Literatur bei der Verfasserin.

# Adipositas

Thomas Reinehr

*Zurzeit sind in Deutschland 13% der Kinder übergewichtig und 6,3% adipös. Übergewicht ist im Kindes- und Jugendalter keineswegs nur ein kosmetisches Problem, sondern stellt eine der bedeutendsten Volkskrankheiten unserer Gesellschaft dar. Zum einen werden aus übergewichtigen Kindern ohne Intervention meist auch übergewichtige Erwachsene, wobei das Risiko mit Alter und Ausmaß des Übergewichts zunimmt. Auf der anderen Seite ist in vielen Untersuchungen eindeutig ein Zusammenhang zwischen Übergewicht und Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen sowie Arthrose belegt. Dabei ist die Mortalität und Morbidität umso höher, je früher die Adipositas im Kindesalter beginnt.*

Somatische Erkrankungen als Ursachen des Übergewichts sind mit einer Häufigkeit von weniger als 1% sehr selten. Genetische Faktoren, menschliches Verhalten, Umwelt- und Lebensbedingungen sind multifaktoriell an der Entstehung der Adipositas beteiligt. Niedriger sozialer Status und Migrationshintergrund erhöhen zudem das Adipositasrisiko deutlich. Fehlende Bewegungs- und Spielbereiche beeinflussen das Bewegungsverhalten der Kinder ungünstig. Ferner hat der zunehmende Medienkonsum in den letzten Jahren zu einem deutlichen Rückgang der täglichen körperlichen Aktivität auch bei Kindern geführt. Auch ein Schlafmangel steht in Bezug zur Adipositas im Kindesalter. Seitens der Ernährung ist bisher nur für Fastfood und gesüßte Getränke nachgewiesen, dass diese zur Adipositas führen. Essen wird jedoch auch eingesetzt, um Stress und Frust abzubauen, Trauer und Ängste kurzfristig zu betäuben und Langeweile zu überbrücken. Dieses emotionsinduzierte Essverhalten führt durch eine Entkopplung der Nahrungsaufnahme vom Hunger häufig zur Aufnahme kalorienreicher Nahrungsmittel. Familiäre Bedingungen wie Scheidung, elterliche Berufstätigkeit oder Vernachlässigung können daher ebenfalls eine wichtige Rolle bei der Genese einer Adipositas im Kindesalter spielen.

Übergewicht und Adipositas wird im Kindes- und Jugendalter anhand der Perzentilen des Body Mass Index (BMI) definiert. Der BMI errechnet sich aus dem Gewicht in kg geteilt durch Höhe in m zum Quadrat. Bei einem BMI > 90. Perzentile für das Alter und Geschlecht spricht man von Übergewicht, ab einem BMI > 97. Perzentile von Adipositas (siehe Abbildungen 1 und 2).

Leitlinien zur Diagnostik der Adipositas im Kindes- und Jugendalter finden sich unter [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de). In einem großen Kollektiv mit über 28.000 übergewichtigen deutschen Kindern und Jugendlichen konnte bei einem Drittel der Kinder eine arterielle Hypertonie und bei einem Viertel Fettstoffwechselstörungen diagnostiziert werden. Diese kardiovaskulären Risikofaktoren, zusammen mit dem erhöhten Risiko für einen Typ-2-Diabetes mellitus, führen zu Schlaganfall und Herzinfarkt und damit zu einer verkürzten Lebenserwartung. Während die somatischen Folgeerkrankungen der Adipositas wie Bluthochdruck, Dyslipidämie und Veränderungen des Zuckerstoffwechsels (siehe Abbildung 3) typischerweise keine Beschwerden verursachen, ergibt sich der Leidensdruck adipöser Kinder meist aus den psychosozialen Konsequenzen. Adipositas wird von der Gesellschaft gerne als das Ergebnis von Bequemlichkeit und mangelnder Willenskraft angesehen. Bereits Kindergartenkinder haben ein negatives Bild adipöser Personen verinnerlicht. Zeigt man Kindern Bilder von normalgewichtigen und übergewichtigen sowie behinderten Kindern, so beurteilen sie die übergewichtigen als am unbeliebtesten. Adipöse Kinder haben ein geringes Selbstwertgefühl. Sie leiden unter Hänseleien ihrer Altersgenossen und der sozialen Isolation. Rund ein Fünftel aller adipösen Kinder sind ängstlich, depressiv und haben soziale Probleme. Die Lebensqualität adipöser Kinder und Jugendlicher ist geringer als von krebserkrankten Altersgenossen. Im Jugendalter werden soziale und wirtschaftliche Benachteiligungen offenkundig: Adipöse Jugendliche bekommen schlechtere Ausbildungsplätze und verdienen weniger. Adipöse Mädchen finden seltener einen Partner.

Schon eine geringe Gewichtsreduktion reicht aus, um eine Verbesserung der medizinischen Komorbidität der Adipositas und eine Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen. Hierfür genügt es bei wachsenden Kindern, einen Gewichtsstillstand von einem Jahr zu erzielen, was einer Reduktion des BMI von 1 kg/m<sup>2</sup> entspricht. Ziel jeder Behandlung ist es, dass Ess- und Bewegungsverhalten langfristig positiv zu beeinflussen. Bei jeder Anleitung zur Lebensstilveränderung ist darauf zu achten, die adipösen Kinder und ihre Familien einführend zu behandeln und „Ratschläge“ und direktive Handlungsanweisungen zu vermeiden. Diese können leicht als Vorwurf missverstanden werden und können zu Frustration und Überforderung führen. Um eine motivierende Gesprächsführung zur Veränderung des Lebensstils zu veranschaulichen, sind in Tabelle 1 ein eher negatives und ein eher positives Beispiel einer Gesprächsführung dargestellt. Dabei trägt nicht der Therapeut, sondern das Patientensystem die Hauptverantwortung für die Veränderung des Lebensstils. Der Therapeut hat dabei die Rolle eines Begleiters, dem es im Idealfall gelingt, neue Handlungsspielräume mitzueröffnen. Zentrale Aufgabe im



**Tab. 1: Gesprächsziele und Beispiele für Umsetzung in der Adipositasbehandlung**

Gesprächsziel	Eher negatives Beispiel	Eher positives Beispiel	Erläuterung
Neutrale therapeutische Haltung	Durch Luft kann man nicht zunehmen, Übergewicht entsteht dann, wenn man sich für seine Ernährungsgewohnheiten zu wenig bewegt.	Durch den wesentlichen Anteil der Vererbung beim Gewicht ihres Kindes muss der Lebensstil viel perfekter als bei anderen Kindern sein.	Die therapeutische Haltung sollte neutral sein, d. h. Schuldzuweisungen jeder Art sind in jedweden Formulierungen zu vermeiden. Die erste Aussage ist wissenschaftlich richtig, beinhaltet aber den (latenten) Vorwurf, zu viel zu essen und sich zu wenig zu bewegen.
Motivation unterstellen	Haben Sie schon etwas gegen das Übergewicht ihres Sohnes unternommen?	Wie haben Sie gemerkt, dass ihr Sohn etwas gegen das Übergewicht unternimmt?	Die erste Formulierung beinhaltet den (latenten) Vorwurf, bisher nichts unternommen zu haben. Die zweite Frage zeigt, dass der Therapeut der Familie eine Motivation unterstellt.
Therapeutische Allianz statt Ratschlaggeber	Ich schlage vor, dass Sie den Fernsehkonsum ihres Sohnes reduzieren.	Einige Familien berichten, dass, wenn ein Frühstück eingenommen wird, die Kinder weniger Hunger haben. Wie denken Sie darüber?	Die erste Formulierung beinhaltet den (latenten) Vorwurf, dies bisher noch nicht gemacht zu haben. Jede direkte Handlungsanweisung löst Widerstand aus. Durch die zweite Formulierung wird der Therapeut zum Begleiter der Familie. Der Therapeut überlegt gemeinsam mit der Familie, ob dieser Vorschlag zur Familie passt. Die Eltern und Kinder fühlen sich hierdurch weniger unter Druck gesetzt und gehen nicht direkt in einen Ablehnungsmodus über.
Fokus auf Stärken und nicht auf Schwächen legen	Warum frühstückst du nicht jeden Tag?	Was ist besonders an den Tagen, an denen du frühstückst?	Therapeuten neigen dazu, Schwächen hervorzuheben und hier nach Änderungsmöglichkeiten zu suchen (erstes Beispiel). Besser ist es, die Stärken herauszustellen (zweites Beispiel) und diese zu benutzen, um Herausforderungen zu überwinden.

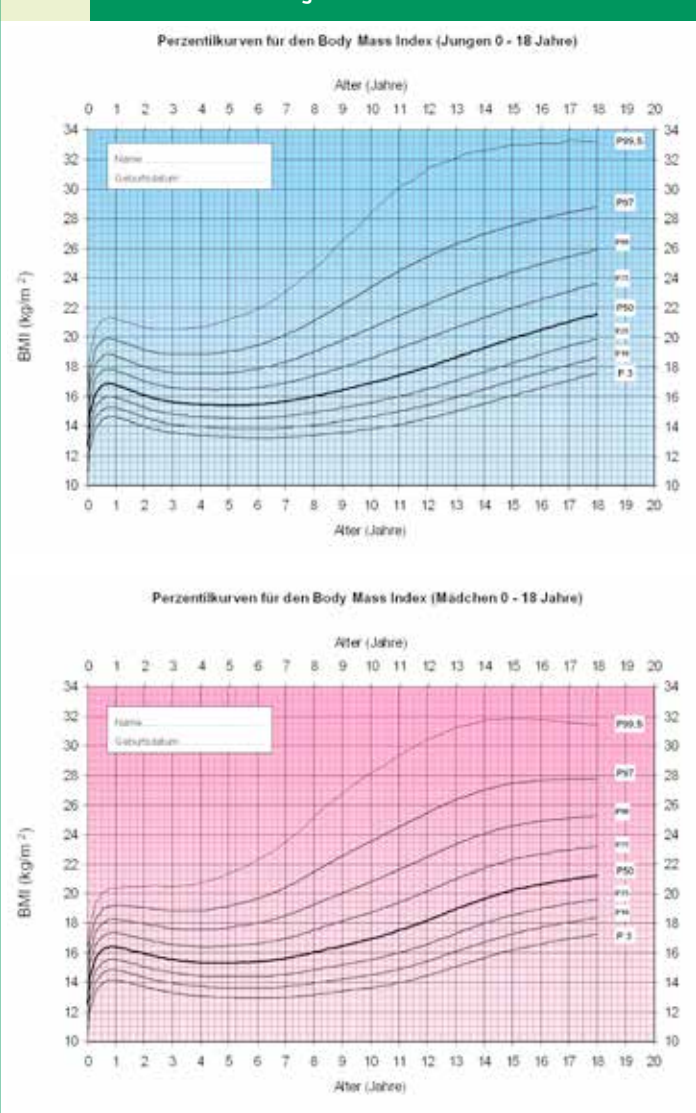
Rahmen der Gesprächsführung bei Adipositas ist die Unterstützung bei der Festlegung konkreter (Teil-)Ziele. Ziele müssen konkret, präzise und verhaltensbezogen sein. Ziele sollten bedeutsam, realistisch und erreichbar sein. Insbesondere Belohnungen helfen bei der Umsetzung von (Teil-)Zielen. Zunächst sehr unangenehme, schwierige Verhaltensänderungen lassen sich über Belohnungssysteme trainieren.

Sollte eine Anleitung zur Lebensstilveränderung nicht zu einem Erfolg führen, ist entsprechend internationalen und nationalen Leitlinien eine langfristige, ambulante, verhaltenstherapeutisch orientierte Schulung, bestehend aus einer Ernährungs-, Verhaltens- und Bewegungstherapie unter Einbeziehung der Eltern, Therapie der Wahl. Die publizierten Studien zeigen übereinstimmend, dass nur bei motivierten Teilnehmern und intensiver Einbindung der Eltern ein Erfolg erzielt werden kann. Ein Adressverzeichnis von zertifizierten Therapieeinrichtungen für adipöse Kinder und Jugendliche in Deutschland sowie Leitlinien zur Behandlung der Adipositas im Kindes- und Jugendalter sind unter [www.a-g-a.de](http://www.a-g-a.de) veröffentlicht.

Bei extremer Adipositas im Jugendalter sind Lebensstilinterventionen häufig nicht ausreichend wirksam. Medikamente sind zur Gewichtsreduktion bei Kindern und Jugendlichen nicht zugelassen. Bei extrem adipösen Jugendlichen erzielen nur bariatrisch chirurgische Maßnahmen (z. B. Magenverkleinerung oder Magenband) eine deutliche Gewichtsreduktion, diese sind jedoch aufgrund der Vielzahl von Nebenwirkungen und der Irreversibilität nur besonders ausgesuchten Patienten anzubieten.

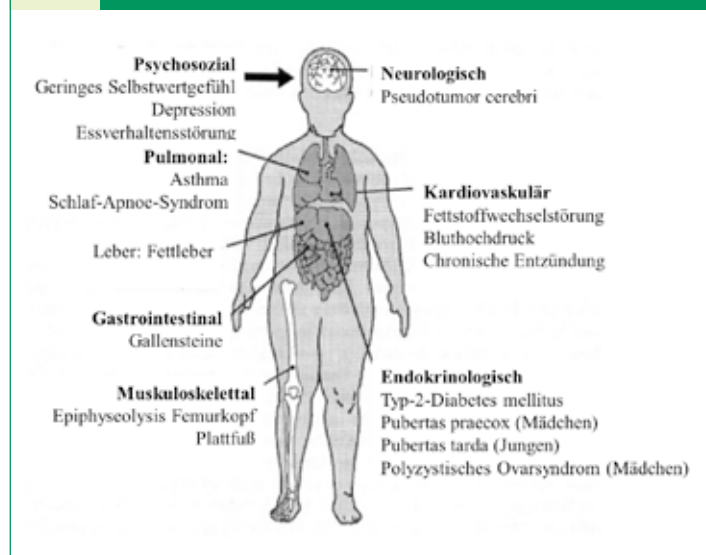
Wirksamer als jegliche Therapie erscheint aus gesellschaftlicher Perspektive eine Prävention der Adipositas. Zu nennen sind hier, neben der Förderung des Stillens, eine konsequente Therapie des Schwangerschaftsdiabetes und einer Placentainsuffizienz, da diese mit Adipositas bei den Nachkommen assoziiert sind. Auch gibt es Hinweise, dass eine proteinärmere als die bisher angebotene industrielle Säuglingsnahrung das Adipositasrisiko senken kann. Wirksamer als Schulung von gesun-

**Abb. 1 BMI-Kurven von Jungen und Mädchen**



der Ernährung und Bewegung (Verhaltensprävention) ist die Veränderung der adiposogenen Umwelt (Verhältnisprävention). So konnte beispielsweise gezeigt werden, dass durch Verbannung gesüßter Getränke aus der Schule die Adipositasprävalenz gesenkt werden kann.

**Abb. 2** Folgeerkrankungen der Adipositas im Kindesalter



■ Prof. Dr. Thomas Reinehr  
 Chefarzt der Abteilung für Pädiatrische Endokrinologie,  
 Diabetes und Ernährungsmedizin  
 Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
 Universität Witten/Herdecke  
 Dr. F. Steiner Straße 5, 45711 Datteln  
 Tel.: 02363975-229, Fax: 02363975-218  
 E-Mail: t.reinehr@kinderklinik-datteln.de

Literatur beim Verfasser.  
 Bildquelle: Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindesalter

# Schule, Leistungsan- sprüche, Überforderung, Versagensängste – psychosomatische Perspektiven

Bodo Müller

*Schule und die damit in Zusammenhang stehenden Anforderungen und Belastungen können bei Kindern und Jugendlichen zu psychischen Erkrankungen führen. Unabhängig von der Schule besteht bei etwa 10–20% aller Kinder und Jugendlichen eine psychische Störung. Die Symptomatologie dieser Störungen beeinflusst die schulische Entwicklung. Hintergründe für schulvermeidendes Verhalten wie Schulangst, Schulphobie und Störungen des Sozialverhaltens werden dargestellt.*

## EINFÜHRUNG

Etwa 20% aller Kinder und Jugendlichen weisen Hinweise für psychische Störungen auf. Bei etwa 12% bestehen behandlungsbedürftige psychische Störungen. Die Schule soll einerseits grundlegende Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben und Rechnen sowie Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten vermitteln. Gleichzeitig soll sie zu einem selbstständigen, kritischen Urteil sowie zu eigenverantwortlichem Handeln befähigen. Ebenso soll sie über das Verständlichmachen ethischer Normen kulturelle und religiöse Werte vermitteln, um die Bereitschaft zu sozialem Handeln und zu politischer Verantwortlichkeit zu ermöglichen. Die Schule ist aber auch ein Ort, an dem Kinder und Jugendliche einen Großteil ihrer Zeit verbringen und somit hat sie als Institution die wichtige Aufgabe inne, psychisch gesundes Aufwachsen zu unterstützen, verbunden mit sozialen Erfahrungen und Herausforderungen. Die an die Schüler gestellten Kernanforderungen können dabei, in Abhängigkeit von kognitiven Fertigkeiten und individuellen Befähigungen bzw. Beeinträchtigungen, auch zu Überforderungen und psychischen Belastungen führen. Ausgehend von 11 Millionen Schülerinnen und Schülern an allgemeinbildenden sowie beruflichen Schulen 2016/2017 in Deutschland sind bei einer Prävalenz von 10% psychischer Störungen eine Million der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen behandlungsbedürftig psychisch erkrankt. Unklar ist dabei, welche schulischen Faktoren das Risiko für eine psychische Erkrankung erhöhen und welche Faktoren protektiv wirken, sodass Kinder und Jugendliche psychisch gesund aufwachsen können.



Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter stellen gesundheitliche Beeinträchtigungen dar, die z.T. erhebliche Konsequenzen für die alltägliche, soziale und insbesondere schulische Funktionsfähigkeit der Betroffenen haben können und den schulischen Erfolg und die spätere berufliche Eingliederung erheblich beeinträchtigen. Darüber hinaus sind diese Probleme häufig auch mit starken Belastungen für das soziale Umfeld (Eltern, Geschwister, Lehrer, Gleichaltrige etc.) verbunden. Psychische Probleme können dabei bis ins Erwachsenenalter hinein bestehen bleiben und führen dann zu entsprechenden psychiatrischen Erkrankungen des Erwachsenenalters.

## PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON KINDERN UND JUGENDLICHEN IN DEUTSCHLAND

Nach der Kinder- und Jugendgesundheits-Surveillance (KiGGS) (1) zählen zu den häufigsten psychischen Problemen Verhaltensprobleme (M = 11,9 %, J = 17,6 %), emotionale Probleme (M = 9,7 %, J = 8,6 %) und Hyperaktivitätsprobleme (M = 4,8 %, J = 10,8 %). Psychische Probleme im Kindes- und Jugendalter können in internalisierende und externalisierende Verhaltensstörungen klassifiziert werden. Zu den externalisierenden Störungen zählen Aufmerksamkeitsstörungen und Hyperaktivität, aggressives sowie dissoziales Verhalten, während den internalisierenden Verhaltensstörungen Ängste, Depressivität, sozialer Rückzug, Minderwertigkeit und psychosomatische Störungen zugeordnet werden können. Zusätzlich haben, insbesondere im schulischen Kontext, Entwicklungsverzögerungen wie Lernstörungen, Lese-/Rechtschreibstörungen, Rechenstörungen und motorische Entwicklungsstörungen sowie Beeinträchtigungen der Graphomotorik selbsterklärend einen ausgesprochen starken Einfluss auf den schulischen Erfolg. Seelische Erkrankungen gehören dabei zu den häufigsten Ursachen von schulischen Leistungsstörungen und Schulvermeidung. Sie haben dabei in den meisten Fällen Auswirkungen auf alle Lebensbereiche eines Menschen. Besonders beeinträchtigt sind in der Regel eine altersadäquate Entwicklung, Aufmerksamkeitsleistungen, die Konzentration und Merkfähigkeit, die soziale Integration, das Selbstwertgefühl und der schulische Erfolg. Letztlich können auch schwere Belastungen im persönlichen Umfeld seelische Erkrankungen im Sinne einer Anpassungsreaktion bedingen. Hierzu gehört bspw. die Trennung der Eltern oder Mobbing durch Mitschüler und Lehrpersonen. Exemplarisch sind nachfolgend die häufigsten seelischen Erkrankungen ausführlicher dargestellt, die in ihrer Auswirkung gleichzeitig eine besonders ausgeprägte Beeinträchtigung der schulischen Entwicklung bedingen können.

## SOMATOFORME STÖRUNGEN

Als somatoforme Störungen werden wiederkehrende körperliche Beschwerden oder Schmerzen ohne ausreichende organische Erklärung zusammengefasst. Sie treten bei Kindern und Jugendlichen meist in Form von Kopf-, Bauch- oder Gliederschmerzen, Müdigkeit und Übelkeit auf. Probleme bei der All-

tagsbewältigung (wie häufige Fehlzeiten in der Schule) sowie komorbide psychische Störungen (vor allem ängstliche und depressive Störungen) werden häufig beobachtet. Die erkrankten Kinder und Jugendlichen haben ein erhöhtes Risiko für ernsthafte funktionale Beeinträchtigungen und psychiatrische und somatoforme Störungen im Erwachsenenalter. Nicht selten werden somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen durch schulische Belastungen ausgelöst oder in ihrer Ausprägung verstärkt. Ätiologisch ist neben genetischen Ursachen von einer Wechselwirkung zwischen einer neurobiologischen Disposition und überfordernden Lebenssituationen auszugehen. Als weiterer Risikofaktor wird eine eingeschränkte Habituation auf Stressreize diskutiert. Bestimmte individuelle Persönlichkeitsmerkmale, wie eine erhöhte Gewissenhaftigkeit mit hohen Ansprüchen an die eigene Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Unsicherheit und Störungen des Selbstwertgefühls, scheinen das Risiko für das Auftreten von somatoformen Beschwerden zu erhöhen.

Wichtig ist aufgrund der dargestellten Ätiologie die Erfassung und Verringerung chronischer Überforderungssituationen, insbesondere in der Schule. Hier kann in Einzelfällen ein Schulwechsel angezeigt sein. Auch durch lange Fehlzeiten bedingte schulische Rückstände müssen beachtet werden. Eine zusätzliche psychiatrische Komorbidität auf Seiten des Kindes (ängstliche oder depressive Störungen, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätssyndrom, Teilleistungsstörungen und andere) sowie psychopathologische Auffälligkeiten auf Elternseite limitieren die Erfolgchancen eines ambulanten Vorgehens. Bei sehr häufigen Fehlzeiten in der Schule ist im Rahmen einer ambulanten Therapie ein regelmäßiger Schulbesuch innerhalb von zwei Monaten anzustreben. Nach längerem störungsbedingtem Fehlen in der Schule sowie bei anderen schweren, bereits chronifizierten Verlaufsformen ist eine stationäre oder teilstationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung indiziert.(2)

## HYPERKINETISCHE STÖRUNG

Die Hyperkinetische Störung (Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) gehört mit einer Prävalenz von 3 % bis 6 % zu den häufigsten psychischen Störungen. Die Kernsymptomtrias Aufmerksamkeitsdefizit, eine Beeinträchtigung der Impulskontrolle sowie eine ausgeprägte motorische Überaktivität. Abzugrenzen hiervon ist die Aufmerksamkeitsstörung ohne Überaktivität. Diese Symptomatologie hat einen direkten Einfluss auf viele Anforderungen, die im schulischen Kontext an Kinder und Jugendliche gestellt werden. Kinder mit HKS sind leicht ablenkbar, haben eine deutlich reduzierte Aufmerksamkeitsspanne, nehmen hierdurch vielfältige wichtige Informationen des Unterrichts nicht adäquat auf, zeigen erhebliches Störverhalten, z. B. durch Umherlaufen im Unterricht, sind unorganisiert und haben erhebliche Schwierigkeiten, sich über mehrere Stunden dem schulischen Kontext entsprechend angemessen zu verhalten und die Aufmerksamkeit zu fokussieren. Das Problemverhalten wirkt sich

negativ auf den Unterrichtsverlauf aus und ist sowohl für Mitschüler als auch die unterrichtenden Lehrpersonen sehr belastend. Gleichzeitig leiden die Kinder unter ihrer gering ausgeprägten Verhaltenssteuerung, geraten rasch in Außenseitersituationen, werden sozial ausgegrenzt und auch in ihrer Freizeit von Mitschülern oftmals gemieden. Eine frühzeitige diagnostische Einordnung der Symptomatologie bereits in der Zeit während des Besuchs einer Kindertagesstätte, wo die Symptomatologie ebenfalls nicht selten zu Interaktionsproblemen führt, spätestens jedoch im Vorschulalter, sollte begleitet sein von einer ausführlichen Beratung hinsichtlich diagnostischer sowie therapeutischer Möglichkeiten. In einer Metaanalyse zum Schulerfolg von Kindern und Jugendlichen mit einer HKS fanden sich signifikante Leistungsverminderungen beim Lesen, beim Rechnen und in der Rechtschreibung. Ebenso weisen die Betroffenen Schulabbruchraten von 10% bis 15% und ein erhöhtes Risiko für weitere psychische Störungen, insbesondere die Störung des Sozialverhaltens, depressive Störungen und Substanzabusus auf. Daher sollte sowohl die Diagnostik als auch die Behandlung frühzeitig häufige kormorbide Erkrankungen berücksichtigen. Bereits in der Diagnostik spielt die Verhaltensbeobachtung durch unterrichtende Lehrpersonen eine erhebliche Rolle, nicht zuletzt, da die Klassifikation nach ICD-10 für die Diagnosestellung fordert, dass die Symptomatologie situationsübergreifend auftritt. Lehrkräfte haben somit im Hinblick auf die Wahrnehmung und Beschreibung der Symptomatologie im diagnostischen Prozess eine wesentliche Rolle inne. Gleichzeitig können sie ebenso über die Beschreibung der Aufmerksamkeitsleistungen, motorische Unruhe, Impulsivität und Leistungsfähigkeit sowie der sozialen Kompetenzen des Kindes im Verlauf der therapeutischen Interventionen maßgeblich zur Optimierung der Therapie beitragen. Idealerweise bezieht die Behandlung der Kinder mit hyperkinetischen Störungen die Schule mit ein. Hierdurch können nicht nur die Kernsymptomatik der HKS, sondern auch soziale Fertigkeiten, die Selbstwahrnehmung des Kindes und die Wahrnehmung des Schulerfolges durch die Lehrkräfte signifikant beeinflusst werden. Besonders wirksam sind dabei verhaltenstherapeutische Methoden, die eine direkte Verstärkung erwünschten Verhaltens durch die unterrichtenden Lehrpersonen mittels direkter Rückmeldesysteme (z. B. „Smileys“) beinhaltet. Ebenso sollten besondere Stärken der von der Hyperkinetischen Störung Betroffenen gefördert werden. Dazu gehören Kreativität, Phantasie, Gerechtigkeits-sinn, Hilfs- und Einsatzbereitschaft, Feinfühligkeit/Sensibilität, Ehrlichkeit, Begeisterungsfähigkeit, Spontanität und Ideenreichtum. Werden diese häufig zu beobachtenden positiven Eigenschaften von Kindern mit Hyperkinetischen Störungen wahrgenommen und intermittierend verstärkt, hat dies insbesondere einen sehr positiven Effekt auf das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Gleichzeitig können die Kinder auch von ihren Mitschülern diesbezüglich als für die Klassengemeinschaft bereichernd erlebt werden. Je nach Ausprägung, spätestens jedoch bei drohendem Schulverweis oder Scheitern im schulischen Kontext, sollte eine medikamentöse Therapie der Hyperkinetischen Störung in Erwägung gezogen werden, wobei auch

die Anpassung derselben in enger Absprache mit den Lehrkräften erfolgen sollte.

## SCHULISCHE ENTWICKLUNGSSTÖRUNGEN

Nach ICD-10 werden erhebliche Probleme beim Erlernen des Lesens, Rechnens und Rechtschreibens unter den schulischen Entwicklungsstörungen klassifiziert. Diese Lernstörungen treten mit einer Häufigkeit von 4% bis 6% auf. Die Kinder fallen nicht selten primär durch ausgeprägte Kopf- oder Bauchschmerzen auf, ohne dass hierfür ein organisches Korrelat gefunden werden kann. Die Symptomatologie kann so ausgeprägt sein, dass Betroffene nachfolgend den Schulbesuch vermeiden, sodass hieraus erhebliche Schulfehlzeiten resultieren können. Verstärkt wird dieses schulvermeidende Verhalten durch eine erhöhte Häufigkeit von Ängsten bei Kindern und Jugendlichen mit Lernstörungen. Gleichzeitig sind mit schulischen Entwicklungsstörungen gehäuft hyperkinetische Störungen, depressive Störungen und Störungen des Sozialverhaltens sowie der Emotionen assoziiert. Entsprechend sind deutlich schlechtere Schulabschlüsse als aufgrund der kognitiven Leistungsfähigkeit zu erwarten wären, Klassenwiederholungen, häufigere Schulabbrüche, Schulwechsel und die Entwicklung depressiver Störungen und Angststörungen sowie andere psychische Belastungen zu beobachten. Aufgrund des erheblichen Einflusses auf den schulischen Erfolg sollte ein frühzeitiger, integrativer, medizinisch-pädagogischer Behandlungsansatz verfolgt werden. Dabei sollte möglichst eine gezielte Förderung der schulischen Fertigkeiten am Lernort Schule erfolgen, die gleichzeitig eine Verbesserung der psychosozialen Integration berücksichtigt. Hier sind die Lehrkräfte bei der Wahrnehmung von den aus den Störungen resultierenden Belastungen (wie Ängste, Depressionen, niedriges Selbstwertempfinden) wichtige Informationsquellen, die bei den betreffenden Schülern rechtzeitig wahrgenommen und zu zeitnahen entlastenden Interventionen führen sollten. Wichtig ist es dabei, mögliche schulische Zusammenhänge in Bezug auf psychische Belastungen zu erkennen. Diagnostisch können dabei der schulpyschologische Dienst sowie Schulsozialarbeiter und die unterrichtenden Lehrpersonen unterstützen. Zentrale Aufgabe des behandelnden Arztes ist es, die verschiedenen Helfersysteme für das Kind zu koordinieren und zu begleiten. Dazu gehört auch die Beratung hinsichtlich der Symptomatik und des Umgangs mit der psychischen Störung in der Schule.

## ANGSTSTÖRUNGEN

Angst und Furcht treten entwicklungsabhängig je nach Alter bei 2–43% aller Kinder auf. Angststörungen werden bei Kindern und Jugendlichen unterschieden in Trennungsängste (1–5%), generalisierte Angststörungen (0,5–3,6%), soziale Ängste (1–4,6%) und spezifische Phobien (2–6%). Mindestens ein Drittel aller Kinder mit einer Angststörung weisen Komorbiditäten mit anderen Angststörungen auf. Weitere häufige begleitende seelische Erkrankungen sind vor allem depressive

Störungen, aber auch Hyperkinetische Störungen und Störungen des Sozialverhaltens.

Neben den charakteristischen Emotionen äußert sich Angst körperlich in vegetativ-autonomen Reaktionen wie beschleunigter Herzfrequenz, Schwitzen, Erröten oder Erblassen, Kälte- oder Hitzewallungen, trockenem Mund sowie in körperlichen Verspannungen. Das Verhalten wird durch gesteigerte Aufmerksamkeit und Meidung angstauslösender Situationen beeinflusst. Klinisch bedeutsame Ängste sind dabei dadurch gekennzeichnet, dass sie nicht vorübergehend, für die Entwicklungsphase unangemessen, mit starken und anhaltenden Beeinträchtigungen verbunden sind, die normale Entwicklung beeinträchtigen und Probleme im sozialen Umfeld auslösen.

Entsprechend sollte die Diagnostik neben anamnestischen auch fremdanamnestische Informationen einbeziehen, mehrere diagnostische Methoden beinhalten, den Kontext der angstauslösenden Situation erfassen, das Ausmaß der Beeinträchtigung und des subjektiven Leidens sowie die daraus resultierenden Folgen der Symptome für das Verhalten und die Beziehung zur Umwelt berücksichtigen. Körperliche Ursachen, wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, sollten differentialdiagnostisch bedacht werden. Insbesondere die soziale Phobie führt im Schulunterricht zu erheblichen Beeinträchtigungen. Definitionsgemäß ist die soziale Phobie durch anhaltende Ängstlichkeit in sozialen Situationen, speziell der Angst vor Beobachtung und Bewertung, gekennzeichnet. Mit zunehmendem Alter kommt die Angst vor Körperreaktionen wie Erröten und Erbrechen in der Öffentlichkeit hinzu. Durch die soziale Ängstlichkeit ist die mündliche Mitarbeit, das Schreiben „unter Beobachtung“ und die Nahrungsaufnahme „unter Beobachtung“ deutlich beeinträchtigt. Bei den Betroffenen besteht die Sorge, etwas Falsches zu sagen oder tun zu können, die Angst vor negativer Bewertung, verknüpft mit negativen Kognitionen, die bereits innerhalb kurzer Zeit zu einer erheblichen Beeinträchtigung des Selbstwertgefühls führen können. Bereits aus der diagnostischen Einordnung der Angstsymptomatik können Ansätze für kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen entwickelt werden, die einerseits die Eltern, bei schulbezogenen sozialen Ängsten auch die Lehrkräfte, miteinbeziehen sollten. Im Allgemeinen stellt sich der Verlauf der meisten Ängste des Kindesalters als eher günstig dar. Ausgenommen hiervon sind jedoch die Trennungsängste sowie komorbide Störungen, die zu einer Chronifizierung der Symptomatologie führen können. Verlaufsuntersuchungen zu dieser Störung zeigen, dass die betreffenden Kinder bei Nachuntersuchungen häufig psychisch auffällig bleiben, wobei Probleme des Schulbesuchs und andere emotionale Störungen sowie Phobien beobachtet werden. Generell verschlechtert sich die Prognose mit ausgeprägtem Schweregrad sowie zunehmender Chronifizierung, sodass eine frühe therapeutische Intervention unbedingt notwendig ist. Da die emotionale Störung mit Trennungsangst häufig auch zur Verweigerung des Schulbesuchs führt, wird dieses Störungsbild unter dem Abschnitt schulvermeidendes Verhalten noch einmal gesondert dargestellt.

## DEPRESSIVE STÖRUNGEN

Depressive Störungen im Kindes- und Jugendalter treten mit einer Prävalenz von 4 % bis 5 % auf. Mädchen sind dabei doppelt so häufig betroffen wie Jungen. Im Vordergrund der Symptomatik stehen neben einer traurigen Stimmung, Freudlosigkeit, Aktivitäts- und Interessenverlust die Aufgabe von Freizeitaktivitäten, sozialer Rückzug, Änderungen des Appetits, Schlafstörungen sowie damit einhergehende Konzentrationsprobleme, Selbstwertverlust und bei mittelschweren sowie schweren Formen Suizidgedanken und -handlungen. Entsprechend der dargestellten Symptomatologie beeinflusst die depressive Symptomatik die psychosoziale und schulische Entwicklung oft massiv. Es besteht ein erhöhtes Risiko für Klassenwiederholungen, frühzeitige Schulabbrüche oder Beschulung an einer Förderschule. Bedingt ist dieser negative schulische Verlauf maßgeblich durch Aufmerksamkeitsstörungen, beeinträchtigte Gedächtnisleistungen und Störungen in der Arbeitsorganisation. Da die depressiven Störungen oftmals nicht frühzeitig erkannt werden, erfolgt eine Diagnostik häufig verzögert, sodass auch nachfolgend therapeutische Interventionen mit erheblichem zeitlichem Verzug begonnen werden. Bekannt ist, dass schulische Faktoren, wie das Schulklima und die Verbundenheit mit der Schule, im Verlauf die depressiven Störungen beeinflussen und somit auch die Schullaufbahn beeinträchtigen können. Eine Kooperation zwischen behandelndem Arzt und den unterrichtenden Lehrpersonen sollte in Bezug auf eine Psychoedukation und Beratung im Umgang mit der Symptomatologie, insbesondere bei Äußerungen suizidaler Absichten von Schülern, erfolgen. Grundsätzlich sollte eine unterstützende und wertschätzende, somit stressreduzierende Haltung der Lehrkräfte gegenüber dem Schüler angestrebt werden.

## SCHULVERMEIDENDES VERHALTEN

Bis zu 60% der Schüler weiterführender Schulen in Deutschland geben an, im Laufe ihrer bisherigen Schulkarriere schon einmal für einige Stunden oder einen ganzen Tag absichtlich der Schule fern geblieben zu sein. Zu differenzieren ist hierbei zwischen dem vereinzelt auftretenden Vermeiden des Schulbesuchs, welches nicht im Zusammenhang mit psychischen Symptomen auftritt. Nachfolgend soll die Symptomatologie, Klassifikation und Prävalenz schulvermeidenden Verhaltens, welches mit einer psychischen Störung einhergeht, dargestellt werden. Bei schulvermeidendem Verhalten wird übergeordnet zwischen Schulverweigerung und Schulschwänzen unterschieden. Während Letzteres ohne Angstsymptome auftritt, besteht ein enger Zusammenhang zwischen Schulverweigerung und internalisierenden Störungen, der dadurch gekennzeichnet ist, dass die Kinder und Jugendlichen aufgrund negativer Affekte (Ängste, depressive Symptome, psychosomatische Beschwerden), insbesondere in Prüfungssituationen und bei sozialen Schwierigkeiten den Schulbesuch vermeiden wollen. Die Schüler fehlen in der Regel mit Wissen der Eltern und halten sich während der Schulzeit meist zu Hause auf. Schulverweigerung vor dem Hintergrund internalisierender Störungen kann weiter

differenziert werden in die Schulphobie, bei der eine emotionale Störung mit Trennungsangst die Vermeidung des Schulbesuchs bedingt, während sich Schulangst auf soziale Ängste und Leistungsängste bezieht. Schulschwänzen ist häufig bedingt durch Störungen des Sozialverhaltens, wenngleich Schulvermeidende Symptome aus dem gesamten Spektrum psychischer Störungen des Kindes- und Jugendalters aufweisen können und erhebliche Überschneidungen zwischen Schulverweigerern und Schulschwänzern bestehen.

Die Prävalenz schulvermeidenden Verhaltens in Deutschland liegt zwischen 5 % und 10 % in Bezug auf das regelmäßige und in „erheblichem Ausmaß“ Abwesensein in der Schule. Die höchsten Raten schulvermeidenden Verhaltens finden sich an Haupt- und Förderschulen, wenngleich dieses Phänomen in jeder Schulform anzutreffen ist. Während der Anstieg der Prävalenz der Schulverweigerung mit Trennungsängsten (Schulphobie) vor allem bei der Einschulung sowie nach dem Wechsel auf eine weiterführende Schule besteht, tritt das Schulschwänzen sowie die Schulverweigerung mit sozialen Ängsten und Depressionen typischerweise erst bei Jugendlichen auf. Aufgrund des erheblichen Einflusses auf den erfolgreichen Verlauf des Schulbesuchs und das hohe Risiko, bei chronifiziertem Schulabsentismus keinen dem kognitiven Niveau entsprechenden Schulabschluss zu erlangen, ist eine frühzeitige Wahrnehmung und diagnostische Einordnung der Hintergründe des schulvermeidenden Verhaltens unbedingt anzustreben. Schulschwänzen ist mit einem erhöhten Risiko für soziale Schwierigkeiten verbunden, insbesondere in Bezug auf Versagen in der Schule, eine erhöhte Rate an Arbeitslosigkeit, Substanzabusus und Delinquenz. Angstbedingte Schulverweigerung ist primär mit dem Fortbestehen oder der Entwicklung von psychischen Störungen assoziiert. Prognostisch günstig sind dabei ein akuter Symptombeginn, jüngeres Alter bei Eintreten der Symptomatologie, geringere Schulfehlzeiten, eine frühzeitige Diagnostik und Therapie, niedrige psychiatrische Morbiditäten und ein geringes Ausmaß des Vermeidungsverhaltens. Entsprechend besteht die große Gefahr in der Chronifizierung der Symptomatik, wenn rasche Interventionen ausbleiben und die genannten protektiven Faktoren fehlen.

Nachfolgend sollen die einzelnen psychiatrischen Störungsbilder, die zu schulvermeidendem Verhalten oder Schulschwänzen führen können, detaillierter dargestellt werden.

### **SCHULPHOBIE (EMOTIONALE STÖRUNG MIT TREN- NUNGSANGST DES KINDESALTERS (ICD-10: F93.0))**

Diagnostisches Hauptmerkmal der Trennungsangst des Kindesalters ist eine nicht begründete, übermäßig ausgeprägte Angst vor der Trennung von einer nahen Bezugsperson, an die das Kind gebunden ist (üblicherweise Eltern oder andere Familienmitglieder). Hiermit einhergehend ist die unrealistische, vereinnahmende Besorgnis über mögliches Unheil, das dieser Bezugsperson zustoßen könnte oder die Furcht, dass sie weggehen und nicht wiederkommen könnte. Ebenso kann eine unrealistische, vereinnahmende Besorgnis, dass irgendein unglückliches Ereignis das Kind von einer Hauptbezugsperson

trennen könnte, bspw. dass das Kind gekidnappt, ins Krankenhaus gebracht oder getötet wird, bestehen. Aus Furcht vor der Trennung besteht eine daraus resultierende, überdauernde Abneigung oder Verweigerung, die Schule zu besuchen, ohne das andere Gründe, wie Furcht vor Ereignissen in der Schule, dies bedingen würden. Meist besteht bei den Kindern eine anhaltende unangemessene Furcht, alleine oder tagsüber ohne eine Hauptbezugsperson zu Hause zu sein. Häufig sind wiederholte Alpträume über Trennung sowie das Auftreten somatischer Symptome wie Übelkeit, Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Zittern, Herzrasen, Drang zum Wasserlassen oder Erbrechen vor einer anstehenden oder tatsächlichen Trennung von einer Hauptbezugsperson, wie beim Verlassen des Hauses, um in die Schule zu gehen, zu beobachten. Die Symptomatik ist anhaltend und mit intensivem Leiden verbunden. Häufig weigern sich die Kinder, getrennt von Bezugspersonen zu schlafen. Die Angstsymptomatik kann dabei so ausgeprägt sein, dass diese auch in Wutausbrüche oder in soziale Rückzüglichkeit mündet. Häufig sind sehr enge (symbiotische) Mutter-Kind-Beziehungen zu beobachten. Gleichzeitig ist bei den Hauptbezugspersonen gleichermaßen eine erhöhte Trennungsängstlichkeit zu beobachten. Ätiologisch besteht sowohl bei dem Kind als auch bei den Eltern eine erhöhte Vulnerabilität für Angststörungen und Depressionen. Die familiäre Dynamik ist gekennzeichnet durch ein übermäßiges Bindungsverhalten, welches teilweise abhängig-aggressiv getönt ist. Äußere Faktoren können dabei die symbiotische Bindung verstärken, wie z. B. tragische Todesfälle oder schwerwiegende Erkrankungen. Die körperliche Symptomatik der Kinder dient ursächlich als Erklärung für die Psychopathologie, während sekundäre Probleme, wie eine zunehmende soziale Isolation, Leistungsrückstand oder sekundäre Befürchtungen zu einer Chronifizierung der Symptomatologie beitragen. Charakteristisch für die emotionale Störung mit Trennungsangst ist das Meidungsverhalten, welches im Sinne einer operanten Konditionierung zu einer zunehmenden Verstärkung der Symptomatologie führt. Insbesondere vor dem Hintergrund der Reduktion der ängstlichen Affekte durch Vermeidung und die Gewinnung von Aufmerksamkeit und Zuwendung, zumeist durch die Eltern, wird die Somatologie verstärkt, wobei sich oft im Verlauf weitere verstärkende/aufrechterhaltende Bedingungen ergeben (z. B. Medienkonsum, Ausschlafen können) im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns.

### **SCHULANGST**

Bei der Schulangst handelt es sich um eine konkrete Angst vor der Schulsituation oder den mit ihr verbundenen Umständen. Hintergrund für die Symptomatologie sind meist soziale Ängste, Prüfungsängste, das Verhalten von Lehrern oder Mitschülern, Leistungs- und Versagensängste, teilweise lassen sich auch reaktive Lernstörungen hierunter subsumieren. Eine Überschneidung von Schulangst und Schulphobie ist im Einzelfall möglich. Grundsätzlich können aber auch spezifische Phobien, generalisierte Angststörungen, Panikstörungen oder eine Agoraphobie die Schulangst bedingen. Bei der Angst vor sozialen und neuen Situationen stehen die Schwierigkeiten,



mit Mitschülern in Kontakt zu treten, die Angst vor negativer Bewertung oder vor der Klasse einen Text vorzulesen, etwas vorzutragen und aktiv mündlich am Unterricht mitzuwirken, im Vordergrund. Psychophysiologisch ist auch die Schulangst regelhaft mit ausgeprägten körperlichen Symptomen wie bei der Schulphobie, im Jugendalter auch mit der Angst vor Erröten („Flush“), Angst vor Kontrollverlust, Schweißausbrüchen, Atemnot oder Schwächegefühl gekoppelt. Ätiologisch ist sie zumeist oft gekennzeichnet durch eine mangelnde soziale Kompetenz, wodurch die Schüler auch häufiger Opfer von Mobbing werden. Sie weisen eine erhöhte Vulnerabilität für Angststörungen auf. Ebenso können Überforderungssituationen (nicht dem Leistungsniveau entsprechende Beschulung) oder Teilleistungsstörungen, wie Lese-/Rechtschreibstörungen bzw. Rechenstörungen, die Schulangst bedingen oder verstärken. Auch äußere Stigmatisierungen durch Fehlbildungen oder Erkrankungen, wie z. B. Ticstörungen oder Epilepsie, können zu einer Schulangst führen.

## SCHULSCHWÄNZEN

Im Gegensatz zur Schulverweigerung ist das Schulschwänzen primär unlustbedingt. Es zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen Schulschwänzen und externalisierenden Störungen, wie der Störung des Sozialverhaltens, oppositionellen Störungen und Anpassungsstörungen mit gestörtem Sozialverhalten. Die Verweigerung des Schulbesuchs erfolgt meist ohne Wissen der Eltern. Die Schüler halten sich während der Fehlzeiten in der Regel nicht zu Hause auf. Schulschwänzen wird in dieser Gruppe positiv verstärkt, da die betreffenden Schüler einerseits die unlustgetönte Schulsituation vermeiden und andererseits Aktivitäten nachgehen können, die für sie attraktiver sind als der Schulunterricht (z. B. Treffen mit Freunden, Konsum elektronischer Medien, Drogenkonsum). Die Symptomatik ist gekennzeichnet durch Schulunlust, Vermeidung von Unannehmlichkeiten und zu Beginn den teilweise fehlenden Leistungsvoraussetzungen. Häufig wird der Schulbesuch vorgetäuscht, es besteht eine geringe Frustrationstoleranz, Antriebsarmut, Perspektivlosigkeit, vordergründig wenig Leidensdruck, ein negatives Selbstkonzept bis hin zu dissozial-aggressivem Verhalten. Die Kinder kommen oft aus sozial schwachen Familien, in denen die Erwachsenen nicht selten über Generationen eine ähnliche Perspektivlosigkeit vorleben. Letztlich besteht eine mangelnde elterliche Kontrolle. Zu unterscheiden ist ein früher Beginn des Schulschwänzens vor dem zehnten Lebensjahr, der prognostisch ungünstig ist, während ein Beginn in der Adoleszenz Ausdruck eines Autoritätskonfliktes sein kann und perspektivisch günstiger einzuordnen ist.

Untersuchungen zeigen, dass es auch Mischformen des schulvermeidenden Verhaltens gibt. Die Abwesenheit aus der Schule bei Kindern und Jugendlichen kann dann sowohl durch Schulverweigerung als auch durch Schulschwänzen bedingt sein. Dementsprechend zeigen die Jugendlichen sowohl internalisierende als auch externalisierende Symptome, entsprechend den psychiatrischen Diagnosen mit einer kombinierten Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen.

## Diagnostik schulvermeidenden Verhaltens

Nicht zuletzt aufgrund der bei den Schulverweigernden häufig imponierenden körperlichen Symptomatologie sollte eine zeitnahe gründliche somatische Diagnostik durchgeführt werden. Der Schulbesuch sollte während dieser Zeit jedoch nicht eingestellt bzw. der Schüler nicht krankgeschrieben werden, sofern nicht eine klar erkennbare körperliche Erkrankung starker Ausprägung vorliegt. Zur Vermeidung einer häufig drohenden Chronifizierung des schulvermeidenden Verhaltens sollte parallel zügig eine psychiatrische Diagnostik eingeleitet werden. Diese beinhaltet neben der Erfassung der Symptomatik eine ausführliche Anamnese zur Klärung der Frage, wo das Kind sich während der Schulabwesenheit aufhält, wie sich der Verlauf der körperlichen Beschwerden darstellt, ob die Eltern von der Schulabstinenz wissen, wie der bisherige schulische Verlauf und die Leistungen sind. Des Weiteren sollten auch dissoziale Verhaltensweisen und die soziale Integration sehr genau eruiert werden. Auch psychische und körperliche Erkrankungen der Eltern, familiäre Konflikte und andere einschneidende Ereignisse im Leben des Kindes/Jugendlichen sollten erfragt werden. Hierbei sollten Informationen sowohl im Einzelkontakt vom Kind oder Jugendlichen als auch von den Eltern bzw. anderen Bezugspersonen (Lehrer, Betreuer etc.) eingeholt werden. Hierzu können auch Screening-Fragebögen wie die Child Behavior Checklist (CBCL, von Achenbach) unter Youth Self Report (YSR), Teacher Rating Form (TRF) zum Einsatz kommen. Je nach Symptomatologie sollten spezifische Fragebögen zur Erhebung von Angst und depressiven Symptomen, wie z. B. der Angstfragebogen für Schüler (AFS) oder das Depressionsinventar für Kinder und Jugendliche (DIKJ), eingesetzt werden. Eine Intelligenz- und Schulleistungsdiagnostik ist elementar, um Unter- und Überforderung in der Schule auszuschließen und ggf. Teilleistungsstörungen zu diagnostizieren. Ein spezifisches Verfahren zur Diagnostik bei Schulvermeidung stellt die School Refusal Assessment Scale (SRAS), in der deutschen Übersetzung Einschätzungsskala zur Schulverweigerung (ESV) dar, mit der sowohl in einer Eltern- als auch in einer Kindversion vier Funktionen der Schulvermeidung (Vermeidung negativer Affekte; Vermeidung aversiver Prüfungs- und sozialer Situationen; aufmerksamkeitsuchendes Verhalten; spürbare positive Verstärkung) erfasst werden können.

## Therapie

Eine effektive Behandlung von Schulvermeidung erfordert neben einer frühzeitigen Intervention übergeordnet eine enge Kooperation aller Beteiligten. Unter der Koordination eines Kinder- und Jugendmediziners oder Kinder- und Jugendpsychiaters sollten Eltern, Schule, Schulsozialarbeit und -psychologie sowie Jugendhilfe und ggf. andere am therapeutischen Prozess Beteiligte ihr Handeln eng aufeinander abstimmen. Elementar ist bei allen Formen des schulvermeidenden Verhaltens bzw. Schulschwänzens, aufrechterhaltende Faktoren und nicht „vermeintliche“ Ursachen zu behandeln. Eine kinder- und jugendpsychiatrische teilstationäre bzw. stationäre Behandlung kann bei chronifizierten Störungen, ambulanten Fehlver-

suchen oder mangelnden Ressourcen im familiären Kontext sowie bei Überforderung der Eltern in Erwägung gezogen werden. Die nach aktueller Studienlage wirkungsvollste Behandlungsmethode stellt die multimodale, multiprofessionelle, verhaltenstherapeutische Behandlung dar. Diese umfasst eine kognitive Verhaltenstherapie, eine Familienberatung, eine schulische Beratung sowie ein psychoedukatives (Sport-)Programm. Im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie sollte der Fokus auf einer ausführlichen Psychoedukation sowie Interventionen, die an das jeweilige Störungsbild angepasst werden, liegen. Im Rahmen der aufsuchenden Familienberatung werden unter anderem die elterlichen Erziehungskompetenzen gestärkt und der Schüler auf dem Schulweg begleitet. Bei der schulischen Beratung können – angepasst an die Bedürfnisse der Kinder und Jugendlichen – z. B. eine Schullaufbahn- und Bildungsberatung angeboten werden, während die Lehrkräfte kollegial beraten werden sollten. Im Rahmen psychoedukativer (Sport-)Programme oder sozialer Kompetenztrainings sollten nicht nur die körperliche Aktivität und Fitness, sondern auch soziale Kompetenzen gestärkt und alltagspraktische Coping-Strategien eingeübt werden. Je nach Ausprägungsgrad der internalisierenden oder externalisierenden Störung sollte zusätzlich die Behandlung mit Psychopharmaka gemäß Leitlinien in Erwägung gezogen werden.

## PRÄVENTIONS- UND INTERVENTIONSMASSNAHMEN

Vor dem Hintergrund der Häufigkeit seelischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter haben diese eine erhebliche Relevanz für die schulische Entwicklung, Leistungsstörungen und schulvermeidendes Verhalten. Zur Prävention und zur Vermeidung negativer schulischer Verläufe sollten im Rahmen der Entwicklungsdiagnostik, von Seiten der Kindertagesstätten, im Vorschulalter und im Rahmen von Einschulungsuntersuchungen möglichst frühzeitig Entwicklungsstörungen sowie Risiken für psychische Erkrankungen identifiziert und durch präventive Maßnahmen vermindert werden. Kinder- und Jugendärzte haben dabei eine zentrale Rolle im Hinblick auf die Einleitung diagnostischer Maßnahmen sowie therapeutischer Interventionen. Unter enger Einbeziehung der Eltern, Erzieher und im weiteren Verlauf der Lehrkräfte mit ihren Unterstützungssystemen im psychosozialen Bereich (Schulpsychologie, Schulsozialarbeit, Jugendhilfe) sollten adäquate Förderungen etabliert werden. In enger Kooperation mit den komplementären Diensten des Gesundheitswesens (öffentlicher Gesundheitsdienst, ambulante, teil- und stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung) in Zusammenarbeit mit der Jugendhilfe sind dabei einerseits Screenings, Interventionsmaßnahmen, Veränderungen des Klassen- und Schulklimas sowie gezielte Schulungen der unterrichtenden Lehrpersonen von zentraler Bedeutung. Reduziert werden sollten schulische Belastungsfaktoren und Überforderungssituationen. Gefördert werden sollten einführende, positive Lehrer-Schüler-Beziehungen. Insbesondere eine qualifizierte Fortbildung von Lehrkräften aller Schularten zu psychischen Belastungen und Störungen bei Kindern und Jugendlichen sollte bereits in der Lehrerausbildung an den Universitäten und auch

im weiteren Verlauf der Ausübung des Berufs verpflichtend eingeführt werden. Zur Vermeidung von Überforderungssituationen sollte neben einer frühzeitigen Diagnostik von Teilleistungsstörungen die kognitiven Fertigkeiten im Bedarfsfall überprüft werden und eine dem Leistungsniveau angemessene Beschulung der Kinder angestrebt werden. Eine chronische Überforderung sollte unbedingt vermieden werden. Präventiv wirkt sich ein freundliches und wertschätzendes Schul- und Klassen-Klima aus, ebenso aktive Unterstützung im Hinblick auf die soziale Integration, Förderung bei Teilleistungsstörungen (idealerweise in der Schule), klare äußere Strukturen, feste Regeln und Absprachen, die von allen Lehrpersonen getragen werden und Orientierung und Halt geben. Gleichzeitig sollte der Schutz vor Mobbing und inadäquatem Verhalten fester Bestandteil der Schulordnung und des Lehrerselbstverständnisses sein. Im Bedarfsfall ist eine intensive Zusammenarbeit und regelmäßiger Austausch aller am Helfersystem Beteiligten unter Einbeziehung der Eltern und Betroffenen unbedingt anzustreben.

■ *Dr. med. Bodo Müller*  
*Ärztlicher Direktor St. Marien-Hospital Düren gGmbH*  
*Hospitalstraße 44, 52353 Düren*  
*Tel.: 02421/805-6711, Fax: 02421/805-6725*  
*E-Mail: bmueller.smh-dn@ct-west.de*  
*www.marien-hospital-dueren.de*

Literatur beim Verfasser.

# Lernschwierigkeiten aus psychosomatischer Sicht

Kirsten Stollhoff

*Psychosomatische Beschwerden wie Kopf- und Bauchschmerzen nehmen im Kindes- und Jugendalter deutlich zu. Mädchen sind mit 17,2% mehrfach wöchentlich auftretender Kopfschmerzen häufiger betroffen als Jungen (9,2%) (1). Im Schulalter führen nicht selten Lernschwierigkeiten zu den Beschwerden.*

Dabei wird unterschieden zwischen

- allgemeinen Lernschwächen (isolierte oder mehrfache Minderleistungen in den basalen schulischen Grundkompetenzen bei durchschnittlichem Intelligenzniveau) und
- spezifischen Lernstörungen (Schulleistung ist unterdurchschnittlich und liegt signifikant unter dem Intelligenzniveau, z. B. Lese-Rechtschreib-Schwäche, Rechenschwäche)

Bei ca. 40 % der Kinder mit einer spezifischen Lernstörung werden zusätzlich die Kriterien einer ADHS (Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung) erfüllt (2, 3). Die funktionelle Beeinträchtigung ist bei dem gemeinsamen Auftreten beider Störungen erhöht (4). Vor allem, wenn zusätzlich noch fein- und grobmotorische Störungen vorliegen und die Diagnosekriterien des DAMP (Deficit Attention Motor Perception) erfüllt sind (5).

Zur effektiven Behandlung der psychosomatischen Beschwerden ist es daher unabdingbar, die Kausalkette bis zum Auslöser aufzudecken. Da eine ADHS, vor allem, wenn sie ohne Hyperaktivität auftritt, immer noch als Ursache der auf dem Boden von Lernschwierigkeiten entstehenden psychosomatischen Beschwerden übersehen wird, wird sie hier im Zentrum des Artikels stehen.



## Fallbeispiel:

Tine, neun Jahre, wurde mir zur neuropädiatrischen Abklärung ihrer Kopf- und Bauchschmerzen überwiesen. Die Mutter meint, es sei Migräne, ihr Mann und auch ihre eigene Mutter würden unter dieser Krankheit leiden. Begonnen habe es im Alter von sechs Jahren kurz nach der Einschulung, so berichtet die Mutter. Tine habe sich zunehmend über morgendlich auftretende Bauschmerzen beklagt, die teilweise sogar zu Erbrechen führten. Dies habe zu vielen Fehltagen in der Schule geführt. Eine ausgedehnte diagnostische Abklärung inklusive Magenspiegelung habe keinen pathologischen Befund ergeben. Die Bauchschmerzen seien dann spontan seltener aufgetreten. Seit sechs Monaten klagt Tine aber zunehmend über Kopfschmerzen, begleitet von Schwindelgefühlen, Übelkeit und auch Doppeltsehen. Ein cerebrales MRT habe keinen pathologischen Befund ergeben.

Täglich leidet Tine unter Kopfschmerzen. Bei Nachfrage gibt die Mutter jedoch an, dass sie nicht in den Ferien und auch nicht samstags auftreten. Unter der Woche beginnen sie meist morgens beim Aufstehen. Mindestens einmal pro Woche sind sie so stark, dass sie ihre Tochter deswegen nicht zur Schule schicke. Dies stelle ein Problem dar, da sie arbeite, sodass Tine dann alleine zu Hause bleiben müsse. Sie beschäftige sich mit Malen in dieser Zeit oder auch Fernsehen. Nachmittags gehe es ihr schon besser. Die Ausübung ihrer Hobbys, Reiten und Zeichnen, sei von den Kopfschmerzen nicht beeinträchtigt worden.

Bei der neuropädiatrischen Untersuchung gibt Tine an, den Finger doppelt zu sehen, auch wenn sie dabei ein Auge schließt. Die neuropädiatrische und motoskopische Untersuchung ist unauffällig.

Die Anamnese und Untersuchung schließen eine Migräne ebenso wie eine hirnorganische Ursache aus. Das Auftreten überwiegend während der Schulzeit und auch das „monokuläre“ Doppeltsehen weisen auf eine funktionelle Ursache hin. Auf weiteres Nachfragen berichten die Mutter und dann auch Tine selbst, dass sie sich mit den Lernanforderungen im Unterricht überfordert fühle. Hausaufgaben dauern Stunden und führen bereits zu heftigen Auseinandersetzungen zwischen Mutter und Tochter. Das „Beginnen“-Müssen führe regelmäßig zu Weinanfällen von Tine. Die Leistungen liegen im unteren Mittelfeld, obwohl Tine sich mit hohem Zeitaufwand für den Unterricht vorbereite. Zu Hause Gelerntes könne sie im Unterricht oft nicht mehr erinnern. Bei Klassenarbeiten reiche ihr die Zeit nie, um alle Aufgaben zu lösen. Vor allem Rechnen bereite ihr Probleme. Tine habe bereits im Kindergarten über den hohen Geräuschpegel geklagt und lieber alleine oder mit einem anderen Kind gespielt. Auch im Alltag sei sie langsam, das Beginnen falle ihr schwer. Morgens müsse die Mutter sie immer wieder „antreiben“ und erinnern, sich anzuziehen, da sie kein Zeitgefühl habe und sich verspiele. Sie lebe oft in ihrer eigenen Welt, reagiere nicht auf Ansprache und könne viele Stunden „mit Nichtstun“ verbringen, sei dabei aber sehr fröhlich und zufrieden. Reiten sei

ihre große Leidenschaft, sie sei sehr tierlieb. Sie habe eine gute Freundin noch aus dem Kindergarten – aber zunehmend keine Zeit mehr, sich mit ihr zu verabreden.

Die daraufhin durchgeführte ADHS-Diagnostik ermöglicht die Diagnose, ADHS Typ II – ADHS ohne Hyperaktivität. Zusätzlich bestand eine Rechenschwäche, wie sie in 30 % der Fälle komorbid auftritt.

Eine medikamentöse Therapie in Kombination mit Psychoedukation – intensive Beratung der Mutter und der Lehrerin – führte innerhalb weniger Wochen zu einem völligen Verschwinden der Kopfschmerzen, des Schwindels und auch der Sehstörungen.

Ohne die Schule und die damit einhergehende Überforderung wäre die Mutter nie auf den Gedanken gekommen, ärztliche Hilfe einzuholen, auch wenn sie ihre Tochter schon von klein auf als „etwas Besonderes“, mit einem erhöhten Erziehungsaufwand einhergehend, wahrgenommen hat. In den Ferien, im Alltag, verhielt sich ihre Tochter aus ihrer Sicht altersentsprechend. Ihre Neigung zu träumen, Aufträge und Gegenstände zu vergessen, ohne Zeitvorstellungen in den Tag zu leben, wurden von der Mutter durch Strukturen, Rituale und externe Kontrollen kompensiert. Über mehrere Jahre verbarg sich ihre Lernstörung hinter somatischen Beschwerden, die zu einer umfangreichen organischen Diagnostik veranlasst haben. Lernstörungen bei Mädchen werden häufiger übersehen: Sie neigen zum Internalisieren im Gegensatz zu Jungen, die häufig durch „Stören“ auffallen, sie reagieren mit psychosomatischen Beschwerden, Schulängsten und später dann mit Depressionen. Bei ruhigen lernschwachen Kinder sollte immer der ADHS-Subtyp II (Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität) ausgeschlossen werden (6).

Im DAK-Präventionsradar 2017 wurde festgestellt, dass jeder zweite Schüler unter Schulstress leidet, was sich in Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder Schlafproblemen äußere. Mädchen fühlen sich häufiger gestresst als Jungen: 50 % versus 37 %. Nicht jeder gestresste Schüler leidet unter einer Lernschwäche bzw. Lernstörung. Die Zunahme des „Stressfaktors Schule“ ist ein komplexes, multifaktoriell verursachtes Phänomen. Eine Lernschwierigkeit und vor allem eine sich dahinter versteckende ADHS sollte aber nicht übersehen werden, da therapeutische Möglichkeiten bestehen.

Lernerfolge im schulischen Bereich stellen einen wichtigen Faktor in der Selbstwertentwicklung der Kinder und Jugendlichen dar. Permanente Misserfolge verändern das Verhalten und belasten erheblich die soziale Integration, das Freizeitverhalten und auch den „familiären Frieden“.

„Seit Ole eingeschult ist, ist unser Familienleben ein Albtraum. Dabei hofften wir, es würde endlich besser werden: Seit drei Jahren geht er zur Ergotherapie, vorher ein Jahr zur Krankengymnastik. Wir haben wirklich alles getan“, sagt die Mutter von Ole.

Die Schullust verlor Ole, inzwischen acht Jahre alt, schnell; nach wenigen Wochen war ihm klar, dass der Kindergarten besser war. So lange still sitzen ist nichts für ihn. Und dann auch noch diese Buchstaben – die anderen erlernen sie viel schneller, er wird gar nicht fertig mit den Aufgaben, sein Arbeitszettel kommt immer mit vielen roten Kommentaren zurück und nie ein Smiley. Die anderen nennen ihn Schlappsack. Turnen macht auch keinen Spaß, er sitzt immer als Letzter noch auf der Bank, wird nicht ausgewählt, die anderen lachen, wenn er sich mit der Rolle abmüht, Handstand geht gar nicht, beim Fußball soll er jetzt ins Tor, das fülle er ja fast auch schon aus. Und zu Hause geht es dann weiter: Die Mutter will immer wissen, was er in der Schule gemacht hat, er kann sich an nichts erinnern. Und die Hausaufgaben strecken sich endlos hin – oft bis abends – und am nächsten Morgen geht alles wieder von vorne los. Ferien sind ok, aber seit seine Mutter ihm Videofilme und Fernsehen verboten hat, wird es schnell langweilig. Da ist keiner, mit dem er spielen könnte, die sind alle schon verabredet. Lego bauen hat ihm immer viel Spaß gemacht – aber in der letzten Zeit auch nicht mehr. Jetzt hat er auch keinen freien Zugang mehr zu dem Naschkram – seine Mutter versteckt ihn, meistens findet er aber doch alles – das gibt dann Ärger.

Die Mutter erlebt ihren Sohn seit der Einschulung zunehmend als aggressiv, schnell gereizt, bei Kleinigkeiten bekommt er Wutanfälle, die Hausaufgaben sind ein ständiger Machtkampf. Seit sie den visuellen Medienkonsum und das Naschen eingeschränkt hat, gibt es noch mehr Streit. Und er war doch vorher so ein fröhlicher Junge! Er sei willig zu allen Therapien mitgegangen: zunächst Krankengymnastik, nachdem er mit 18 Monaten noch nicht lief. Hier habe er schnell das Laufen gelernt, sei aber häufig gestürzt. Auch jetzt nehme er noch alle Tischecken und Türkanten mit. Er habe jetzt aber weniger blaue Flecken. Die Sprache war auch verzögert, gegessen habe er lange wie ein Schwein, nach dem Essen war immer Kleiderwechseln und Waschen angesagt. Noch jetzt vergehe selten ein Tag, an dem er nicht etwas umstoße. Daran habe auch die Ergotherapie nichts geändert. Sie sei schon lange auf Plastikgeschirr umgestiegen. Und langsam sei er, sie müsse ihn immer antreiben, er brauche morgens Stunden, um in die Gänge zu kommen, Hausaufgaben beginne er nur auf Druck, unterbreche sie aber oft, weil er Hunger habe, weil er auf Toilette müsse, ihm falle immer etwas ein. In den Ferien erkenne sie ihren Ole wieder, dann würden sie viel lachen, Lego spielen, dann würde er auch wieder mehr kuscheln. Ihr mache aber auch Sorge, dass Ole zunehmend Außenseiter würde, zu Beginn hätte er noch Einladungen bekommen, aber jetzt schon lange nicht mehr. Zu seinem Geburtstag seien nur drei Kinder gekommen und Ole hätte immer abseits gestanden.

Bei der neurologischen Untersuchung fällt auf, dass Ole ungeschickt im Bewegungsablauf und der Koordination ist, der Kraft Einsatz ist undosiert, das Bewegungsbild sieht unrund aus. Aufträge müssen wiederholt werden, er fragt viel nach, vergisst Teile des Auftrages, benötigt für alles viel Zeit.

Er ist jedoch kooperativ, versucht auch für ihn schwierige Übungen, gibt aber schnell auf.

Auf dem Stuhl rutscht er hin und her, beim Malen hält er den Stift verkrampft, fällt dann mit dem Kopf auf die Schreibunterlage.

Die Entwicklungsanamnese, die von Lehrern und Eltern ausgefüllten Fragebögen sowie die Verhaltensbeobachtung ergeben die Diagnose ADHS (Aufmerksamkeits-Hyperaktivitätsstörung) mit wenig ausgeprägter Hyperaktivität, die neuropsychologischen Testergebnisse bestätigen diesen Verdacht mit deutlich verlangsamter Verarbeitungsgeschwindigkeit und erniedrigtem Arbeitsgedächtnis.

Aber Ole hat nicht nur ADHS. Er hat deutliche Schwächen in der Körperwahrnehmung, mit undosierter Fein-/Grobmotorik sowie Gleichgewichtsprobleme, damit erfüllt er die diagnostischen Kriterien des DAMP (Deficit Attention Motor Perception), das aufgrund seiner hohen Assoziation mit Lernstörungen und auch autistischen Verhaltensstörungen eine schlechte Prognose hat. Auch bei Ole besteht zusätzlich eine Lese-Rechtschreibschwäche. Er ist deutlich übergewichtig mit inzwischen 53 kg bei 130 cm Länge und zeigt impulsives Essen, aber auch „Frustessen“. Auch Sekundärstörungen beginnen: Die fehlende soziale Integration, die häufigen Misserfolge führen zu Störungen des Sozialverhaltens und zu oppositionellem Verhalten. Die familiären Ressourcen scheinen erschöpft, die Mutter wird bereits wegen Depressionen behandelt.

Ole hat seit Einschulung auf den Schuldruck und die permanenten Misserfolge sowie die soziale Ausgrenzung mit ungebremstem Essen reagiert. Wie auch bei Tine wird durch die Summation von Störungen der Leidensdruck und die funktionelle Beeinträchtigung verstärkt. Bei beiden steht eine ADHS im Zentrum der auslösenden Faktoren. Beiden konnten mit Besserung der Kernsymptomatik der ADHS Schulerfolge ermöglicht werden. Mit Stärkung ihrer Handlungskompetenzen und Erfolgserlebnissen in der Schule, vor allem bei Ole mit altersentsprechender Impulskontrolle, konnten beide Lernerfolge erzielen, ihr Selbstwertgefühl steigern und positive soziale Kontakte aufbauen. Ole hat nach einem Jahr medikamentöser Therapie mit Stimulantien endlich wieder sein Normalgewicht erreicht, was ihm bei wiederholten Gewichtsreduzierungskuren vorher nie gelungen war.

## ZUSAMMENFASSUNG

ADHS ist eine der Ursachen, die zu Lernschwächen (Tab. 1) führen können. Lernschwächen führen in unserem Schulsystem zunehmend zu einer erheblichen psychosozialen Belastung der Betroffenen. Um dem Leistungsdruck und den schulischen Misserfolgen zu entgehen, werden unterschiedliche Kompensationsstrategien eingesetzt. Während Jungen eher mit externalisierenden Störungen wie oppositionellem und dissozialem Verhalten reagieren, stehen bei Mädchen häufiger psychosomatische Beschwerden im Vordergrund.

Aus ADHS-Langzeitstudien wissen wir, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit ADHS schlechtere Schulabschlüsse, häufigere Klassenwiederholungen und eine höhere Rate an Arbeitslosigkeit (7) sowie ein erhöhtes Risiko für dissoziales Verhalten, Sucht und emotionale Störungen haben. Eine medikamentöse Therapie mit Stimulantien schon im Grundschulalter führt zu besseren Schulleistungen sowie zu weniger Klassenwiederholungen (8). Die Lernschwäche ist also behandelbar und eventuell kann damit auch der klinische Verlauf der ADHS positiv beeinflusst sowie das Auftreten von psychosomatischen Störungen wie Kopf-/Bauchschmerzen oder Adipositas reduziert werden.

■ Dr. med. Kirsten Stollhoff  
Kinder- und Jugendärztin  
Neue Große Bergstraße 7  
22767 Hamburg  
stollhoff@gmx.de

Literatur bei der Verfasserin.

Tab. 1: Differentialdiagnose von Lernschwächen

### Primäre (anlagebedingte) Lernschwäche

- Passagere Hirnfunktionsschwäche (Reifungsverzögerung)
- Permanente Hirnfunktionsschwäche (Begabungsmangel)
- Passagere/permanente Hirnfunktionsschwäche z. B. ADHS

### Sekundäre (zerebralbedingte) Lernschwäche

- Hirnfunktionsschwäche durch cerebrale Läsion, z. B. Fehlbildung, Hirntumor, Infarkt, genetische Störungen

### Tertiäre (milieubedingte) Lernschwäche

Eine Kombination von primärer, sekundärer und tertiärer Lernschwäche ist möglich.

# Erziehung oder Beziehung? Über unterschiedliche Erziehungsstile und die möglichen Folgen

Petra Kapoun

*Viele Eltern wollen mit ihren Kindern eine gute partnerschaftliche Beziehung eingehen, trauen sich aber deshalb oft nicht mehr, zu erziehen. Sie haben Angst, „etwas falsch zu machen“ und dem Kind damit womöglich „schweren psychischen Schaden“ zuzufügen. Eltern wollen heute mehr denn je die Entfaltung der Persönlichkeit und die Fähigkeiten ihrer Kinder unterstützen. Gleichzeitig wollen sie diese optimal auf ein selbstständiges Leben vorbereiten. Dafür gibt es von allen Seiten unzählige gut gemeinte Ratschläge, Tipps, aber auch Vorwürfe. Mit den vielen „Empfehlungen“ werden Eltern eher verunsichert als dass diese eine Hilfe sind. Vielleicht wäre es für alle einfacher, wenn wir die Eltern ermutigten, eine wirkliche Beziehung mit ihrem Kind einzugehen.*



## GEMEINSAM WACHSEN – ENTWICKLUNG VON KINDERN BEGLEITEN

Kinder in ihrer Entwicklung so zu begleiten, dass sie sich zu glücklichen, selbstbewussten, liebenswerten und verantwortungsbewussten Menschen entwickeln können, ist eine große Aufgabe.

Wenn alles gut läuft, erleben wir Eltern, die Spaß und Freude im Umgang mit ihrem Kind haben. Sie schaffen es, mit Klarheit und Gelassenheit das Kind zu lenken, und können auch mit schwierigen Situationen entspannt umgehen.

Wenn es weniger gut läuft, erleben wir Eltern unter Druck. Sie sind verunsichert und im Erziehungsalltag eher gestresst als glücklich. Sie haben hohe Erwartungen an sich selbst und übersteigerte Erwartungen an ihre Kinder. Die Folge ist ein fataler Wechsel von hohen Ansprüchen und Enttäuschungen.

## ZWISCHEN BULLERBÜ UND GLOBAL PLAYER

Die aktuellen gesellschaftlichen Bedingungen des Aufwachsens sind geprägt von Optimierung und Beschleunigung (King, 2013; Brosig, 2015, Abb. 1).

Doch familiäre Fürsorgebeziehungen lassen sich nicht unbeschadet beschleunigen oder flexibilisieren. Bindungswünsche und Bedürfnisstruktur des Kindes stehen häufig im Widerspruch zu den Ansprüchen einer streng strukturierten und durchökonomisierten Familie. Körperliche Wachstums- und Reifungsprozesse sind nicht zeitlich steuerbar und die Nöte von Kindern widersetzen sich oftmals jeder gezielten Planung (King, 2013).

## ERZIEHUNGSSTILE

„Erziehung ist die soziale Interaktion zwischen Menschen, in denen ein Erwachsener planvoll und zielgerichtet versucht, unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und der persönlichen Eigenart des Kindes, erwünschtes Verhalten zu stärken oder zu entfalten“ (Hurrelmann, 1994). Sie findet nicht ausschließlich in der Familie statt, sondern auch im Kindergarten, in der Schule und in anderen sozialen Einrichtungen.

Abb. 1 Bedingungen des Aufwachsens heute (nach King, 2013)

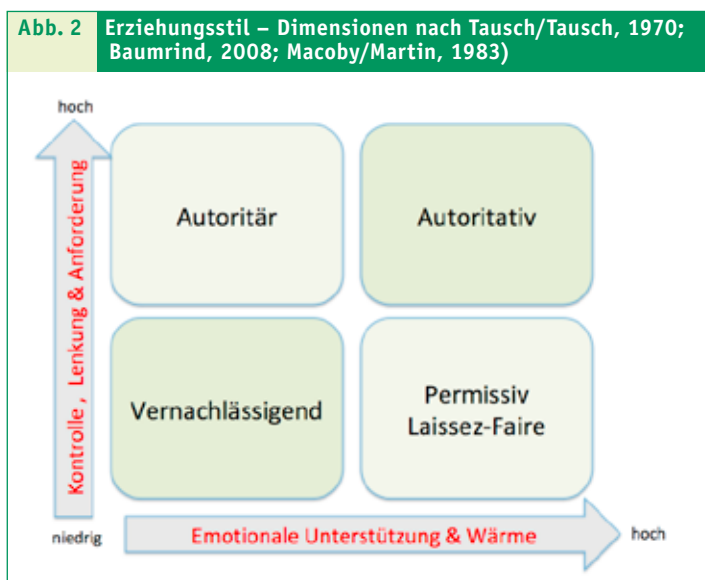


Letztendlich geht es dabei immer um eine Beziehung zwischen Menschen.

Als Erziehungsstil bezeichnet man die relativ stabile Art und Weise, wie sich Eltern und andere Erziehungspersonen in erziehungsrelevanten Situationen verhalten. Die elterlichen Verhaltensmuster werden in jeder Familie individuell bestimmt und sind in der Regel recht stabil. Sie werden beeinflusst durch die eigenen Beziehungserfahrungen in den Herkunftsfamilien, den daraus resultierenden Erziehungszielen und Überzeugungen einerseits sowie durch die kulturellen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen andererseits (Fröhlich-Gildhoff/Mischo/Castello, 2016).

In der Literatur findet sich kein einheitliches Klassifikationssystem. Auf der Grundlage von Lewin (1933) werden drei Typen unterschieden: autoritär, demokratisch, laissez-faire. Diese wurden von Elder 1962 durch vier weitere Typen ergänzt: autoritativ, egalitär, permissiv, missachtend.

In der alltäglichen Interaktion zwischen Erziehungsperson und Kind treten diese Typen selten in Reinform auf. Dementsprechend werden heute in Theorie und Forschung dimensionierte Konzepte verwendet (Tausch/Tausch, 1970; Baumrind, 2008), die quantitative Abstufungen zwischen den jeweiligen Erziehungsstilen in Bezug auf „emotionale Unterstützung und Wärme“ einerseits sowie „Kontrolle, Lenkung und Anforderung“ andererseits erlauben. In Abbildung 2 wird die heute am weitesten verbreitete Kategorisierung anschaulich dargestellt und nachfolgend kurz beschrieben (Mischo, 2016).



Der autoritäre Erziehungsstil ist gekennzeichnet durch hohe Anforderungen, strenge Kontrolle, Gehorsam und Disziplin und wenig emotionale Wärme und Unterstützung. Das Autonomiebestreben der Kinder wird eher nicht berücksichtigt. Anders beim autoritativen Erziehungsstil, bei dem der Förderung von Autonomie- und Selbstwirksamkeit und einer gegenseitigen Wertschätzung ein hoher Stellenwert zukommt. Die Eltern sind diskussionsbereit, behalten aber ihre Entscheidungshoheit und legen klare und nachvollziehbare Regeln und Normen fest. Auch

sie haben hohe, aber realistische Anforderungen an das Kind. Eltern mit einem vernachlässigenden Erziehungsstil zeigen nur wenig Interesse für die Entwicklung ihrer Kinder und sind emotional abgewandt und unsensibel. Erziehung findet hier eher zufällig statt. Der permissiv-verwöhnende Erziehungsstil zeichnet sich durch Nachgiebigkeit und Toleranz aus. Die Eltern sind emotional zugewandt, liebevoll und besorgt und möchten gerne jeden Wunsch des Kindes erfüllen. Lenkung und Kontrolle treten in den Hintergrund (nach Mischo, 2016)

## TRANSPORTHUBSCHRAUBER, RETTUNGS-HUBSCHRAUBER UND KAMPFHUBSCHRAUBER

Ergänzend wird von verschiedenen Autoren ein überbehütender Erziehungsstil beschrieben, der geprägt ist von ständiger Kontrolle und exzessiver Einmischung in die Angelegenheiten des Kindes. Für diese Eltern wurde der Begriff „Helicopter-Eltern“ geprägt (Ginott, 1969; Cline/Fay, 1990). Helicopter-Eltern transportieren ihre Kinder überall hin, damit ihnen unterwegs nichts zustoßen kann. Sie retten ihre Kinder vor jeglichen Unannehmlichkeiten und Misserfolgen oder kämpfen aktiv für den gewünschten Erfolg ihrer Kinder (Kraus, 2015). Dieses Erziehungsverhalten scheint zunehmend zum Problem zu werden, weil es den Kindern keine Freiräume lässt.

## AUSWIRKUNGEN DER ERZIEHUNGSSTILE

Eine der ersten Untersuchungen über die Auswirkungen von Erziehungsstilen sind die Iowa-Studien von Lewin und Mitarbeitern (1939), die in Jugendgruppen die Folgen von autoritären, demokratischen oder Laissez-faire-Führungsstilen auf das Arbeits- und Sozialverhalten der Jugendlichen untersuchten. Sie konnten zeigen, dass ein hohes Maß an Kontrolle beim autoritären Erziehungsstil die Leistung kurzfristig signifikant steigerte, auf längere Sicht Motivation und Eigeninitiative aber abnahmen. Das mitdenkende Führungsverhalten beim demokratischen Stil führte zu einer hohen Motivation und Arbeitsbereitschaft in der Gruppe. Kreativität und Selbstständigkeit wurden angeregt. Nachteilig war die relativ zögerliche Entscheidungsfindung. Beim Zubilligen von Selbsterfahrungen des Laissez-faire-Stiles konnte sich die Kreativität und Individualität des Einzelnen maximal entfalten. Allerdings wurden Aufgaben zum Teil ohne großes Interesse und relativ unkoordiniert angegangen. In dieser Gruppe kam es vermehrt zu Disziplinproblemen, Kompetenzstreit und Aggressionen. Dementsprechend könnte man schlussfolgern, dass in den meisten Situationen irgendeine Führung besser ist als gar keine Führung (nach Zimbardo, 1983).

Über die Auswirkungen des heute als optimal angesehenen autoritativen Erziehungsstils finden sich in der neueren Literatur eindeutige Ergebnisse: Die hohe Akzeptanz und Wertschätzung des Kindes, das Bereitstellen von angemessenen Handlungsspielräumen fördern die Entwicklung eines positiven Selbstkonzeptes. Die so erzogenen Kinder haben gute soziale Kompetenzen und bessere Schulleistungen (Mischo, 2016; Baumrind, 2008; Berk, 2011).

Kumnig et al. befragten erwachsene Patienten mit unterschiedlichen psychischen Erkrankungen nach den erinnerten Erziehungspraktiken ihrer Kindheit. Sie fanden Hinweise, dass einzelne Störungsbilder mit spezifischen Mustern dysfunktionaler Erziehungsstile in Verbindung stehen. In der Studie berichteten depressive Patienten von einer ausgeprägten mütterlichen Gleichgültigkeit und Überbehütung, zusammen mit einem missbräuchlichen Erziehungsverhalten beider Elternteile. Angstpatienten berichteten primär von ihren überbehütenden Müttern. Sowohl Bulimikerinnen und Bulimiker als auch Patienten mit Persönlichkeitsstörungen zeigten signifikante Belastungen in beinahe allen Bereichen (Kumnig et al., 2013).

## KANN ERZIEHUNG KRANK MACHEN?

Eltern werden spätestens nach der Geburt ihres Kindes mit den eigenen Kindheitserfahrungen konfrontiert und denken darüber nach, was sie an den Erziehungspraktiken ihrer Eltern als „gut“ oder auch „schlecht“ erlebt haben und was sie „besser“ machen wollen. Sie geben sich heutzutage mehr Mühe als jemals zuvor bei der Erziehung. Im Praxisalltag werden wir täglich gefragt, was richtig oder falsch ist, wann Erziehung beginnen soll, welche Grenzen zu setzen sind, wann man auch mal nachgeben darf, was eine gute Erziehung ausmacht. Dabei ist der Übergang zwischen engagiert-besorgten und extrem überbesorgten Eltern fließend.

Kinder können sich den elterlichen Erziehungsmaßnahmen fügen oder sich dagegen mehr oder weniger auflehnen. Besonders schwierig wird es, wenn unterschiedliche Erziehungsstile aufeinandertreffen – innerhalb der Familie oder in Kindergarten und Schule.

Es finden sich Hinweise, dass Kinder, die autoritär erzogen werden, eher weniger Selbstsicherheit und Selbstständigkeit zeigen und häufiger Ängste entwickeln. Außerhalb der Familie zeigen sie häufiger geringe Frustrationstoleranz und eine Neigung zu aggressivem Verhalten (Mischo, 2016; Berk, 2011).

### Fallbeispiel:

Die 5-jährige Sarah ist die älteste von drei Geschwistern. Sie kann ausdauernd basteln und malen, spielt gern draußen, ist im Sportverein und singt im Chor – ein ganz normales Kind – wenn sie nur im Kindergarten nicht auffallen würde. Dort raste sie oft aus und sei nur von mehreren Erzieherinnen zu bändigen. Die Erzieherinnen vermuten Asperger-Autismus. Zu Hause gäbe es keine Probleme, da sei sie eher ängstlich. Ihre Eltern sind verunsichert. Als ich Sarah frage, was denn vorgefallen sei, beschreibt sie, dass sie wütend werde, wenn andere Kindern sie ärgern und was sie dann mit ihnen oder auch mit Räufern und Feinden gerne anstellen würde: Sie würde diese k.o. hauen und anschließend auch die Augen ausstechen, die Nase abbeißen und sie dann mit dem Hammer bearbeiten, um sie dann zu kochen. Was fehlt ihr? Vielleicht jemand, der danach fragt, warum sie so wütend ist?

Sarahs Eltern sind nach eigenen Angaben sehr streng. Sie haben klare Regeln und verlangen strikt deren Einhaltung. Das familiäre Klima scheint von negativen Emotionen geprägt. Das macht Angst. Durch die zunehmend negativen Beurteilungen aus dem Kindergarten fühlen sich die Eltern aufgefordert, ihre Tochter mit noch mehr Drohungen und Strafen zu zügeln. Auch zu Hause wird deshalb viel geschrien.

Bei einem permissiv-verwöhnenden Erziehungsstil müssen die Kinder zu viel und zu früh eigenständige Entscheidungen treffen, haben dabei aber nur wenig Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten. Sie sind häufiger impulsiv und rebellisch (Berk, 2005).

Kinder, die einen vernachlässigenden Erziehungsstil erfahren, haben ein deutlich erhöhtes Risiko, in vielen Bereichen Störungen in der sozialen, emotionalen und kognitiven Entwicklung zu zeigen – insbesondere, wenn die Vernachlässigung früh einsetzt (Mischo, 2016).

### Fallbeispiel:

Vorstellungsanlässe des 5-jährigen Ben sind aggressive Verhaltensweisen und Einnässen während des Tages. Die Mutter berichtet, dass es zu Hause zu täglichen Wutausbrüchen komme, die häufig mit der Zerstörung von Gegenständen einhergingen (z. B. Abreißen der Tapeten, Werfen von Spielzeug). Der Junge erpresse die Eltern damit, dass er Dinge kaputt mache, wenn er seinen Willen nicht bekäme. Auch im Kindergarten würde er auffallen. So habe er dort z. B. in einen Schrank gepinkelt. Bens Eltern sind beide beruflich sehr eingespannt und scheinen beide sehr mit sich selbst beschäftigt. Zwischen den Eltern gebe es bezüglich der Kindeserziehung Konflikte. Während sich der Vater eher verwöhnend gegenüber den Kindern verhalte, sei die Mutter strenger und fordere ein hohes Maß an Selbstständigkeit ein. Im Elterngespräch machen sich die Eltern gegenseitig Vorwürfe. Während der Vater berichtet, dass ihn die laute, oft impulsive Art seiner Frau im Umgang mit Ben störe, äußert sich die Mutter enttäuscht über den Vater, der ihr abends wenig den Rücken stärke und den Kindern jeden Wunsch erfülle.

Durch einen von Anfang an überfürsorglichen und kontrollierenden Erziehungsstil fällt es den betroffenen Kindern schwer, Kompromissbereitschaft, Respekt vor anderen Menschen und Gemeinschaftsfähigkeit zu erlernen. Sie haben gelernt: „Ich bin perfekt, fehlerlos und mache alles richtig – Schuld haben immer die anderen“. Sie kennen es bisher nur, im Mittelpunkt zu stehen und immer Recht zu haben. Dadurch ist Streit vorprogrammiert. Sie werden zum Außenseiter. Sie können keine Selbstwirksamkeit erleben und nur ein mangelndes Selbstbewusstsein entwickeln, sie bleiben abhängig von der Kontrolle und Durchsetzungsfähigkeit ihrer Eltern.



## Fallbeispiel:

Der sechseinhalb Jahre alte Lars wird von seiner Mutter vorgestellt. Er habe keine Freunde und werde wegen seines auffälligen, zum Teil aggressiven Verhaltens immer mehr zum Außenseiter. Er selbst berichtet, dass ihn die gleichaltrigen Jungen so reizen würden, dass er regelmäßig ausraute, zumeist wegen nichtiger Anlässe. Es sei, als würde er unaufhörlich „auf Minen treten und dann explodieren“.

Lars ist ein ehemaliges Frühgeborenes. In seinen ersten Lebenswochen sei laut Eltern „viel schief gegangen“. Die Eltern hätten sein Gedeihen gemeinsam akribisch überwachen müssen und seien dadurch bis zur Erschöpfung gefordert gewesen. Erst im Alter von drei Jahren hätten sie sich getraut, ihn alleine schlafen zu lassen, was der Sohn dann verweigert habe. Er sei immer „anders als andere Kinder“ gewesen. So habe er früh sprechen gelernt, mit zwei Jahren ganze Sätze gesprochen, alle Zahlen gekannt und Bücher mit Großbuchstaben lesen wollen. Im Kindergarten hätte er Pech gehabt und Erzieher erwischt, die seine Begabungen nicht gesehen hätten. Deswegen haben sich die Eltern für eine frühzeitige Einschulung entschieden.

Lars Eltern seien nach eigenen Angaben beide „hochbegabt getestet“ und „intellektuell enorm stark“. Der Vater habe sich mit seinen Vorstellungen von entwicklungsförderlicher Beziehung nicht durchsetzen können und sich von seiner Frau bevormundet gefühlt. Die Mutter sei aufgrund seines Rückzuges unsicher geworden und habe ihre Kontrolle verstärkt.

Diese Beratungen können wir nur leisten, wenn wir uns die notwendige Zeit dafür nehmen. Das ist leider nicht immer möglich. In vielen Fällen werden wir deshalb Eltern ermutigen, Termine in einer Erziehungsberatungsstelle zu vereinbaren.

Auf jeden Fall aber sollten wir uns die Zeit nehmen, um Eltern zu vermitteln, dass eine entspannte und positive Familienatmosphäre mit gegenseitiger Wertschätzung einen größeren Einfluss auf ihr Kind hat als ausgeklügelte Erziehungsmaßnahmen – denn:

**„Gras wächst nicht schneller,  
wenn man daran zieht ...“**

(Aphorismus aus Afrika)

- *Dr. med. Petra Kapaun  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin  
Psychotherapie für Kinder und Jugendliche  
Hoheluftchaussee 36  
20253 Hamburg  
praxis@kinderaerzte-hoheluftchaussee.de*

Literaturangaben bei der Verfasserin.

## WAS TUN?

Eine unserer wesentlichen Aufgaben ist es, Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrzunehmen und ihnen entsprechend zu begegnen. Da wir Kinder in der Regel früh und regelmäßig sehen und als außerfamiliärer Ansprechpartner auch ein gewisses Vertrauen genießen dürfen, haben wir prinzipiell die Möglichkeit, Eltern bei der Klärung und Bewältigung individueller und familienbezogener Probleme frühzeitig zu unterstützen.

Wir können Eltern Beratung dazu geben, was ein Kind braucht, um sich gesund zu entwickeln und selbstbewusst aufzuwachsen. Wir können ihnen ermöglichen, die Bedürfnisse ihrer Kinder besser zu verstehen und mit ihnen realistisch einschätzen, was sie von ihrem Kind altersgemäß erwarten dürfen. Wir können ihnen verständlich machen, dass es für ihre Kinder hilfreich ist, wenn beide Elternteile mehr an einem Strang ziehen, wenn sie sich gegenseitig in ihrem Alltag Anerkennung geben und die Bemühungen des jeweils anderen wertschätzen. Wir können sie bitten, Familienregeln zu formulieren, die beide Eltern bedeutsam finden und die im Alltag auch umsetzbar sind (z. B. Punkteplan mit Belohnung). Wir können mit Ihnen über natürliche Konsequenzen nach Wutausbrüchen ihrer Kinder sprechen (z. B. Aufräumen, Saubermachen und Reparieren von Dingen).

# Kindheitserfahrungen, Bindungsverhalten und Sexualität, nicht nur in der Adoleszenz: Wie uns unsere frühesten Erfahrungen lebenslang prägen.

Esther M. Nitsche

*Unumstritten ist inzwischen, dass Erfahrungen von der frühesten Kindheit an, ja bereits pränatal, das Beziehungsverhalten für den Rest des Lebens prägen. Und fraglos umfasst dies die Sexualität der Jugendlichen, die ersten romantischen Beziehungen. Dass in diesem Bereich ganz gravierende kulturelle Unterschiede bestehen, darf vermutet werden. Dennoch dürfen wir von einigen grundsätzlichen Faktoren ausgehen, die unabhängig von der Region, Ethnie, Religion wirken, sogar spezieübergreifend wirksam sind. Die Bedeutung dieser Kindheitserfahrungen kann damit im Hinblick auf die lebenslange Lebensqualität gar nicht hoch genug eingeschätzt werden.*

## ALTE THEORIEN MIT NEUER RELEVANZ

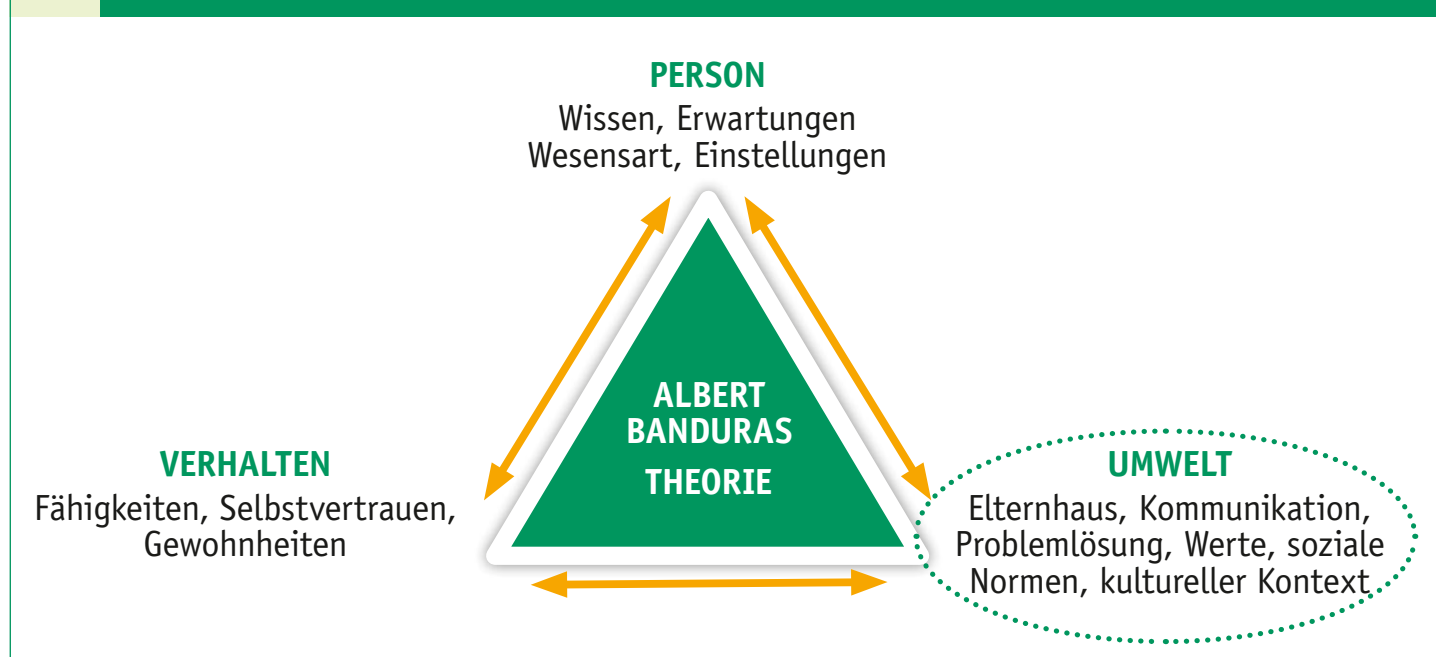
Um sich diesem Thema zu nähern, gibt es vielfältige Ansätze, bei denen die Pathologie zunächst eine untergeordnete Rolle spielt. Und wengleich die Fragestellung in unserem klinischen Alltag fraglos eine große, im Rahmen der Vorsorgeuntersuchungen zuweilen die entscheidende Rolle spielt, so wird uns die Medizin alleine hier nicht die gesuchten Antworten liefern. Auf der Suche nach Erklärungen findet man sich sehr schnell in einem Grenzbereich zwischen Pädagogik, Psychologie, Biologie, Genetik und Medizin wieder. Einen guten Zugang erhält man über die sozial-kognitive Theorie von Albert Bandura (1), der einen reziproken Determinismus des sozialen Lernens postuliert, an dem drei Faktoren beteiligt sind, die sich gegenseitig beeinflussen: Wesensart, Verhalten und Umwelt (siehe Abb. 1). Dieses „Lernen am Modell“ ist eine inzwischen alte Theorie, die jedoch durch die Entdeckung der Spiegelneurone, die neuroendokrine Forschung und den Nachweis epigenetischer Veränderungen durch das pränatale Milieu und postnatale Stresshormone neue Bedeutung gewonnen hat.

## DAS TEMPERAMENT ENTWICKELT SICH SCHON INTRAUTERIN

Von der Arbeit mit Neugeborenen und sehr kleinen Säuglingen wissen wir: Das Temperament bringen diese mit! Neuere neurobiologische und neuropsychologische Forschungsarbeiten liefern Erklärungen für diese Beobachtung.

Intrauterine Einflüsse prägen ein Leben lang. Dass Rauchen, Alkohol und andere Drogen, das mütterliche Essverhalten und der Lebensstil während der Schwangerschaft das Wohlbefinden des Kindes nachhaltig beeinflussen, ist seit Jahren unumstritten. Inzwischen liegen auch sehr glaubhafte Untersuchungen zur Wirkung mütterlicher Stresshormone auf das Verhalten und

Abb. 1 Sozial-kognitive Theorie von Albert Bandura – Reziproker Determinismus



Temperament von Ungeborenen vor, das seinerseits wieder das Interaktionsmuster zwischen Kind und Umwelt beeinflusst.

So ist bei erhöhten mütterlichen Blutspiegeln des Stresshormons CRH (Corticotropin-Releasing-Hormone) in der 25. Schwangerschaftswoche nicht nur das Risiko einer spontanen Frühgeburt erhöht, die Höhe des CRH-Spiegels korreliert auch mit dem Temperament des jungen Säuglings nach Geburt. So sind die Säuglinge von Müttern, die in der 25. Schwangerschaftswoche sehr niedrige CRH-Spiegel hatten, im ersten Trimenon deutlich ruhiger und zufriedener als Säuglinge, bei deren Müttern sehr hohe Spiegel gemessen wurden (2).

Eine andere Arbeitsgruppe korrelierte die mütterlichen Cortisolspiegel mit dem späteren Verhalten der Säuglinge und fand etwas ganz Ähnliches: Erhöhte Cortisolspiegel in der Spätschwangerschaft waren assoziiert mit vermehrtem Schreien und Quengeln der Säuglinge und häufiger missmutig-unzufriedenem Gesichtsausdruck (3). Der Einfluss endet aber keineswegs mit dem (frühen) Säuglingsalter. Die gleiche Arbeitsgruppe um E.P. Davis konnte zeigen, dass bei Kindern, die intrauterin den erhöhten Stresshormonen ausgesetzt waren, im Alter von fünf Jahren Störungen des Selbstbewusstseins, Rückzugstendenzen, Einsamkeit und Depression häufiger waren, als bei jenen, bei deren Müttern keine erhöhten CRH-Spiegel gemessen worden waren (4). Zum jetzigen Zeitpunkt handelt es sich dabei nur um Korrelationen; ein ursächlicher Zusammenhang wurde noch nicht bewiesen, liegt aber nahe.

Eine drohende Frühgeburt ist Stress für Mutter und Kind. Die zusätzliche Gabe synthetischer Steroide fördert die Lungenreife des Feten, verbessert seine Überlebenschancen und vermindert die körperlichen Spätfolgen der Frühgeburtlichkeit. Doch muss davon ausgegangen werden, dass auch das Verhalten im späteren Leben durch diese Therapie nachhaltig beeinflusst wird. Pfeffer et al. fanden bei Kindern, die intrauterin synthetischen Steroiden ausgesetzt waren, häufiger Beeinträchtigungen der Aufmerksamkeit und Zeichen der Hyperaktivität (5).

Modifizierend scheint sich auch die genetische Ausstattung des Feten auszuwirken. Hierfür spricht, dass Träger einer bestimmten Variante des Dopamin-4-Rezeptors (7R-Variante) durch vorgeburtlichen Stress als Jugendliche und junge Erwachsene aggressiver sind als homozygote Träger der anderen Variante (4R) und häufiger zu externalisierenden Verhaltensstörungen neigen. Haben die 7R-Variante-Träger jedoch eine entspannte Pränatalzeit, so sind sie sogar weniger aggressiv als die Träger der 4R-Variante (6).

Nicht nur die Empfindlichkeit für vorgeburtlichen Stress unterscheidet sich bei den Trägern verschiedener Allele, auch die Art der Manifestation kann unterschiedlich sein, wie Untersuchungen für Varianten des Serotonintransportergens (SLC6A4) zeigten: Eine Angststörung der Mutter im letzten Drittel der Schwangerschaft war korreliert mit einer erhöhten Ängstlichkeit im Alter von drei Jahren bei den Trägern des S-Allels, während bei gleicher Exposition Träger des L-Allels mehr Aggressivität zeigten (7).

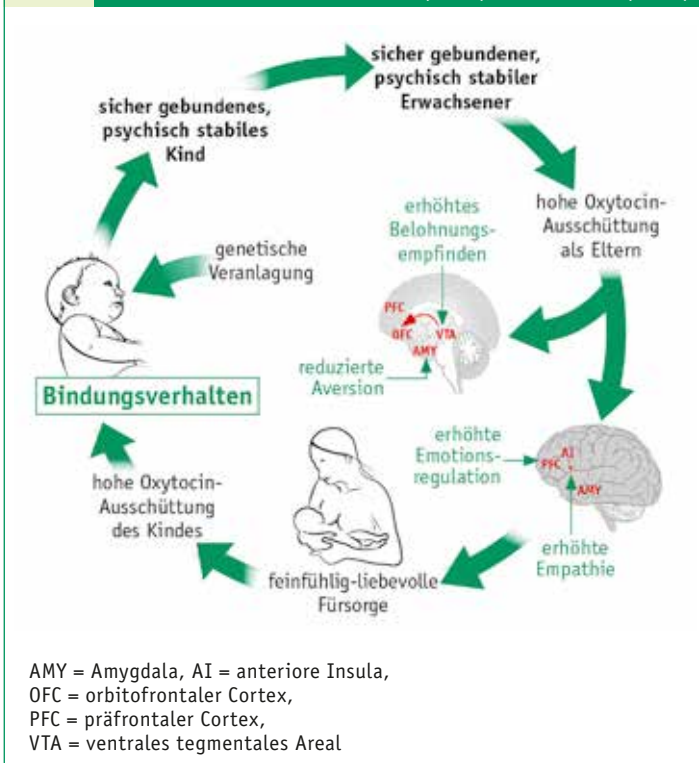
Nicht nur die Gene selbst spielen hier eine Rolle, auch epigenetische Veränderungen sind relevant. Die Forschung auf diesem Gebiet steckt noch in den Kinderschuhen. Im Tiermodell (Meerschweinchen) aber konnte gezeigt werden, dass pränatal erhöhte Cortisolspiegel zu einer lebenslangen Veränderung des Cortisolstoffwechsels führen. Darüber hinaus werden diese Veränderungen weitervererbt. Erhöhte Corticosteroidspiegel in der Spätschwangerschaft führen zur Methylierung, d. h. Imprinting mit Folge einer teilweisen „Ausschaltung“ des Glukokortikoidrezeptorgens. Ein Abfall der Transkripte, d. h. Expression dieser Gene im Bereich des Hippocampus konnte nachgewiesen werden (8). Erste Untersuchungen legen nahe, dass die Effekte beim Menschen ähnlich sind und bei erhöhter intrauteriner Glukokortikoidexposition die Methylierungsmuster im Bereich des Glukokortikoidrezeptors und der dazugehörigen Promoterregion verändert werden (9). Der Regelkreis verändert sich dahingehend, dass die negative Rückkopplung vermindert ist. Diese Ergebnisse wiederum erklären, warum die Ausschüttung von Stresshormonen bei vermeintlich gleichem Stressor individuell so unterschiedlich ist. Und in der Tat finden sich bei Kindern von Müttern, die im letzten Drittel der Schwangerschaft depressiv oder sehr ängstlich waren, nicht nur genomweit eine verstärkte Methylierung des Glukokortikoidrezeptorlokus, sondern bei Stress auch signifikant höhere Cortisolwerte im Speichel (10).

## DIE ERSTEN STUNDEN, TAGE, WOCHEN UND MONATE

Die Rolle des Oxytocins als Auslöser elterlichen, fürsorglichen Verhaltens ist im Tierreich gut untersucht und Beobachtungen beim Menschen bestätigen, dass dies auch für uns zutrifft. In den ersten Stunden nach der Geburt besteht auf beiden Seiten (Mutter und Kind) eine erhöhte Bereitschaft, eine Bindung, die sogenannte Prägungsbindung, einzugehen (11). Die fehlende endogene Oxytocinwirkung bei elektiven, primären Kaiserschnittentbindungen kann durch die exogene Gabe ausgeglichen werden (12). Auch wenn die Literatur hier noch etwas widersprüchlich ist, so festigt sich immer mehr die Annahme, dass die spiegelneuronvermittelte, ab Geburt zu beobachtende Imitation der Säuglinge bereits einer bewussten Kontrolle unterliegt und der Kommunikation und damit dem Aufbau von Bindung dient (13). Es liegt auf der Hand, dass dabei nur gespiegelt werden kann, was angeboten wird.

Eine der ersten, prägenden postnatalen Erfahrungen im Hinblick auf die Sexualität ist für den jungen Säugling der Stillvorgang (14, 15). Die Erfahrungen gehen weit über die für den Außenstehenden zu beobachtende, rein physische Interaktion hinaus und umfassen, unterstützt durch die Wirkung des bei diesem Vorgang ausgeschütteten Oxytocins, den Autoren zufolge eine komplexe, stark kulturell geprägte Kommunikation zwischen Mutter und Kind. Diese bildet so die Grundlage für die Beziehungsfähigkeit ganz allgemein und prägt den Charakter der Beziehungen des heranwachsenden kleinen Menschen grundlegend (16), wie in Abb. 2 dargestellt.

**Abb. 2** Generationsübergreifender Effekt feinfühlig-elterlichen Verhaltens nach Rilling/Young (2014) und Strüber (2016)

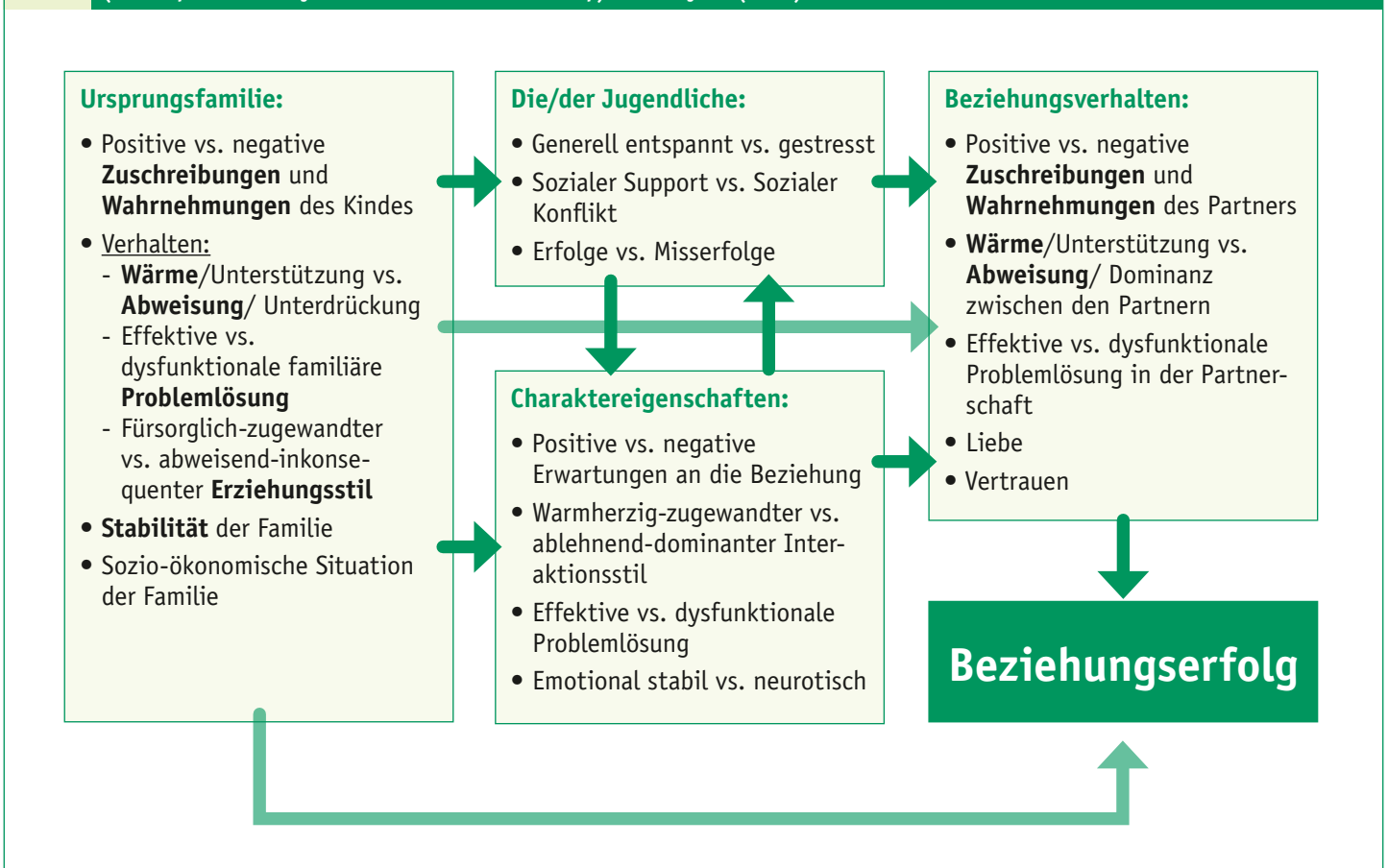


## FAMILÄRE BINDUNGS- UND INTERAKTIONSMUSTER – DAS DEARR-MODELL

Sexualität ist damit einerseits Teil der Persönlichkeit, aber unterliegt andererseits einer starken sozialen Konditionierung. Durch den wertschätzenden Umgang der Eltern mit dem Kind, positive Verstärkung sowie später Vermittlung von Werten und Ansichten prägen die Eltern die spätere Sexualität des Kindes von Geburt an über die Säuglings- und Kleinkindzeit hinweg bis zur Ablösung des Jugendlichen in der Adoleszenz (17) und geben ihm so seine Beziehungsfähigkeit mit auf den Weg. Auch spielt die Tatsache, dass Eltern ihre Mädchen und Jungen unterschiedlich behandeln, eine entscheidende Rolle für die späteren geschlechtsspezifischen Verhaltensmuster, die ebenfalls nur zum Teil angeboren, in einem erheblich größeren Anteil jedoch erlernt sind (15).

Collins und Scroufe (18) gehen in ihren Arbeiten noch weiter und sagen, die sichere Eltern-Kind-Bindung ist eine Grundvoraussetzung, eine *Conditio sine qua non* für eine spätere glückliche Beziehung. Und das Ergebnis der umfangreichen Untersuchung des Pädagogen Ansa R. Ojanlatva (14) legt nahe, dass im Hinblick auf den späteren Beziehungserfolg sich eine schlechte Mutter-Tochter-Beziehung negativer auswirkt als das Aufwachsen ganz ohne eine Mutter. Er befragte fast 26.000 Finnen zu deren Kindheitserfahrungen und korrelierte dies mit ihrer sexuellen Zufriedenheit als junge Erwachsene.

**Abb. 3** Zusammenhang zwischen familiären Strukturen, Wesensart/Charakter und späterem Beziehungserfolg – das DEARR Modell (Developmental Early Adult Romantic Relationship) nach Bryant (2016)



Das bereits 2002 entwickelte DEARR-Modell (Developmental Early Adult Romantic Relationships) von Chalandra Bryant (19) bildet genau dies ab: Kindheitserfahrungen und intrafamiliäre Interaktionsmuster sind maßgeblich verantwortlich für das spätere Beziehungsverhalten und den Beziehungserfolg. Positiv wirkt sich auf die sexuelle Entwicklung des Jugendlichen aus, wenn sie oder er als Kind von seinen Eltern positiv wahrgenommen wird, emotionale Wärme erfährt, die Problemlösungsstrategien innerhalb der Familie effektiv sind, sie oder er seine Eltern und Geschwister als zugewandt erlebt, die Familie stabil ist und die Verhältnisse gesichert sind (Abb. 3).

Die/der Jugendliche kann das, was er in der Kindheit lernt, in seine eigenen Verhaltensstrategien integrieren. Dies führt auch, aber bei weitem nicht nur, zu erfolgreichen romantischen Beziehungen. Dieses Modell integriert, neben der bereits genannten Bindungstheorie, die Sozialisation innerhalb der Familie, das Lernen durch Beobachtung des familiären Umfelds sowie die Zuverlässigkeit im Verhalten der Eltern und Geschwister (20).

## FOLGEN UNGÜNSTIGER INTERAKTIONSMUSTER DER URSPRUNGSFAMILIE

Die dem Modell zugrundeliegende Theorie findet Bestätigung in diversen Studien, die belegen, dass Jugendliche aus einem gewaltbereiten Elternhaus, die zugleich als Kinder unsicher gebunden waren, in romantischen Beziehungen ebenfalls gewaltbereit waren oder aber, je nach Persönlichkeit, in höherem Maße bereit, die Opferrolle einzunehmen. Interessanterweise traf dies auf Jugendliche, die ebenfalls als Kinder Gewalt erfahren hatten, aber sicher gebunden waren, nicht im gleichen Maße zu. In anderen Untersuchungen korrelierte in der Kindheit erlebte Inkonsequenz und Unberechenbarkeit darüber hinaus positiv mit späterem dissozialem Verhalten, insbesondere verminderter Empathie der Jugendlichen, auch unabhängig von den betrachteten Paarbeziehungen.

Ein gewaltbereites Elternhaus und eine unsichere Eltern-Kind-Bindung führen demnach zu Gewalt- oder Opferbereitschaft der Jugendlichen in Paarbeziehungen bei zugleich verminderter Empathie. Tatsächlich finden sich auch für diese Beobachtung funktionelle und organische Korrelate (u. a. Saxbe et al., 2016): eine gedämpfte Antwort der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse sowie eine verminderte Aktivierung des limbischen Systems bei Exposition gegenüber emotionalen Eltern bei u. a. epigenetischen Veränderungen, die sogar schon vorgeburtlich durch Stress(hormon)exposition bleibende Spuren im kindlichen Gehirn hinterlassen haben können. Diese Beobachtung bestätigt, was wir aus unserem Praxisalltag kennen: Das Kind, das konstant oder unberechenbar schimpfenden Eltern gegenüber „taub“ und erstaunlich gleichgültig ist.

Interessanterweise scheint die Wesensart des Jugendlichen ein von den übrigen Parametern unabhängiger Faktor zu sein: Besonders ungeduldige, misstrauische Jugendliche aus einem gewaltbereiten Elternhaus zeigten nicht nur häufig ein grundsätzlich eher unbeherrschtes Verhalten, sondern auch eine deutlich höhere Gewaltbereitschaft in einer Paarbeziehung. Aller-

dings waren auch Jugendliche ohne kindliche Gewalterfahrungen, die eine liebevolle Zuwendung von jedoch unbeherrsch-impulsiven Eltern erfahren hatten, überzufällig häufig unbeherrsch und impulsiv, was sich dadurch erklären ließe, dass die Jugendlichen seit frühester Kindheit gelernt hatten, dass es gar keinen Grund gibt, die Emotionen zu regulieren, sich zu beherrschen.

Das bisher Dargestellte erklärt die Qualität von Beziehungen – freundschaftlichen wie romantischen – und auch den Langzeiterfolg von Beziehungen, aber bisher nur in begrenztem Umfang das sexuelle Verhalten von Jugendlichen an sich, insbesondere im Hinblick auf Risikofreude (Schwangerschaft, Ansteckung mit sexuell übertragbaren Erkrankungen). Dieser Punkt aber ist in unserer jugendärztlichen Arbeit fraglos von großer Bedeutung.

Was führt zu einer gesteigerten Risikobereitschaft der Jugendlichen in Zeiten scheinbar ubiquitär verfügbarer Aufklärung? Und wie kommt es zu Jugendlichen, die häufig im Bewusstsein leben, „alles“ zu wissen?

Es findet sich zumindest ein statistischer Zusammenhang zwischen einer aggressiven, inkonsequenten, unberechenbaren Erziehung und einem früheren sexuellen Debut mit einer deutlich reduzierten Bereitschaft, „Safer Sex“ zu praktizieren. Die Gewaltbereitschaft ist in diesen Beziehungen höher, dies betrifft insbesondere Jungen, die sich unterlegen fühlen. Ausmaß und Häufigkeit der Gewalt nehmen mit der Dauer der Beziehung zu. Überraschenderweise wird jedoch kein Unterschied zwischen jugendlichen Paaren mit und ohne Gewalt berichtet in Bezug auf die empfundene Liebe, Selbstoffenbarung und Partnerfürsorglichkeit (22, 23).

Viele Wissenschaftler definieren „Risikogruppen“ von Jugendlichen nach Kriterien wie Gewalt, Risikobereitschaft in Bezug auf Schwangerschaft und sexuell übertragbare Erkrankungen und auch Zufriedenheit innerhalb der Partnerschaften bzw. Haltbarkeit der Partnerschaften. Es besteht ein großes öffentliches Interesse an wirksamen Interventionsstrategien.

Ein Punkt, der dabei immer wieder ins Feld geführt wird, ist die präventive Funktion der Religiosität. Die Literatur jedoch liefert hierzu widersprüchliche Daten: Einige Autoren berichten, dass College-Anfänger aus streng religiösen Elternhäusern zwar seltener sexuell aktiv seien als ihre weniger religiösen Peers, doch wenn sie aktiv seien, signifikant seltener Kondome nutzten.

Demgegenüber fanden andere Autoren in ihren Untersuchungen heraus, dass eine starke Religiosität der Eltern mit einem von den Jugendlichen als liebevoll-autoritär beschriebenen Erziehungsstil der Eltern assoziiert sei. Mädchen würden dabei stärker überwacht als Jungen und somit auch stärker beeinflusst. Bei Jungen fand sich ein stärkerer Einfluss durch einen religiösen Vater als durch eine religiöse Mutter. Die starke Religiosität habe einen Einfluss auf die Auswahl der Freunde, die in der Regel ebenfalls weniger sexuell aktiv und promiskuitiv seien. Wenn es jedoch zu sexueller Aktivität komme, gaben in dieser Untersuchung sehr viel mehr Jugendliche aus religiösen Elternhäusern an, ein Kondom zu benutzen als aus nichtreligiösen. Ein liebevoll-unterstützender Erziehungsstil der Eltern wurde als ein von

der Religiosität unabhängiger positiver Einflussfaktor auf die Risikovermeidung beschrieben, stärker noch als die Religiosität selbst. Da diese Arbeitsgruppe ihre Untersuchungen jedoch ausschließlich an afro-amerikanischen Jugendlichen vorgenommen hat, muss die Allgemeingültigkeit dieser Daten hinterfragt werden, da die Religiosität dieser Bevölkerungsgruppe sicher nicht auf alle Religionen übertragen werden kann. Untersuchungen an einer breiten Bevölkerungsgruppe mit Berücksichtigung verschiedener Religionen und Ethnien fehlen hier.

## FAZIT

Neueste Ergebnisse neurobiologischer und (epi-)genetischer Studien bestätigen die in alten psychologischen Theorien geforderte Wichtigkeit einer sicheren Bindung für das Beziehungsverhalten im gesamten weiteren Leben. Sie gehen sogar darüber hinaus und legen eine Relevanz nicht nur für die betroffenen Jugendlichen, sondern auch für viele weitere Generationen nahe.

Basierend auf der aktuellen Literatur kann zusammenfassend festgestellt werden, dass einige Wissenschaftler nachgewiesen haben, was wir Kinder- und Jugendärzte schon immer geahnt haben: Eine entspannte Schwangerschaft, Zugewandtheit in der frühen Säuglingszeit, ein liebevoll-unterstützender, konsequenter, verlässlicher Erziehungsstil mit einem effektiven familiären Problemlösungsverhalten und einer positiven, zugewandten, wertschätzenden Wahrnehmung des Kindes führen zu einer sicheren Bindung und befähigen zu einer liebevollen, respektgetragenen Paarbeziehung als Jugendliche und junge Erwachsene.

■ Dr. Esther M. Nitsche  
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin  
Kinderendokrinologie und Neonatologie  
Lindenstraße 13  
23558 Lübeck  
Tel.: 0451-861188  
em\_nitsche@t-online.de

Literatur bei der Verfasserin.

# Selbstverletzendes Verhalten (SVV) bei Jugendlichen

Harald Tegtmeier-Metzdorf

*Eine bald 15 Jahre alte Jugendliche, Jacqueline, kommt in die Praxis und möchte ihren Kinder- und Jugendarzt allein sprechen. Die Mutter sitzt also im Wartezimmer. Der eine Arm ist professionell verbunden, der andere notdürftig verpflest. Sie berichtet, dass sie am Vortag in einer Krankenhausambulanz gewesen sei und Schnittwunden an dem einem Arm habe behandeln lassen, was Mutter und Vater wohl bekannt sei. Am Abend habe sie sich jedoch weitere Wunden zufügen müssen. Beim Entfernen der Pflaster werden dann mehrere Millimeter tiefe, klaffende Schnitte quer zur Längsrichtung des Unterarms sichtbar, wovon die Mutter noch nicht wisse. Das Mädchen hat immer weitgehend im Schatten ihres Bruders gestanden, der mit einer Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität und Impulsivität alles Interesse auf sich gezogen hat. Bei Jacqueline hatte sich dann schleichend eine Essstörung mit Fressattacken und Erbrechen angebahnt. Schließlich kamen massive innerliche Spannungen hinzu, bei denen sie durch die Selbstverletzung eine vorübergehende Entlastung verspürte. Bei den Eltern handelt es sich um Migranten, die sich vor mittlerweile vielen Jahren mit großem Einsatz eine eigene Existenz aufgebaut hatten. Als sie den Eltern erklärte, dass sie Distanz zum Elternhaus benötige und ausziehen wolle, erwidert der Vater betroffen, dass dann die Familie auseinanderfallen würde.*



## WAS IST SELBSTVERLETZENDES VERHALTEN?

Der Begriff des „Verhaltens“ ist ein sehr allgemein gehaltener Begriff, der die dahinterstehende Person einerseits sowie die soziale und kulturelle Eingebundenheit dieser Tätigkeit andererseits vernachlässigt. Besser wäre es, von einem selbstverletzenden Handeln oder einer Praxis zu sprechen. Gemäß der Leitlinie der AWMF bezeichnet nicht suizidales, selbstverletzendes Verhalten die beabsichtigte und direkte Verletzung des Körpers aus eigener Entscheidung. Dieses Verhalten steht gegen gesellschaftliche Normen im Unterschied z. B. zu sozial kontrollierten Initiationsriten mit damit verbundenen Verletzungen und Schmerzen. Abzugrenzen ist SVV gegen die Selbstschädigung im Rahmen von schwerer geistiger Behinderung wie beim andauernden Beißen in die eigene Hand und auch gegen Selbstschädigung im Rahmen von Psychose oder Intoxikation mit Drogen. Komplex ist die Differenzierung von suizidalem Handeln, das definitionsgemäß nicht zum SVV gerechnet wird und sich zumeist auch anderer Methoden bedient. Tatsächlich tragen die Betroffenen jedoch ein erhöhtes Risiko für einen vollzogenen Suizid. Die Selbstverletzung kann auch zeitweise unerträgliche Spannungen und Hoffnungslosigkeit auflösen und so zur Vermeidung von Selbsttötung beitragen.

## WER VERLETZT SICH SELBST?

Die Selbstverletzung entwickelt sich zahlenmäßig beginnend im Übergang vom Kindes- in das Jugendalter hinein. Schwerpunktartig handelt es sich um die Phase der Adoleszenz, die mit der wichtigen Entwicklungsaufgabe versehen ist, in das Arbeitsleben überzuleiten. In großen Untersuchungen handelt es sich um bis zu viermal mehr Mädchen als Jungen. Beim männlichen Geschlecht hingegen überwiegt die Anzahl vollendeter Suizide. Jungen regulieren ihre Affekte eher externalisiert, insbesondere fühlen sie sich aufgrund von instabilen Gefühlen eher gekränkt oder provoziert und schlagen zu. Überfälle mit ungebremster, brutaler Gewalt durch Jungen oder junge Männer sind immer wieder Themen in den Medien. Mädchen und junge Frauen neigen hingegen mehr zur Selbstbestrafung und -beschädigung. Depression, Ängste und ein geringes Selbstwertgefühl finden sich dabei als Komorbidität überdurchschnittlich häufig. Auch homo- oder bisexuell orientierte Jugendliche sind beim Thema SVV überrepräsentiert. Das Risiko dafür, sich in seinem Leben gezielt selbst körperlich zu schädigen, liegt bei 18% bis 25%.

## WIE: ARTEN DER SELBSTVERLETZUNG

Im traditionellen und sozial kontrollierten Rahmen gibt es in vielen Kulturen seit jeher schmerzhaftes Initiationsriten. Die hingegen heute gängige, individuelle Manipulation des eigenen Körpers mit Piercing, Tattoos und kosmetischen Eingriffen macht ihn zum gestaltbaren Gegenstand und führt zu einer Dissoziation von Person und Körper. In diesem soziokulturellen Umfeld findet sich auch das Phänomen der Selbstverletzung im Jugendalter in der westlichen Welt wieder.

Abb. 1 Selbstverletzendes Verhalten



Ritzen an Armen, Beinen oder manchmal auch am Bauch sind den meisten geläufig als Form selbstverletzenden Verhaltens. Daneben und weniger verbreitet sind aber zudem Schlagen des Kopfes, von Füßen oder Händen gegen harte Gegenstände, Verbrennungen mit heißen Gegenständen wie Zigaretten oder an Flammen, heißes Duschen an der Grenze zur Verbrühung, extremes Nägelkauen oder -reißen, Sich-Zufügen von Wunden oder Verhinderung der Wundheilung. Während der Verletzung erleben die Betroffenen kaum Schmerz, sodass man von einer angehobenen Schmerzschwelle ausgeht. Erwartungsgemäß konnte festgestellt werden, dass unübliche Orte der Selbstverletzung und eine besondere Häufigkeit (repetitiv versus nur gelegentlich) mehr mit Suizidalität und stärkerer Psychopathologie verbunden sind.

## WARUM: GRÜNDE FÜR SELBSTVERLETZUNG

Verschiedene Motivationen sind erkennbar: Im einfachen Falle handelt es sich um eine Zeiterscheinung mit Nachahmung oder Neugier oder auch dem Wunsch, bei Altersgleichen damit Aufmerksamkeit und Anerkennung zu finden. So gibt es in den sozialen Medien wie Instagram Foren, in denen Bilder wie Trophäen gepostet werden. Neben der vordergründigen „Modeerscheinung“ kann die Selbstverletzung dem Appell an die Fürsorge der Umgebung, also der Familie und auch der Freunde, dienen.

Bei einer gestörten Affektregulation handelt es dagegen um die Minderung von unerträglichen Angst-, Leere-, Wut-, Schuld- und Selbstentfremdungsgefühlen oder auch Gedankenrasen. Die Selbstverletzung reduziert die sich aufgebaute Spannung kurzfristig und kann auch chronische Schuldgefühle im Sinne der Selbstbestrafung mindern. Die angeführten psychischen und emotionalen Störungen gründen zumeist in früher und lange anhaltender Traumatisierung durch Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch, besonders auch übermäßiger elterlicher Kritik bis hin zur Antipathie. Aktuelle Krisensituationen durch Auseinandersetzungen mit den Eltern, Liebeskummer, Mobbing oder Druck im Schulbereich können dabei als Auslöser fungieren. Den Betroffenen gelingt die klare

Zuordnung ihrer eigenen Empfindungen häufig nicht mehr. Es besteht eine bedeutsame Komorbidität zu Störungen der Impulskontrolle wie der Bulimie, zu Angststörungen und der Borderline Persönlichkeitsstörung (BPS), also einer psychischen Störung an der Grenze von Neurose und Psychose. Eine automatische Gleichsetzung von SVV und BPS ist aber nicht angebracht, wenngleich viele beim Ritzen zuallererst an das Borderline-Syndrom denken.

Bei der Selbstverletzung handelt es sich immer nur um eine kurzfristige Minderung der inneren Spannung, sie beseitigt nicht die Grundlage der emotionalen Störung. Gleichzeitig führt sie oft zu einer besorgten Zuwendung durch die Eltern und andere Bezugspersonen im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns. Dadurch neigt das selbstverletzende Verhalten zur Chronifizierung, wenngleich auf lange Sicht ein langsamer Rückgang zu erwarten ist – besonders dann, wenn eine intensive psychotherapeutische Behandlung dazu führt, dass die Patienten ihre Störung besser zu verstehen lernen und andere Bewältigungsmechanismen eingeübt haben.

### **WAS PASSIERT IN DEN FAMILIEN? – AUSWIRKUNGEN DER SELBSTSCHÄDIGUNG AUF DIE FAMILIE UND DIE WEITERE SOZIALE UMGEBUNG**

SVV ist oft mit sozialem Rückzug im Elternhaus verbunden. Das heißt, dass die Betroffenen sich spürbar länger im eigenen Zimmer aufhalten oder in der Toilette einschließen. Wunden werden häufig unter langärmeligen Hemden versteckt und Schwimmbadbesuche vermieden. Die meisten Jugendlichen vertrauen sich ihren Eltern nicht an und versuchen, ihre Nöte mit sich selbst auszumachen. Nicht selten bekommen es zuerst enge Freundinnen oder Geschwister mit. Oft werden sie zum Schweigen gedungen, stehen unter Druck mit ansonsten ange-drohtem Suizid und geraten damit selber in höchst belastende Konflikte.

Nach einer Zeit von Verunsicherung und sich einstellendem Misstrauen bemerken die Eltern zum Teil erst deutlich später, was sich die eigenen Kinder antun. Der Blick auf die Wunden lässt keinen kalt: Die Reaktionen reichen von tiefem Erschrecken und Angst, Verzweiflung und Sorge über Ablehnung bis hin zu Vorwürfen, Drohungen oder Strafen. Manche versuchen alle Instrumente für die Selbstverletzung zu vernichten, stellen Ultimaten und reagieren mit verstärkter Kontrolle. Eine übermäßige Reaktion vermag das SVV durch den empfundenen Druck zu verstärken. Distanzierung kann dasselbe bewirken. Unaufdringliche Nähe und Vertrauen sind das, was die betroffenen Jugendlichen von ihren engsten Bezugspersonen eigentlich brauchen, also einen Balanceakt zwischen „sich aufdrängen“ und Nichtbeachtung. Wenn so ein Beziehungsaufbau gelingt mit offenem Gespräch, dann entlastet das den Betroffenen. Bei pathologischen Beziehungen ist allerdings Distanz nötig.

Die Eltern brauchen ihrerseits ebenso Unterstützung und Stärkung, da sie zumeist mit dem, was sie zu sehen bekommen, überfordert sind. Häufig stellen sich starke Schuldgefühle ein und erschweren das Gespräch.

### **WAS SOLLTEN KINDER- UND JUGENDARZT ODER –ÄRZTIN BEACHTEN UND TUN?**

Sich selbst verletzende Jugendliche gehen überwiegend nicht offen mit ihrer Problematik in den Kontakt mit dem Pädiater. Wenn den Antworten in Fragebögen nicht schon Hinweise darauf zu entnehmen sind, sollten deshalb bei Früherkennungsuntersuchungen oder unklaren Vorstellungsanlässen und Untersuchungssituationen in diese Richtungen zielende Fragen gestellt werden. Ebenso wie beim Thema suizidale Tendenzen sind Sorgen, damit so etwas erst auszulösen, unbegründet. Zunächst sollte das nicht wertende, empathische Gespräch ohne Beisein von Elternteilen gesucht werden, wobei eine vertrauensvolle Beziehung aufgrund von langjähriger Behandlung hilfreich sein kann, aber nicht muss. Abweisende und bewertende Reaktionen oder bloße Ratschläge sollten unbedingt vermieden werden. Zum Teil suchen die Betroffenen auch gezielt Distanz, insbesondere, wenn eine unklare Rollenverteilung zwischen Betroffenenem, Eltern und Pädiater besteht.

Die Vorgeschichte sollte einfühlsam erfragt werden, zudem Verletzungsarten, -häufigkeit und -umfang sowie die Auslöser. Sofern eine tiefere und komplexe Konfliktlage zu erkennen ist, sollte dann das Risiko für Suizidversuche eingeschätzt werden: ein lang andauernder Selbstverletzungsverlauf, ein breites Repertoire an Verletzungsformen und soziale Isolation können darauf deuten. Wenn auf dieser Basis Maßnahmen zum Selbstschutz nicht als vordringlich erscheinen, gilt es, Akzeptanz für eine spezifische psychiatrische und psychotherapeutische Weiterbehandlung zu erlangen und diese einzuleiten. Bei Jugendlichen müssen naturgemäß auch die Erziehungsberechtigten mit einbezogen werden. Gute Kontakte zu Kinder- und Jugendpsychiatern, psychotherapeutisch arbeitenden Kinder- und Jugendärzten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten begünstigen einen zeitnahen Anschluss der Behandlung.

**Daneben müssen natürlich die Verletzungen gesichtet, eingeschätzt und ausreichend behandelt werden.**

Die bewegenden und oft ambivalenten Gefühle, denen die Eltern von Jugendlichen mit ausgedehnten Selbstverletzungen ausgesetzt sind, können durchaus auch die Pädiater überkommen, ihn aus der gebotenen Neutralität bringen und zu heftigen Gegenübertragungen führen. Gefühle von Hilflosigkeit, Aussichtslosigkeit oder auch Aggression sollten aufmerksam wahrgenommen und bearbeitet werden. Dazu kann eine Intervisions- oder Balintgruppe sehr hilfreich sein.

### **WELCHE PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNGEN HELFEN?**

Zu unterscheiden sind Interventionen, die vordringlich das Ziel der Stabilisierung des Patienten oder der Patientin mittels Zugang zu den Emotionen, deren Regulation und Ressourcenaktivierung haben, von aufdeckenden Methoden, die zugrundeliegende Konflikte und Traumata fokussieren und deren Aufarbeitung ermöglichen sollen. Dazu gibt es ausgearbeitete



und gut evaluierte Konzepte in Form der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan) und der Ressourcenbasierten Psychodynamischen Therapie (RPT; Wöller). Bei starker Ausprägung des SVV wie in dem eingangs aufgeführten Beispiel sind häufig ambulante Behandlungen unzureichend, sodass eine Einweisung zur stationären Behandlung notwendig wird, wo häufig die genannten therapeutischen Konzepte in der Einzel- wie der Gruppentherapie Anwendung finden. Zum Teil ist die Loslösung aus den Verstrickungen der Familie dauerhaft notwendig, sodass die Betroffenen ihr weiteres Leben dann im Rahmen einer therapeutischen Wohngemeinschaft gestalten oder in eine sich anschließende Rehabilitationsbehandlung mit dem Ziel von Ausbildungs- und Berufsfindung und -erprobung begeben. Dabei ist zumeist eine weitere psychotherapeutische Behandlung notwendig.

In leichter gelagerten Fällen kann die Therapie vor Ort und aus der Familie heraus von niedergelassenen Psychotherapeuten erfolgen. Auch Beratungsstellen und Selbsthilfegruppen können beratend und unterstützend dabei mitwirken.

Schließlich finden sich auch im Internet Foren, in denen sich selbst Verletzende mitteilen und mit anderen Betroffenen in teilweise fachlich moderierter Form in Kontakt kommen können. Das gilt auch für Angehörige. Für Kinder- und Jugendärzte bieten diese Foren sehr eindrucksvolle Berichte von beiden Seiten.

Eine Auswahl von Internetadressen einiger Foren ist im Folgenden aufgeführt:

- Für Angehörige und Zugehörige:  
„Rote Linien“ – Kontakt- und Informationsforum für SVV-Angehörige: <http://www.rotelinien.de/>
- Hilfe für Betroffene und Angehörige – Hilfe zur Selbsthilfe: <http://borderline-selbsthilfe.org/svv.html>
- SVV Community – Forum rund um Selbstverletzendes Verhalten:  
<http://www.svv--community.net/>
- Borderline Plattform – Portal zum Thema Borderline für Deutschland, Österreich und die Schweiz:  
<http://www.borderline-plattform.de/>

Für alle Beteiligten stellt das nicht suizidale selbstverletzende Verhalten von Jugendlichen eine große Herausforderung dar. Kinder- und Jugendärzte sind eine wichtige erste Anlaufstelle für die Betroffenen, sodass hier ein adäquates Aufgreifen der Probleme und ein achtsames Eingehen darauf sehr wichtig ist. Wenn Betroffene sich bei „ihrem Kinder- und Jugendarzt“ angenommen fühlen, dann ist das eine gute Basis für die Einleitung einer passenden Therapie.

■ *Dr. med Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf  
Praxis für Allgemein- und Neuropädiatrie und Psychotherapie  
Ausschusssprecher Psychosomatik und Psychotherapie im BVKJ  
Kemptener Straße 28  
88131 Lindau  
[dr.harald-tegtmeyer@t-online.de](mailto:dr.harald-tegtmeyer@t-online.de)*

Literatur beim Verfasser.

# Früherkennung von psychiatrischen Erkrankungen im Jugendalter

Bodo Müller  
Uwe Büsching

*Was ist normal, was ist nicht normal? Ist ein abweichendes Verhalten im Jugendalter schon eine Verhaltensauffälligkeit mit Krankheitswert? Fragen, mit denen der Jugendarzt täglich konfrontiert wird. Ihre Beantwortung ist eine der Kompetenzen der psychosomatischen Grundversorgung, die fundierte Kenntnisse erfordert und die am Übergang zu psychiatrischen Erkrankungen steht. Die Grenzen zwischen Jugendmedizin und Jugendpsychiatrie sind fließend.*

Die Vorstellungsanlässe bei Verhaltensauffälligkeiten unterscheiden sich in beiden Gebieten wenig. Der Jugendarzt sollte zum einen fähig sein, eine Verdachtsdiagnose zu formulieren, zum anderen sollte er die Indikationen zur Überweisung an den Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten (KJPP) stellen.

## Vorstellungsanlässe

- Familiäre Konflikte
- Schulprobleme
- Intelligenzstörung (geistige Behinderung)
- Umschriebene Entwicklungsstörungen
- Epilepsien
- Andere neurologische Entwicklungsauffälligkeiten
- Psychosomatische Beschwerden
- Psychosomatik chronischer Erkrankungen
- Aufmerksamkeitsprobleme
- Emotionale Entwicklungsstörungen
- Störungen des Sozialverhaltens
- Andere Verhaltensstörungen
- Essstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Sexuelle Misshandlung, Missbrauch
- Tiefgreifende Entwicklungsstörungen
- Erkrankungen aus dem Formenkreis der Psychosen

- Sexuelle Entwicklungsstörungen
- Suchtprobleme
- Tic-Störungen
- Sorgerechts- und Umgangsregelungen
- Fremdunterbringung
- Gerichtliche Fragestellungen

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e. V. hat den Stellenwert der psychosomatischen Grundversorgung definiert: „Die Zuweisung zu Fachärzten/Fachärztinnen für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgt oft durch Haus-, Kinder- und Jugendärzte, an die sich Eltern der betroffenen Kinder und Jugendlichen oder auch die jungen Menschen selbst primär wenden.“

Fast alle Jugendlichen fallen irgendwann einmal (aber eben auch normalerweise) durch problematische Verhaltensweisen auf (1). Das Verhalten von vielen Jugendlichen und jungen Erwachsenen ist oft gekennzeichnet durch eine erhöhte Risikobereitschaft und Lust an extremen Gefühlen (4). Dies schlägt sich auch in den Statistiken nieder, die zeigen, dass riskantes Verhalten in der Adoleszenz mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko verbunden ist. So machen in Deutschland tödliche Verletzungen 62% aller Todesfälle bei Jugendlichen zwischen 15 und 20 Jahren aus. Für Eltern ist dies verunsichernd, belastend, manchmal breiten sich bei ihnen Zukunftsängste aus. Ganz normale Stimmungstiefs können schwierig von behandlungsbedürftigen Depressionen zu unterscheiden sein. Ein Warnzeichen für psychische Probleme/Erkrankungen Jugendlicher, bei der Begleitpersonen und Ärzte aufmerksam werden sollten, ist die plötzliche Verhaltensänderung, vor allem ohne erkennbare Ursache. Frühzeitiges adäquates Intervenieren wirkt einer Manifestation oder sogar Verschlechterung der Verhaltensauffälligkeiten entgegen.

## Charakteristika der Verhaltensänderungen im Zusammenhang mit psychischen Störungen

- Dauer: Viele Tage oder Wochen
- Wiederholtes phasenweises Auftreten
- Besorgniserregende Veränderungen
- Häufig auftretende Veränderungen
- Extrem auffällige Veränderungen (subj.)
- Soziale Ausgrenzung
- Nachlassende soziale Bindungen
- Meidung von Belastungssituationen verbessert nur vorübergehend
- Zweifel an der Selbstkontrolle des Verhaltens
- Rat Außenstehender zur Inanspruchnahme professioneller Unterstützung

Das Risiko für psychische Erkrankungen Jugendlicher ist individuell verschieden. Die genetische Disposition ist sicher ausschlaggebend. Präventiv wirksam sind die Reduktion der Risiko- und die Verbesserung der Schutzfaktoren (s. u.). Psychische Störungen treten vor der Pubertät häufiger bei Jungen als bei Mädchen auf (6). In der Adoleszenz ändert sich dies. Die Häufigkeit introversiver Störungen nimmt nun bei jungen Frauen zu. Dagegen treten extroversive Störungen auch nach der Pubertät häufiger bei jungen Männern („waghalsige Jungen“) auf, nehmen aber während der Adoleszenz deutlicher bei Frauen zu. Bei Erwachsenen gibt es in der Häufigkeit kaum Unterschiede (2).

Mit dem biopsychosozialen Krankheitsmodell wird dargestellt, dass Krankheit nicht nur biologisch zu begründen ist. Biologische oder genetische Faktoren sind vererbte Eigenschaften, die die Verletzlichkeit erhöhen können (Vulnerabilität-Stress-Modell/Vulnerabilität = Verletzlichkeit, Schwäche). Das Gegenteil beschreibt der Begriff der Resilienz. Dies ist die Fähigkeit von Individuen oder Systemen (z. B. Familie), erfolgreich mit belastenden Situationen umzugehen. Kriterien, die Jugendliche resilienter machen, sind positive Coping Strategies, die bei Mädchen häufiger vorliegen. Intellektuelle und psychologische Fähigkeiten des Menschen (hohe Frustrationsschwelle, soziale Kompetenz, Selbstsicherheit), aber auch vor allem soziokulturelle Faktoren (z. B. sozioökonomischer Status; zwischenmenschliche Beziehungen in Peer-Group und Schule, gängige Erziehungsvorstellungen; Bildung; Armut; Krankheit) haben Einfluss auf die psychische Entwicklung von Jugendlichen. Daher sind neben den medizinisch-therapeutischen Konzepten auch sozial- und gesundheitspolitische Maßnahmen zu fordern. Wenn mehrere der oben genannten psychosozialen Schutzfaktoren fehlen, steigt das Risiko für eine psychische Erkrankung Jugendlicher (3).

## Schutzfaktoren

- Zuverlässige emotionale Beziehung zu mindestens einem Elternteil
- Positive Familienstruktur
- Positives Erziehungsklima
- Bezugspersonen mit Vorbildfunktion
- Soziale Unterstützung außerhalb der Familie
- Fehlender Migrationshintergrund
- Übertragung sozialer Aufgaben
- Positive „Temperamentsmerkmale“
- Selbstwirksamkeit

In der BELLA-Studie (6), dem Modul „Psychische Gesundheit“ des deutschen Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS), erweisen sich vor allem ein ungünstiges Familienklima sowie ein niedriger sozioökonomischer Status als psychisch belastend oder als Risikofaktoren für psychische Störungen. Bei

kumuliertem Auftreten mehrerer Risikofaktoren steigt die Häufigkeit psychischer Auffälligkeiten stark an. Dementsprechend wird von den Autoren der BELLA-Studie gefordert, zur Prävention von psychiatrischen Erkrankungen „auch die vorhandenen Ressourcen zu berücksichtigen. Insbesondere bei Jugendlichen mit schwachen Schutzfaktoren bei gleichzeitigem Vorliegen von Belastungen muss von einem erhöhten Risiko für psychische Probleme ausgegangen werden. Die Stärkung dieser Ressourcen sollte wesentliches Ziel von Prävention und Intervention sein“.

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJPP) und nichtärztliche Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind die Experten für die Therapie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. KJPP haben ein weiteres diagnostisches (z. B. körperlich-neurologische Untersuchung, Laborkontrollen, EEG, evozierte Potenziale, NMR) und therapeutisches Spektrum (z. B. medikamentöse Therapie). Der Jugendarzt ist häufig eine sehr früh angefragte Beratungsstelle. Er soll bei psychischen Auffälligkeiten adäquat reagieren, Kenntnisse der Biographie und der Familie dem zugewiesenen Therapeuten übermitteln, bei der Wahl der geeigneten therapeutischen Behandlung mitentscheiden und vermitteln. Er bleibt der psychosomatisch tätige Hausarzt des Jugendlichen und verfolgt die psychotherapeutische Behandlung. Da Jugendliche mit psychischen Störungen von einem positiv veränderten erzieherischen Verhalten des Umfeldes profitieren, ist eine enge Abstimmung und Zusammenarbeit mit Sonderpädagogik, Sozialpädagogik, Jugendhilfe nicht nur sinnvoll, sondern auch oftmals notwendig.

Zu den Behandlungsmethoden zählen die Psychotherapie, Beratung und Coaching von Patient, Eltern, weiteren Angehörigen, Betreuern, Erziehern und Lehrkräften, störungs- und symptomspezifische Trainingsprogramme, Milieuthérapie, Fachtherapien wie Ergotherapie, Bewegungstherapie oder Logopädie sowie medikamentöse Therapie.

- **Dr. med. Bodo Müller**  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor St. Marien-Hospital Düren gGmbH  
Hospitalstraße 44  
52353 Düren  
Tel.: 02421 805-6711, Fax: 02421 805-6725  
E-Mail: [bmueller.smh-dn@ct-west.de](mailto:bmueller.smh-dn@ct-west.de)  
[www.marien-hospital-dueren.de](http://www.marien-hospital-dueren.de)
- **Dr. med. Uwe Büsching**  
Kinder- und Jugendarzt  
Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte / Mitglied des Vorstandes,  
Sprecher Ausschuss Jugendmedizin, Mitglied der VV der KVWL  
Mitglied der Kammerversammlung der ÄKWL, Stellv. Vorsitzender  
Stiftung Kind und Jugend  
Beckhausstraße 165  
33611 Bielefeld  
Tel. gesch.: 0521 85342, Tel. priv.: 0521 872573  
Mobil: 0171 9482854, Fax: 0521 83021  
E-Mail Praxis: [buesching-kuehn@gmx.de](mailto:buesching-kuehn@gmx.de), E-Mail priv: [ubbbs@gmx.de](mailto:ubbbs@gmx.de)

Literatur bei den Verfassern.

# Traumafolgestörungen im Kindes- und Jugendalter: Sozialpädiatrische und psychosomatische Aspekte

Sigrid Aberl  
Volker Mall

*Traumafolgestörungen spielen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis eine wichtige Rolle, nicht nur bei der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund, sondern auch im Zusammenhang mit Kindeswohlgefährdung und Kinderschutz. Der Kinder- und Jugendarzt nimmt hier eine Lotsenfunktion an der Schnittstelle zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Sozialpädiatrie ein.*



## EINFÜHRUNG, EPIDEMIOLOGIE

Traumatische Erfahrungen in der Kindheit gehören zu den Hauptursachen chronischer psychischer und körperlicher Störungen. Die Symptomatik betroffener Kinder und Jugendlicher kann entsprechend den verschiedenen Entwicklungsphasen sehr unterschiedliche klinische Bilder zeigen. Neben der Posttraumatischen Belastungsstörung zeigen sich häufig komplexe Störungsbilder mit zahlreichen komorbiden psychischen Diagnosen. Noch immer wird die Häufigkeit für das Erleben von potentiell traumatisierenden Ereignissen bei Kindern und Jugendlichen unterschätzt, dabei erfolgen 80 % dieser Ereignisse in ihrem unmittelbaren sozialen Umfeld (Euser et al., 2009; Finkelhor et al., 2009). Die psychopathologischen Auswirkungen unterscheiden sich in der Regel nach Art und Häufigkeit der Traumatisierung. Hier wird zwischen einmaligen und zeitlich begrenzten Traumatisierungen wie Naturkatastrophen, Unfällen oder Kriegserlebnissen oder sequentiellen Traumata wie Vernachlässigung, Misshandlung oder sexuellem Missbrauch differenziert. Sequentielle Traumatisierungen, insbesondere verursacht durch nahestehende Bezugspersonen, führen in der Regel zu komplexeren und chronischen Störungsbildern (Schmid et al., 2010). Hierbei spielt es offensichtlich keine Rolle, ob die Gewalt selbst erfahren wurde oder das Kind/der Jugendliche Zeuge war (Bayarri Fernández et al., 2011). Repräsentative Untersuchungen zu Posttraumatischen Belastungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen berichten über schwankende Lebenszeitprävalenzen zwischen 1% und 10% (Tagay et al., 2013). In Risikopopulationen, wie z. B. bei Kindern mit Fluchthintergrund, zeigen sich deutlich höhere Prävalenzen für die PTBS von 33 % (Soykök et al., 2017) bis 50% (Sheringa et al., 2008). Familien mit Vernachlässigungs- und Missbrauchstendenzen weisen häufig weitere Risikofaktoren wie psychische Erkrankung der Eltern, Armut oder soziale Isolation auf. Dabei scheinen sich Symptome der PTBS zwischen Eltern und Kindern wechselseitig zu verstärken (Alisic et al., 2011; Cox et al., 2008; Landolt et al., 2012). Insgesamt haben Posttraumatische Belastungsstörungen ein hohes Chronifizierungsrisiko und können zu erheblichen Einschränkungen der Entwicklung der Kinder und der Teilhabe an der Gesellschaft führen.

## KLASSIFIKATION UND DIAGNOSTIK

Posttraumatische Belastungsstörungen sind in der ICD-10 unter der Rubrik „Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen F43“ zu finden. Voraussetzung für eine Diagnose aus dieser Kategorie ist ein „außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft“. Unterschieden werden die akute Belastungsreaktion, die Anpassungsstörung und die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die PTBS, als verzögerte und protrahierte Reaktion, fordert als Auslöser „ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung

hervorrufen würde“. Auch wenn die klinischen Symptome vielfältig sind, wird eine klassische Symptomtrias mit Intrusionen, Vermeidung und Hyperarousal für die Klassifikation gefordert (s. auch Tabelle 1).

Intrusionen	Vermeidung	Hyperarousal
- Wiedererinnerungen, Wiedererleben - Flashbacks, Alpträume - Triggerreize	- von Gedanken, Orten, Tätigkeiten - Entfremdung, sozialer Rückzug	- Übererregbarkeit - Schlafstörungen - Schreckhaftigkeit - erhöhte Reizbarkeit - mangelnde Affekttoleranz

## BESONDERHEITEN DER PTBS IM KLEIN- UND SCHULKINDESALTER

Symptome einer PTBS können sich altersabhängig sehr unterschiedlich darstellen (Tabelle 2). Diagnostische Kriterien der ICD-10, die sich vorwiegend an der Symptomatik Erwachsener orientieren, sind somit für Minderjährige nicht ausreichend valide. Vor diesem Hintergrund sollten altersspezifische diagnostische Verfahren zum Einsatz kommen. Hier kommen im deutschsprachigen Raum z. B. PTBS-spezifische strukturierte klinische Interviews wie das „Post-traumatic Stress Disorder Semi-structured Interview“ (Scheeringa et al., 1994) in seiner deutschen Übersetzung für Kinder bis 4 Jahre und das Kinder-DIPS (Unnewehr et al., 2009) für Kinder von 6 bis 18 Jahren zum Einsatz. Spezifische Screeningverfahren werden aktuell für den Online-Gebrauch entwickelt.

Vorschulalter	Schulalter	Adoleszenz
ausgeprägtes Vermeidungsverhalten, ängstliches Verhalten, Alpträume, Schlafstörungen, traumatisches Spiel, Entwicklungsrückschritte	häufiger intrusives Erleben und Hyperarousal, intellektuelle Leistung ↓, Aufmerksamkeitsprobleme, motorische Unruhe, oppositionell-aggressives Verhalten	klassische PTBS-Trias (Intrusionen, Vermeidung, Hyperarousal) Dissoziation, Derealisation, Amnesie, Impulskontrolle ↓, Selbstverletzung, Substanzmissbrauch

Für die ICD-11 werden zusätzlich die Diagnosen „verlängerte schwere Trauerreaktion“ und die komplexe PTBS vorgeschlagen. Letztere hat als Ursache eine schwere oder wiederholte und langanhaltende Traumatisierung, z. B. durch Folter, häusliche Gewalt oder wiederholten sexuellen Missbrauch. Neben den PTBS-Diagnosekriterien werden erstens schwere anhaltende Störungen der Affektregulation, zweitens anhaltende Gefühle und Gedanken von Minderwertigkeit, Selbstvorwürfen und Scham und drittens Schwierigkeiten, Beziehungen einzugehen und sich anderen Menschen nahe zu fühlen, berücksichtigt. Auch wenn diese Form der PTBS speziell für Störungsbilder nach wiederholter häuslicher Gewalt im Kindesalter entwickelt wurde, ist sie fürs Kindesalter selbst schlecht validiert. Die Diagnose „Traumaentwicklungsstörung oder Developmental Traumatic Disorder“, welche vor allem Dysregulationen polytraumatisierter Kinder unter der besonderen Berücksichtigung von Entwicklungsaspekten beschreibt (Ford et al., 1984; van der Kolk, 2009), ist weder Bestandteil der ICD-11 noch der DSM-5. Ein eigener

Symptomkatalog für die Klassifikation der PTBS bei Kindern unter sechs Jahren (s. Tabelle 3) ist aktuell lediglich Bestandteil der DSM-5.

<b>A</b> Exposition/Konfrontation	Konfrontation mit tatsächlichem oder drohendem Tod, ernsthafter Verletzung oder sexueller Gewalt auf eine (oder mehrere) der folgenden Arten: 1. Direktes Erleben des/der traumatischen Ereignisses(e) 2. Persönliches Erleben eines oder mehrerer solcher traumatischen Ereignisse bei anderen Personen 3. Erfahren, dass einem nahen Familienmitglied oder einem engen Freund (oder mehreren) traumatische Ereignisse zugestoßen sind
<b>B</b> Wiedererleben/Intrusionen	Vorhandensein eines (oder mehrerer) der folgenden Symptome: 1. Wiederkehrende, unwillkürliche, sich aufdrängende belastende Erinnerungen (erscheinen nicht notwendigerweise verstörend und können spielerisch reinszeniert werden) 2. Wiederkehrende belastende Träume, deren Inhalte sich auf das/die traumatische/n Ereignis/se beziehen 3. Dissoziative Reaktionen (Flashbacks), bei denen die Person fühlt oder handelt, als ob sich das/die traumatische/n Ereignis/se wieder ereignen würden 4. / 5. Reaktion auf innere oder äußere Hinweisreize, die einen Aspekt des/der traumatischen Ereignisse/s symbolisieren oder an Aspekte des/derselben erinnern mit deutlichen körperlichen Reaktionen und/oder intensiver oder anhaltender psychischer Belastung
<b>C</b> Vermeidung und negative kognitive Veränderungen	Anhaltende Vermeidung von Reizen, die mit dem oder den traumatischen Ereignissen verbunden sind und die durch mindestens eines der beiden folgenden Symptome gekennzeichnet sind: <b>Anhaltende Vermeidung von Reizen</b> 1. Vermeidung oder Bemühungen, Aktivitäten, Orte oder Gegenstände zu vermeiden, die an das oder die traumatischen Ereignisse erinnern 2. Vermeidung oder Bemühungen, Personen, Gespräche oder zwischenmenschliche Situationen zu vermeiden, die Erinnerungen an das/die traumatische/n Ereignis/se hervorrufen <b>Negative kognitive Veränderungen</b> 3. Deutlich häufiger auftretende negative emotionale Zustände (z. B. Furcht, Schuld, Traurigkeit, Scham oder Verwirrung) 4. Deutlich vermindertes Interesse oder verminderte Teilnahme an wichtigen Aktivitäten, darunter eingeschränktes Spielen 5. Soziales Rückzugsverhalten 6. Dauerhaft verminderter Ausdruck positiver Emotionen
<b>D</b> Erregungsniveau	Veränderung des Erregungsniveaus und der Reaktivität, die durch zwei oder mehr der folgenden Symptome gekennzeichnet sind: 1. Reizbarkeit und Wutausbrüche (ohne oder aus geringfügigem Anlass) 2. Übermäßige Wachsamkeit (Hypervigilanz) 3. Übertriebene Schreckreaktion 4. Konzentrationsschwierigkeiten 5. Schlafstörungen
<b>E</b> Dauer	Dauer > 1 Monat
<b>F</b> Beeinträchtigung	Das Störungsbild verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in Beziehungen mit Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen oder anderen Bezugspersonen oder im schulischen Verhalten.
<b>G</b> Ausschluss	Das Störungsbild ist nicht die Folge der physiologischen Wirkung einer Substanz (z. B. Medikament, Alkohol) oder eines medizinischen Krankheitsfaktors.

Die Diagnose reaktive Bindungsstörung (s. Tabelle 4) findet sich in beiden Klassifikationen und kann im erweiterten Sinne ebenfalls als Traumafolgestörung nach Misshandlung und Deprivation im frühen Kindesalter gesehen werden.

Tab. 4: Reaktive Bindungsstörung (F94.1) nach DSM-5 bzw. ICD-11	
DSM-5	ICD-11
<p><b>A</b> Muster eines gehemmten, emotional zurückgezogenen Verhaltens gegenüber erwachsenen Bezugspersonen, das sich durch die beiden folgenden Merkmale äußert:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Das Kind sucht selten oder nur geringfügig Trost, wenn es bedrückt ist.</li> <li>2. Das Kind reagiert selten oder nur geringfügig auf Trost, wenn es bedrückt ist.</li> </ol>	<p>Schwer abnormales Bindungsverhalten in der frühen Kindheit, verursacht durch eine Geschichte sehr inadäquater Pflege des Kindes (z. B. schwere Vernachlässigung, Misshandlung, institutionelle Deprivation). Selbst wenn eine adäquate erste Bezugsperson jetzt verfügbar ist, wendet sich das Kind dieser Bezugsperson nicht zu, um Trost, Unterstützung und Zuwendung zu erfahren; es zeigt selten ein Sicherheit suchendes Verhalten gegenüber allen Erwachsenen und reagiert auch nicht, wenn Trost angeboten wird. Eine reaktive Bindungsstörung kann nur bei Kindern diagnostiziert werden und die Merkmale der Störung entwickeln sich in den ersten fünf Lebensjahren.</p>
<p><b>B</b> Andauernde soziale und emotionale Störung, charakterisiert durch mindestens zwei der folgenden Punkte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Minimale soziale und emotionale Reaktion auf andere</li> <li>2. Eingeschränkter positiver Affekt</li> <li>3. Episoden unerklärbarer Reizbarkeit, Traurigkeit oder Furcht, auch bei nicht bedrohlichen Interaktionen mit erwachsenen Bezugspersonen</li> </ol>	
<p><b>C</b> Das Kind hat extrem unzureichende Fürsorge erfahren, was durch mindestens eines der folgenden Merkmale gekennzeichnet ist:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Soziale Vernachlässigung oder Deprivation in Form einer andauernden Missachtung der grundlegenden emotionalen Bedürfnisse des Kindes nach Geborgenheit, Anregung und Zuneigung durch die betreuenden Erwachsenen.</li> <li>2. Wiederholter Wechsel der primären Bezugspersonen, der die Möglichkeit begrenzt, stabile Bindungen zu entwickeln.</li> <li>3. Aufwachsen in einem ungewöhnlichen Umfeld, das die Möglichkeit stark einschränkt, individuelle Bindungen einzugehen.</li> </ol>	
<b>D</b> C wird als verantwortlich für A angenommen.	
<b>E</b> Kein Autismus	
<b>F</b> Manifestation vor dem fünften Lebensjahr	
<b>G</b> Das Kind hat ein Entwicklungsalter von mindestens neun Monaten.	

## THERAPIE

Für spezifische Traumatherapien gibt es im Kindes- und Jugendalter gute Evidenz. Morina et al. (2016) konnten in einer Metaanalyse von 39 Studien mit insgesamt 4.184 Kindern im Alter von 3 bis 18 Jahren (Durchschnittsalter 12,2) zeigen, dass PTBS-Symptome durch eine psychologische Intervention effektiv reduziert werden können; die Effektstärken waren hier, verglichen mit einer Wartelistenkontrollgruppe, hoch

(Hedges  $g = 0,83$ ) und für die Trauma-fokussierte kognitive Therapie sehr hoch (1,63). Ein Ergebnis, das durch eine weitere Metaanalyse im Wesentlichen bestätigt werden konnte (Guterman et al., 2016). Besonders hervorzuheben sind die EMDR-Methode (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) und die kognitiv-behavioralen Expositionsverfahren, welche auch Gegenstand der zitierten Metaanalysen waren.

Die EMDR beruht auf der gedanklichen Fokussierung traumatischer Erinnerungen bei gleichzeitiger Applikation bilateraler Stimulationen. Diese erfolgt durch seitenalternierende Augenbewegungen oder auch durch seitenalternierende akustische oder taktile Stimulationen. Durch die prozesshafte Verarbeitung der traumatischen Erfahrungen und Bilder in der therapeutisch sicheren Situation verlieren die Erinnerungen an Bedrohlichkeit. Als Alternative zu EMDR kommt das ebenfalls in seiner Wirksamkeit belegte, kognitiv-behaviorale Verfahren der prolongierten Exposition in Betracht. Bei diesem Verfahren erfolgt die Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis so lange, bis eine Habituation einsetzt. Es wird in der Regel in Kombination mit Entspannungsübungen, kognitiven Verfahren und psychoedukativen Elementen durchgeführt (Wöller et al., 2009).

Der größte Teil der zu therapierenden Symptome sind Folgen posttraumatischer Adaptationsprozesse. Hierzu gehören unter anderem stress-induzierte Lernvorgänge (Angst-Konditionierung), erhöhte Aufmerksamkeit (Hypervigilanz, Hyperarousal), verstärkte fokussierte Erinnerung (intrusive Re-Erinnerung) und veränderte interpersonelle Beziehungen. Diese Reaktionen des Individuums mit bestimmten neurophysiologischen, neurochemischen Antworten und Verhaltensadaptionen werden in der internationalen Literatur als „Survival States“ bezeichnet und können zunächst als Optimierungsprozesse an eine als hochbedrohlich erlebte Umgebung angesehen werden. Dysfunktional, beeinträchtigend und damit behandlungsbedürftig werden sie erst bei Weiterbestehen in einer weniger bedrohlichen Umgebung mit einem völlig veränderten Anforderungsprofil. Eine therapeutische Antwort darauf stellt die „Trauma System Therapy“ dar, die neben der Traumatherapie des Patienten die (Sozial-)Therapie im häuslichen Umfeld und der Familie, die rechtliche Aufklärung und bei Bedarf ggf. die Pharmakotherapie beinhaltet.

## SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN

### Uneingeschränkter Zugang zur Regelversorgung

Die Lotsenfunktion für die Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen obliegt dem Kinder- und Jugendarzt; hierbei darf der Rechtsstatus des Patienten oder der Fluchthintergrund nur eine untergeordnete Rolle spielen. Zu fordern ist ein uneingeschränkter Zugang zur Regelversorgung, insbesondere zu Einrichtungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie und zu Sozialpädiatrischen Zentren. Grundsätzlich lässt das Asylbewerberleistungsgesetz dies zu (unter der besonderen Berücksichtigung des § 6 AsylbLG), die praktische Umsetzung

ist jedoch zu oft uneinheitlich geregelt. Bayernweit ist die gestufte sozialpädiatrische Versorgung gemäß des Altöttinger Papiers nun auch für Empfänger nach dem Asylbewerberleistungsgesetz vereinfacht worden. So können Kinder und Jugendliche gemäß § 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes vom Praxispädiater in ein SPZ überwiesen werden, eine weitere Prüfung durch den Leistungsträger ist nicht erforderlich.

## Diagnostik und Screening

Der überwiegende Teil von Kindern mit Fluchthintergrund zeigt trotz potentiell traumatisierender Erlebnisse keine Posttraumatische Belastungsstörung; eine Ausnahme stellen unbegleitete minderjährige Flüchtlinge dar, bei denen von einer höheren Traumatisierungsrate ausgegangen werden muss. Das Screening und die Diagnostik stellen für die Lotsenfunktion des Kinder- und Jugendarztes sicher die größte Herausforderung dar. Ein Erfragen traumatisierender Erlebnisse stellt hier den Ausgangspunkt bei Kindern mit Fluchthintergrund dar. Sogenannte „Cold-Memory“-Fragen (Was hat sich im Heimatland oder auf der Flucht ereignet?) stellen bezüglich einer Retraumatisierung kein erhöhtes Risiko dar. Zu vermeiden sind „Hot-Memory“-Fragen (Wie haben Sie die Ereignisse erlebt? War es belastend? Was hat es mit Ihnen gemacht?), denn diese bergen das Risiko der Retraumatisierung und sollten in ein traumaspezifisches psychotherapeutisches Setting eingebunden sein. Die Kombination von Verhaltensauffälligkeiten und explorierten potenziell traumatisierenden Ereignissen (gemäß ICD-10: „Ereignisse oder Situationen kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würden“) sollten zu einer vertieften Diagnostik an einer hierfür spezialisierten Einrichtung veranlassen.

## Interdisziplinarität

Die Behandlung von Kindern mit Traumafolgestörungen steht grundsätzlich vor der Herausforderung des Ressourcenengpases, der häufig noch instabilen sozioökonomischen Verhältnisse mit ihrem Retraumatisierungsrisiko und der Tatsache, dass die Eltern häufig ebenfalls traumatisiert oder schwer belastet sind. Eine erfolgreiche Intervention kann dann nur in einem interdisziplinären Team gelingen, welches neben Kinder- und Jugendärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern und Kinderpsychotherapeuten auch Sozialarbeiter und Erwachsenenpsychiater mit einbezieht.

## Relevanz von Symptomen von Traumafolgestörungen

Die Beeinträchtigung durch Symptome einer Posttraumatischen Belastungsstörung muss als hoch eingeschätzt werden. Sie bezieht sich nicht nur auf das subjektive Wohlbefinden, sondern kann auch zu erheblichen Einschränkungen der kognitiven und sozialen Entwicklung führen. Kinder mit Traumafolgestörung leiden unter Symptomen affektiver und physiologischer Dysregulation bis hin zu Dissoziation, haben

häufiger Defizite bei der Verhaltens- und Aufmerksamkeitssteuerung, neigen zu Somatisierung und gestörten Körper- und Sinneswahrnehmungen und zeigen Schwierigkeiten in der Selbstregulation und Beziehungsgestaltung. Diese Probleme können bis ins Erwachsenenalter persistieren und zu anhaltenden Persönlichkeitsstörungen führen. Das hat in der Regel erhebliche Auswirkungen auf die schulische, berufliche und gesellschaftliche Integration.

## Evidenzbasierte Traumatherapie

Es besteht ein allgemeiner Konsens, dass bei traumaspezifischen Therapieverfahren im Kindes- und Jugendalter eine hohe Effektivität vorliegt. Bei gesicherter Diagnose und hinreichender Stabilisierung der Patienten ist eine solche Therapie uneingeschränkt indiziert.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Traumafolgestörungen auch im Kindes- und Jugendalter sicher diagnostiziert werden können und die Prognose durch eine traumaspezifische Therapie signifikant verbessert werden kann. Die Herausforderungen sind neben dem Screening und der Frühdiagnose in der Bereitstellung entsprechender therapeutischer Ressourcen zu sehen.

■ *Sigrid Aberl*  
*Klinik für Kinder- und Jugendpsychosomatik*  
*Städtisches Klinikum München GmbH*  
*Kölner Platz 1*  
*80804 München*  
*sigrid.aberl@klinikum-muenchen.de*  
*Tel.: 089 30685700*

*Prof. Dr. med. Volker Mall*  
*Kbo Kinderzentrum München gGmbH*  
*Heiglhofstraße 63*  
*81377 München*  
*volker.mall@kbo.de*  
*Tel.: 089 71009233*

Literatur bei den Verfassern.

# Haut und Psyche

Burkhard Brosig  
Tanja Gieler  
Ulrike Müller  
Uwe Gieler

*„Ich gehe nicht in mehr in die Schule – alle hänseln mich wegen meiner Neurodermitis, und eincremen will ich mich auch nicht mehr“ sagte der 8-jährige Paul, als er von der Mutter in der Kinderpsychosomatik vorgestellt wurde. Zu diesem Zeitpunkt hatte er bereits eine lange Odyssee an Kinder- und Jugendärzten sowie Hautärzten hinter sich – ohne Erfolg: leider kein Einzelfall. Die Stigmatisierung bei chronisch entzündlichen Hauterkrankungen ist bedauernswerterweise keine Ausnahme. Die notwendige Compliance der Therapiemaßnahmen ist grundsätzlich gefährdet. Als Hauptursache der Erkrankung spielt Stress eine erhebliche Rolle. Belastungssituationen in der Familie oder in Schulsituationen sind als Provokationsfaktoren in der Exacerbation bekannt. Haut und Nervensystem (Psyche?) bilden sich aus dem gleichen Keimblatt: dem Ektoderm. Unzertrennlich miteinander verbunden, zeigen die Neuromediatoren im Sinne der neurogenen Entzündung ihre Wirkungsweise zwischen Haut und Psyche. Neben der Stigmatisierung im Kindes- und Jugendalter sind Depressionen, sozialer Rückzug, Scham und Ekel ernst zu nehmende Komorbiditäten. Eine zentrale Bedeutung in der Entwicklung eines jeden Menschen spielt die Berührung. Paul ließ sich durch die psychosomatischen Gespräche und die Spieltherapie glücklicherweise behandeln. Sein Hautzustand besserte sich und die Therapeuten erhielten von den Lehrern seiner Schule ein persönliches Dankeschreiben.*



## UNTER DIE HAUT

Dieses erfolgreiche Lied von Tim Bendzko lässt an der Volksweisheit „es geht mir unter die Haut“ keinen Zweifel: Haut und Psyche sind untrennbar miteinander verbunden, entstanden aus dem gleichen Keimblatt, dem Ektoderm. Viele Redensarten wie „Dickes Fell“, „Ehrliche Haut“, „Aus der Haut fahren“, „Nicht aus der Haut herauskönnen“, „Auf der faulen Haut liegen“, „die Haut retten“, „die Haut zu Markte tragen“, „Liebe mit Haut und Haar“ oder mit „heiler Haut davonkommen“ sind untrügliche symbolische Hinweise auf die möglichen psychischen Belastungen.

Was tun, wenn die Haut nicht dem entspricht, was gewünscht oder erwartet wird?

Im Zeitalter der Schönheitsindustrie, der Beauty-Wellen und einer expansiven Steigerung der Umsatzzahlen in der Kosmetikindustrie wie auch von Schönheitsoperationen manifestieren sich neue Symptome. Es ist es nicht verwunderlich, dass das Vorkommen von Entstellungsgefühlen gerade bei Jugendlichen in der Pubertät deutlich ansteigt. Eine epidemiologische Studie zeigte, dass in den Jahren 2002 und 2013 vor allem der Anteil von Jugendlichen mit Entstellungsangst, der Körperdysmorphen Störung, signifikant von 0,4 % in der Gesamtbevölkerung auf 1 % anstieg. Im weiteren Verlauf kann diese Störung bis zum sogenannten „Dorian-Gray-Syndrom“, der Angst vor dem Älterwerden, führen. Dieses wurde von Brosig et al. bereits 2001 beschrieben.

An dieser Stelle möchten die Autoren sehr deutlich darauf hinweisen, dass Kinder und Jugendliche ganz besonders in ihrer Entwicklung gefährdet sind, wenn sie Hautprobleme haben.

## ALLERGISCH SCHON IM MUTTERLEIB?

Berührung ist genauso wichtig wie Atmen, Nahrung oder Wasser. Ohne Berührungen sterben wir zwar nicht unmittelbar, aber wir verkümmern langsam, zuerst emotional, später körperlich. Dies ist schon seit Kaspar Hauser bekannt. Bei Hauterkrankungen werden der Mangel an Berührung und die Probleme, mit Berührungen umzugehen, besonders deutlich. Wir sind gerührt, bewegt, fassungslos oder von etwas gepackt, wir leiden unter Druck, sind verletzt oder etwas kratzt uns nicht – unsere Sprache ist voller Berührungsmetaphern. Eine Berührung ist zehnmals intensiver als verbaler oder emotionaler Kontakt. Kein anderes Sinnesorgan stimuliert uns so sehr wie der Fühl- oder Tastsinn.

Diese Stimulation beginnt bereits in der frühen intrauterinen Entwicklung. Schon Embryos in der siebten bis achten Lebenswoche, die mittels notwendiger Laparoskopie berührt werden, reagieren mit ihrer Haut. So verwundert es nicht, dass Distress auslösende Affekte der Mutter bereits Auswirkungen auf die mögliche Entstehung von Hautkrankheiten des Embryos im Mutterleib haben. Speziell atopische Erkrankungen, wie Asthma, Neurodermitis und Heuschnupfen, scheinen hier bei entsprechender genetischer Veranlagung mitverursacht zu



sein. Depressive Episoden der Mütter scheinen bei den Kindern in den ersten fünf Lebensjahren häufiger zu Allergien zu führen. Andererseits ist eine hohe Sensitivität der Mutter ein protektiver Faktor, der eine Allergieentwicklung des Kindes eher behindert. Auch der Geburtsvorgang hat einen Einfluss. So ist schon länger bekannt, dass Kinder nach Kaiserschnittgeburten vermehrt Allergien entwickeln.

Zahlreiche Studien zur Berührung und die Anwendung von Massagen bei Babys und Kleinkindern mit Neurodermitis und Asthma verbessern nach Studien der Touch-Forscherin Tiffany Field und ihrem Team in Miami die Symptome und den Kontakt zu den Kindern.

## ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGIE DER HAUT

Hauterkrankungen, die im Kindes- und Jugendalter auftreten, beeinflussen die Entwicklung und soziale Kompetenz der Betroffenen nachhaltig. Dies kann aus Sicht der Psychodynamik am Beispiel der Neurodermitis gut erklärt werden. Entwickelt ein Kind eine Neurodermitis im ersten Lebensjahr, sollte dies zunächst keinen Einfluss auf die psychische Persönlichkeitsentwicklung haben. Am Beispiel der angeborenen Feuermale (Naevus flammeus) und Riesen-Muttermale (Giant Naevi) hat man gesehen, dass diese, schon bei der Geburt bestehenden, entstellenden Hautveränderungen durchaus in das zwischen dem 15. und dem 18. Lebensmonat entstehende Körperselbst eingebaut werden. Erfolgen idealerweise später keine besonderen Beschämungen und Ausgrenzungen im sozialen Umfeld, entwickeln sich diese Kinder psychisch unauffällig. Bei der Neurodermitis als chronisch-entzündliche Dermatose kann es zu einer Störung der Mutter-Kind-Interaktion kommen oder die Bindungsproblematik kann primär vorliegen. Dies hat nichts mit der früher postulierten „Overprotective Mother“ zu tun, die in wissenschaftlichen Studien nie bewiesen werden konnte. Dennoch könnten verleugnete ambivalente Gefühle dem Kind gegenüber die Problematik verstärken. Als Ausdruck der Ambivalenz könnte das Kind die täglichen Behandlungen der Neurodermitis sowohl als liebevolle Zuwendung als auch als juckreizauslösenden, aversiven Reiz erleben. Im späteren Leben könnte das Kind Berührungen und Kontakte durchaus ähnlich erleben. Als Reaktion darauf kann eine Störung in der Nähe-Distanz-Regulation in zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten. In der hochsensiblen Entwicklungsphase der Pubertät können Hauterkrankungen wie Neurodermitis oder auch Akne durchaus zu deutlichen Problemen im Selbstwertgefühl bis hin zur Suizidalität führen.

Hinzu kommen noch biografische Einflussfaktoren und Traumata, die ebenfalls eine chronisch-entzündliche Hauterkrankung auslösen oder zumindest verstärken können. Kinder mit einschneidenden Lebensereignissen (Trennung der Eltern, Umzug, Wechsel der Freunde) entwickeln Asthma und Neurodermitis in stärkeren Ausprägungen als Kinder ohne diese Lebensereignisse. Traumata wie Erdbeben, Kriegereignisse und Missbrauch führen allgemein zu psychischen Folgen, entsprechenden Studien zufolge aber auch sicher zu einer verstärkten Symptomatik bestehender Hauterkrankungen.

Soziale Faktoren ergänzen das Gefährdungspotenzial, sodass beispielsweise alleinerziehende Mütter mit Neurodermitiskindern die größte Belastung aufweisen (im Vergleich mit Alleinerziehenden ohne Kinder mit Neurodermitis oder familiär unterstützten Müttern).

## PSYCHOIMMUNOLOGIE

Lange schien es spekulativ, wie emotionale Faktoren eine Hauterkrankung verstärken oder sogar auslösen können. Die entscheidende Frage, wie Stress und Emotionen in die Haut kommen, ist erst durch die moderne Psychoimmunologie erklärbar geworden. Heute ist durch zahlreiche Studien belegt, dass es in Stresssituationen zu einer verstärkten Aktivierung des Entzündungssystems kommt. In Experimenten mit Mäusen konnte zunächst gezeigt werden, dass diese bei Stressexposition Veränderungen an der Haut entwickeln. Genetisch determinierte „Allergie-Mäuse“ zeigen hierbei klare Veränderungen in der Reaktion durch Neuromediatoren. Bei Mäusen, die eine Psoriasis entwickeln, zeigte sich bei entsprechender Denerivierung, dass in den nervlich blockierten Arealen die sonst symmetrische Psoriasis nicht aufgetreten ist. In Studien an Menschen, die standardisierten Stresssituationen ausgesetzt wurden, konnte zunächst im Serum gezeigt werden, dass sie ebenfalls mit einer erhöhten oder auch verminderten Ausschüttung bestimmter Neuromediatoren reagieren, meist BDNF, NGF oder Substanz P. Schließlich konnte auch direkt in der Haut durch Biopsien vor und nach Stress eine entsprechende Reaktion in der Haut demonstriert werden. Insofern scheint zumindest bei der Neurodermitis klar, dass es über den direkten immunologischen Aktivierungsweg via neurogener Entzündung zu einer Inflammation kommt.

## KRANKHEITSVERARBEITUNG

Die Krankheitsverarbeitung ist weitgehend abhängig von der Krankheitseinsicht und -akzeptanz. Gerade bei Kindern und Jugendlichen ist es daher besonders wichtig, eine altersgerechte Information und Einsicht zu vermitteln. Die einzelnen Hautkrankheiten unterscheiden sich hierbei hinsichtlich der Häufigkeit und Art von spezifischen Problemfeldern:

### Akne

Akne tritt bekanntlich in den überwiegenden Fällen mit beginnender Pubertät auf und die Stigmatisierung durch die Peer-Group („Pickelgesicht“ oder „Scarface“) trägt zur Verunsicherung und zu Problemen mit der eigenen Selbstsicherheit bei. Insofern spielt die Entstellung, der Ekel vor sich selbst und die Einschränkung im Kontakt mit anderen, insbesondere mit möglichen späteren Sexualpartnern, eine wichtige Rolle. Die Ausgrenzung oder antizipierte Ausgrenzung durch andere ist in internetbasierten Studien eindrucksvoll belegt worden. In Anspannungssituationen wie Klassenarbeiten und Examina verstärkt sich vor allem die entzündliche Akne. Selbstunsicherheit und suizidale Gedanken sind bei Jugendlichen mit

Akne klar erhöht, wie eine Kohortenstudie in der Stadt Oslo bei Adoleszenten zeigen konnte. Da die dermatologischen Aknetherapien in der Regel gut ansprechen, aber einige Wochen bis zur ausreichenden Wirksamkeit benötigen, spielt die Compliance eine entscheidende Rolle. Gerade bei männlichen Jugendlichen und depressiver Komorbidität sind die Compliance-Probleme am größten. Insofern ist es wichtig, gerade diese Altersgruppe besonders intensiv über die therapeutischen Möglichkeiten aufzuklären und die möglichen Einschränkungen und präventiv auch eine Entwicklung hin zur sozialen Phobie zu verhindern.

### Neurodermitis

Die Neurodermitis beginnt in den meisten Fällen bereits im dritten bis vierten Lebensmonat: Der intensive Juckreiz stellt die größte Belastung und auch Herausforderung für die Behandlung dar. Die oben bereits beschriebenen Eltern-Kind-Interaktionen sollten in der ärztlichen Beratungspraxis zu präventiven Hilfestellungen führen. Z. B. könnte nach weiteren Kontakt- und Behandlungspersonen gefragt werden, um eine zumindest passagere Entlastung der engsten Bezugsperson zu ermöglichen. Die Konditionierung des Juckreizes führt sehr häufig zu ausgeprägten Schlafstörungen im Kinder- und Jugendalter. Hier haben sich verhaltensmedizinische Interventionen zur Reduktion bzw. Auslöschung der Konditionierung bewährt. Auch die bei ca. 50 % der Eltern vorhandene Kortikoidphobie verhindert eine konsequente regelmäßige und effektive topische Therapie. Kommen zusätzlich weitere atopische Erkrankungen wie Asthma, Rhinitis allergica oder Nahrungsmittelallergien hinzu, ist ein komplexes Therapiemanagement notwendig, das in der Routinepraxis kaum leistbar ist. Die Kinder und Jugendlichen reagieren auf die Behandler meist ähnlich wie auf ihre Eltern und gefährden dadurch die proaktiven Therapien zur Verhinderung von Rückfällen. Bei ausgeprägten Problemen mit der Krankheitsverarbeitung bzw. Adhärenz ist eine psychotherapeutische bzw. familientherapeutische Intervention sinnvoll. Die in ganz Deutschland inzwischen flächendeckend vorhandenen Schulungsprogramme für Eltern von Neurodermitis-Kindern sind evidenzprobt sinnvoll, um ein positives Krankheitsmanagement zu etablieren.

### Psoriasis

Die Psoriasis tritt im Kindes- und Jugendalter eher selten auf. Trotzdem sind doch immer wieder Kinder betroffen, die mit dieser als stigmatisierend empfundenen Erkrankung ebenfalls Probleme entwickeln. Im Gegensatz zu früheren Annahmen geht die Psoriasis in etwas geringerem Maße aber trotzdem mit ausgeprägtem Juckreiz einher. Da die bei Erwachsenen inzwischen gut etablierten und sehr effektiven Therapien mit Biologika bei Kindern und Jugendlichen bisher noch nicht zugelassen sind, stellt sich auch ein Behandlungsproblem ein, da die herkömmlichen Therapien meist nicht zu einem Verschwinden der Symptome beitragen können. Hier haben sich

Reha-Behandlungen in für Kinder mit Psoriasis spezialisierten Zentren bewährt.

### Urtikaria

Die als „Nesselsucht“ bezeichnete Urtikaria kommt nicht selten auch bei Kindern und Jugendlichen vor. Da der intensive Juckreiz immer zu Problemen führt und bei gleichzeitiger bestehender Atemnot meist auch die gesamte Familie mitbetroffen ist, sollte neben der medizinisch oft frustrierten Abklärung möglicher Ursachen durch Allergien auch nach psychosozialen Belastungsfaktoren geforscht werden. Die schnelle Reagibilität des Mastzellsystems erlaubt es, nach psychischen Auslösefaktoren zu fragen. Nicht selten findet man unterdrückte Aggressivität oder verdrängte Wut, die zu einer Urtikaria geführt hat.

### Vitiligo

Genau wie die Psoriasis handelt es sich bei der oft erstmals im Jugendalter auftretenden „Weißflecken“-Erkrankung um ein Problem des Umgangs mit der Stigmatisierung oder der zu erwartenden Stigmatisierung. Da es bisher keine überzeugenden Behandlungsansätze von Seiten der Dermatologie gibt, müssen Kinder und Jugendliche die einmal eingesetzte Hypopigmentierung akzeptieren und lernen, damit umzugehen (z. B. Sonnenbrand zu verhindern). Oft kommt es hier zu einer mangelnden Krankheitseinsicht oder zu übertriebenen Therapiemaßnahmen durch intensive und als kanzerogen anzusehende UV-Therapie. Nicht selten sind es die Eltern, die die Hautsymptome ebenfalls nicht akzeptieren können. Gefühle von Scham und Entstellung sind psychisch zu diagnostizieren.

### Warzen

Die vulgären Warzen werden oft als Fluch empfunden. Kinder und Jugendliche erfahren eingreifende operative oder lokale Behandlungsversuche, um sie loszuwerden. Auch wenn die Entstehung der *Verrucae vulgares* nicht als psychosomatisch ausgelöst angesehen werden kann, sind doch durchaus Erfolge durch Suggestion zu verzeichnen. Hier kennt die Volksmedizin mannigfache Hausmittel, die in Vielzahl angewendet werden. Zumindest eine ordentliche Fall-Kontroll-Studie mit einer Scheinbestrahlung konnte nachweisen, dass solche Suggestionstherapien durchaus ein probater Weg sind, um z. B. eine Vollnarkose zur operativen Entfernung aufzuschieben oder zu verhindern.

## BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

Eine psychosomatische Intervention ist bei allen Hauterkrankungen sinnvoll, bei denen Probleme in der Krankheitsverarbeitung, Zusammenhänge mit bestimmten Lebensereignissen in der Entstehung der Erkrankung oder eine sekundäre Belastung durch z. B. Stigmatisierung fassbar sind. Sind die psy-

chosozialen Probleme mit einer somatischen Erkrankung assoziiert, sollten die zugrundeliegenden Störungen selbstverständlich gleichzeitig auch somatisch behandelt werden. Eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist bei primär psychischen Störungen indiziert, die nur sekundär zu Hautsymptomen führen, wie das Skin-Picking-Syndrom und sonstige artifizielle Störungen/Artefakte.

## Schulungsprogramme

Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche haben sich inzwischen sehr bewährt und sollten bei entsprechenden Erkrankungen unbedingt angeboten bzw. die Eltern motiviert werden. Nicht umsonst sind die Schulungen bei Asthma, Neurodermitis und anaphylaktoiden Reaktionen Bestandteil fast aller Leitlinien dieser Erkrankungen weltweit. Die Evidenz der Verbesserung des Copings und der emotionalen Komorbidität wie Depression und Angst wie auch die zumindest leichte Verbesserung der Symptome haben in Deutschland dazu geführt, dass die national einheitlich und qualitätsgesicherten Schulungen durchgeführt werden. Diese werden durch Experten (Pädiater oder Dermatologe, Psychologe, Ernährungsberater) ausgeführt und durch die Krankenkassen im Rahmen der extrabudgetären Versorgung, etwa als ambulante Reha-Maßnahmen, finanziert. Für Asthma, Neurodermitis und Anaphylaxie wurden bereits etablierte Verfahren umgesetzt. Die Psoriasis-Schulungen für Kinder und Jugendliche werden nur in spezialisierten Zentren – meist Reha-Kliniken – durchgeführt.

## Familientherapie

Familientherapeutische Interventionen haben sich bei den Hauterkrankungen bewährt, obwohl evidenzbasierte Studien sowohl für die systemische Familientherapie als auch für die analytisch orientierte Familientherapie bisher fehlen.

## Stationäre Kinder- und Jugendpsychosomatik

Eine stationäre Akutbehandlung ist leider bisher in Deutschland nur in sehr wenigen Zentren möglich, die meist durch die hohe Nachfrage auch längere Wartezeiten haben.

Inhaltlich geht es hier um eine interdisziplinär-mehrdimensionale Intensivtherapie unter Einbeziehung von Kinder- und Jugendärzten, Dermatologen, Psychotherapeuten und weiteren körperorientierten und kreativtherapeutischen Angeboten in einem psychosomatischen Behandlungsumfeld mit pädagogischer Förderung und pflegerischer Unterstützung. Unter konsequenter Einbeziehung der Eltern wird psychoedukativ das Verständnis für die Erkrankung, die Dynamik von schubauslösenden Momenten und stressreduzierendem Verhalten, aber auch deren Erziehungsfähigkeit in den Blick genommen. Bei älteren Kindern kommt intensive einzeltherapeutische Arbeit an Selbstbild und Selbstbewusstsein, Scham, unbewussten Faktoren fehlender Adhärenz und an der Krankheitsakzeptanz insgesamt hinzu.

## Reha-Verfahren und Mutter-Kind-Kuren

Durch chronische Erkrankungen werden ganze Familiensysteme in Wanken gebracht, sodass Auszeiten eine deutliche Stressreduktion bringen können. In diesen Phasen kann Energie getankt und einfach mal „durchgeatmet“ werden. Auch der Kontakt mit Mitbetroffenen wirkt häufig entlastend und reduziert Schuldgefühle. Die dabei entstehenden Netzwerke entfalten die Wirksamkeit von Selbsthilfegruppen und sind erfahrungsgemäß sehr wirksame Momente von Solidarität und Unterstützung auf Augenhöhe, die eine wichtige Ergänzung zur professionellen Hilfe darstellen.

■ Prof. Dr. med. Burkhard Brosig  
Dr. med. Ulrike Müller  
Dr. med. Tanja Yvette Gieler  
Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie –  
Abteilung Familien-, Kinder- und Jugendpsychosomatik  
Universitätsklinikum Gießen  
Feulgenstraße 12  
35392 Gießen

Prof. Dr. Uwe Gieler  
Klinik für Dermatologie und Allergologie –  
Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie  
Gaffkystraße 14  
35392 Gießen

Literatur bei den Verfassern.

# Chronische Krankheiten und psychosomatische Folgen im Kindes- und Jugendalter

Bela Bartus  
Markus Krüger

*Chronisch kranke Kinder und Jugendliche müssen neben den körperlichen Folgen auch die psychischen Belastungen und die sozialen Auswirkungen ihrer Erkrankung bewältigen. Zudem werden sie in jeder Entwicklungsphase aufs Neue mit ihrer besonderen Situation konfrontiert. Durch den Vorrang der medizinischen Versorgung besteht die Gefahr, dass die psychosozialen Folgen der Krankheit nicht adäquat berücksichtigt werden. Ein somatopsychisches Versorgungsmodell kann dem entgegenwirken, indem ein multiprofessionelles Behandlungsteam die medizinischen, psychologischen und sozialen Aspekte gleichermaßen berücksichtigt.*

## PSYCHOSOMATISCH ODER SOMATOPSYCHISCH?

Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die psychischen Aspekte chronischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Während psychosomatische Konzepte körperliche Symptome als Ausdruck von psychischen Belastungen oder Konflikten postulieren, befasst sich die somatopsychische Perspektive mit der psychischen Verarbeitung, den Anpassungsprozessen und dem Umgang (Coping) mit einer chronischen Gesundheitsstörung.

Die Einteilung in psychosomatische und somatopsychische Erkrankungen ist nicht allein der Nomenklatur geschuldet, sondern Ausdruck davon, dass psychisch gesunde Kinder und Jugendliche infolge einer andauernden somatischen Krankheit psychische Auffälligkeiten entwickeln können, während umgekehrt körperlich gesunde Kinder unter belastenden psychischen Bedingungen häufiger körperliche Symptome aufweisen. Tatsache ist, dass chronische Erkrankungen zu akuten Belastungsreaktionen, aber auch zu bleibenden, schweren Anpassungsstörungen führen können.

## KINDLICHE ENTWICKLUNG

Das Kindes- und Jugendalter ist eine Abfolge von Entwicklungsphasen, die durch alterstypische Veränderungen im Erleben und Verhalten gekennzeichnet sind. Jede dieser Phasen beinhaltet typische Entwicklungsaufgaben, deren Lösung zu einer gelungenen Entwicklung des Kindes beiträgt. Oft sind

solche Entwicklungsaufgaben schwer mit den Anforderungen einer Erkrankung zu vereinbaren (1). Eine typische Entwicklungsaufgabe der frühen Kindheit besteht etwa im Aufbau von Bindung und Urvertrauen. Durch häufige Klinikaufenthalte und ambulante Vorstellungen kann es hier zu Störungen kommen. Ebenso ist das erhöhte Risikoverhalten von Jugendlichen (Genussmittelkonsum, Risikosportarten usw.) eine Entwicklungsaufgabe, die oft im krassen Gegensatz zu den Vorgaben ihrer Behandlung steht. Als Folge werden Medikamente nicht regelmäßig eingenommen, Ernährungsregeln missachtet oder Ambulanztermine „vergessen“. Wir wollen an dieser Stelle hinterfragen, inwieweit die medizinische Versorgung einer chronischen Krankheit individuell anders gewichtet werden muss, um eine gesunde und altersgerechte Entwicklung zu ermöglichen. Hier sollten die Prioritäten sorgfältig abgewogen werden.

## HÄUFIGKEIT CHRONISCHER KRANKHEITEN DES KINDES- UND JUGENDALTERS

Die Häufigkeit chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wurde in Deutschland systematisch mit der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS) an einer repräsentativen Stichprobe von Kindern und Jugendlichen als Querschnittserhebung in verschiedenen Altersgruppen durchgeführt (2). Die Ergebnisse zeigten beispielsweise eine Lebenszeitprävalenz für die obstruktive Bronchitis von 13,3%, für die Neurodermitis von 13,2% und für rezidivierende Otitis Media von 10,7%. Der Typ-1-Diabetes hat bei Kindern und Jugendlichen eine Lebenszeitprävalenz von etwa einem Prozent. Wenn man die Gesamtheit aller neurologischen Erkrankungen (mit Epilepsie) in den Fokus nahm, so ergab die Untersuchung, dass etwa vier von 100 Kindern betroffen sind. Insgesamt ist den Autoren zufolge eine Zunahme von chronischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen seit den 1980er-Jahren festzustellen. Dieser Entwicklung liegt auch ein Anstieg von Adipositas, Asthma und insbesondere Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) zugrunde. Epidemiologische Untersuchungen schätzen hier eine Verdopplung der Fälle, d. h. die Prävalenzraten haben in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Eine ähnlich steigende Entwicklung zeigt sich auch für die chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und Colitis indeterminata.

## BELASTUNG DURCH EINE CHRONISCHE ERKRANKUNG

Wie belastend ein Kind eine chronischen Erkrankung erlebt, wird durch die zugrunde liegende Krankheit, das Alter des Kindes bei Diagnose, den Verlauf der Erkrankung und die Komplexität der Behandlung bestimmt. Hinzu kommen individuelle Faktoren wie z. B. Persönlichkeit, familiäre Situation, sozioökonomischer Status und mögliche weitere physische und psychische Besonderheiten. Weitere Belastungsfaktoren entstehen durch die Notwendigkeit, den eigenen Tagesablauf mit den Anforderungen der Behandlung in Einklang zu bringen, mit den Reaktionen bzw. Vorurteilen der Gesellschaft (v. a. Peers)

umzugehen und sich mit dem weiteren Verlauf der Erkrankung auseinanderzusetzen.

## SOZIALE FAKTOREN

Die Teilhabe am sozialen Leben ist mit einer chronischen Erkrankung, trotz allen aktuellen Bemühungen, oft mit Schwierigkeiten verbunden. Dabei können die medizinisch notwendigen Faktoren von denen unterschieden werden, die sich im individuellen Umgang mit der Krankheit entwickelt haben, aber medizinisch nicht immer begründbar sind. Aufgabe der Behandlungsteams ist es, durch Schulung des sozialen Umfeldes und Empowerment des Kindes seine soziale Integration von Diagnosestellung an zu optimieren. Exemplarisch seien hier einige soziale Komponenten bei einzelnen Krankheitsbildern genannt:

### *Medizinisch begründbare soziale Einschränkungen*

So darf beispielsweise das Kind mit Epilepsie nicht schwimmen gehen, wenn die Gefahr besteht, dass durch das reflektierende Licht an der Wasseroberfläche ein Anfall ausgelöst werden kann; andere Kinder mit Anfallsleiden „outen“ sich, weil sie permanent einen Sturzhelm tragen müssen oder sie werden von der Teilnahme am Straßenverkehr mit dem Fahrrad ausgeschlossen. Kinder mit komplexen Herzvitien müssen teilweise von körperlicher Belastung und Sport ferngehalten werden, wenn die Aktivität eine zu große Belastung für das Herz darstellt.

### *Medizinisch nicht begründbare soziale Einschränkungen*

Das Fernbleiben von der Schule liegt oft nicht an medizinischen, sondern an psychischen oder sozialen Faktoren bei den chronisch Kranken. Kinder mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen meiden immer wieder soziale Begegnungen aus Angst vor dem Kontrollverlust über die Ausscheidung. Kinder mit Belastungsasthma kommen mit einer Sportbefreiung, obwohl der adäquate Einsatz einer Bedarfsmedikation die Teilnahme am Sport ermöglichen würde. Kinder mit Neurodermitis oder Adipositas meiden teilweise Begegnungen mit anderen Menschen, weil sie sich für ihr äußeres Erscheinungsbild schämen. Manche Familien mit einem Kind mit Diabetes fahren nicht mehr in den Urlaub, aus Angst, vor Ort keine medizinische Versorgung zu haben. Die Teilnahme an Klassenfahrten oder Ferienlagern wird bei chronisch kranken Kindern zum Teil nur sehr schwer oder überhaupt nicht möglich, weil die Komplexität der Therapieführung das Betreuerteam überfordert, die Kinder noch nicht selbstständig genug sind und der Einsatz von entsprechenden „Fachleuten“ zu aufwendig erscheint.

## PSYCHISCHE AUFFÄLLIGKEITEN UND LEBENSQUALITÄT

Es ist hinreichend belegt, dass chronische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter mit einer 2- bis 3-fach höheren Rate

an psychischen Auffälligkeiten einhergehen. In einer umfassenden Metaanalyse (3), die 87 relevante Studien berücksichtigte, zeigte sich, dass Kinder mit chronischen Erkrankungen deutlich häufiger psychosoziale Anpassungsprobleme, Auffälligkeiten in der Entwicklung und ein geringeres Selbstwertgefühl aufwiesen als Kinder der gesunden Kontrollgruppe. Wichtiger als die Häufigkeit von psychischen Störungen ist u. E. die Frage nach deren Ursachen. Diesbezügliche Studien belegen, dass Faktoren wie das Ausmaß der Sichtbarkeit von Krankheitszeichen, der Schweregrad der konkreten Einschränkung, der zeitliche Umfang der Behandlung und die Charakteristik der Verläufe (chronisch progredient, schubhaft oder kontinuierlich), einen erheblichen Einfluss auf das Ausmaß der psychischen Belastungen haben.

## KRANKHEITSBEZOGENE PSYCHOLOGISCHE BETREUUNG

Um eine umfassende, supportive medizinisch-psychologische Versorgung der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu gewährleisten, hat sich in den letzten Jahren eine Spezialisierung der psychologischen Fachkräfte bewährt. So wurden in Kooperation mit den jeweiligen Fachgesellschaften Weiterbildungen für die psychologische Betreuung von verschiedenen Krankheitsbildern entwickelt. Beispielhaft sei hier die Psychoonkologie, die Psychonephrologie und die Psychodiabetologie genannt. Aber auch die klinische Neuropsychologie und die psychologische Schmerztherapie tragen wesentlich zu einer Verbesserung der psychologischen Betreuung von Kindern und ihren Familien bei. Ebenso sind bei zertifizierten Schulungen für chronische Erkrankungen wie Asthma, Adipositas und Diabetes Psychologen meist fester Bestandteil des Schulungsteams.

## HÄUFIGKEIT DES TYP-1-DIABETES IM KINDES- UND JUGENDALTER

Der Diabetes Typ 1 gehört zu den häufigsten Stoffwechselstörungen des Kindes- und Jugendalters. Betrachtet man die einzelnen regionalen Diabetesregister in Deutschland, so zeigt sich eine Inzidenz bei Kindern unter 15 Jahren von 17,5 bis 20,4 pro 100.000 Patientenjahre. Entsprechend treten in dieser Altersgruppe etwa 2.800–3.000 Neuerkrankungen pro Jahr auf (4). Prognosen erwarten eine Steigerungsrate der Neuerkrankungen um 3,5% bis 4,5% in den kommenden Jahren. Besonders betroffen von dem Anstieg sind vor allem Kinder, die jünger als fünf Jahre alt sind.

## MANIFESTATION ALS AKUTE KRISENSITUATION

Bei etwa 10% bis 15% aller Kinder und Jugendlichen unter 15 Jahren mit einem Typ-1-Diabetes findet sich mindestens ein erstgradiger Verwandter, der ebenfalls davon betroffen ist. Wenn ein Mann mit Typ-1-Diabetes Vater wird, hat sein Sohn ein 8%iges Risiko, ebenfalls an Typ-1-Diabetes zu erkranken.

Bei Frauen mit Typ-1-Diabetes beträgt die statistische Wahrscheinlichkeit, dass ihr Kind auch an Typ-1-Diabetes erkrankt, ca. 3 %. Diese Zahlen sind wichtig, um zu verstehen, dass die meisten Familien von der Diagnose des Typ-1-Diabetes bei ihrem Kind völlig unvermittelt getroffen werden. Das Ergebnis erzeugt häufig eine dramatische emotionale Betroffenheit vor allem der Eltern, die von der Verleugnung der Diagnose und Ablehnung der Behandlung bis zu vorübergehenden traumatischen Zuständen führen kann. Völlig gesunde Eltern können im Einzelfall von der Diagnose bei ihrem Kind seelisch derartig erschüttert werden, dass sich passagere psychoseähnliche Zustände einstellen, die akut psychiatrischer Behandlung bedürfen.

## DIAGNOSESTELLUNG ALS PRÄGENDES EREIGNIS

Die ersten Eindrücke, die mit der Eröffnung der Diagnose des Typ-1-Diabetes einhergehen, können so prägend sein, dass sie unbewusst den weiteren Umgang mit der Erkrankung für viele Jahre nachhaltig beeinflussen. Häufig bleiben diese Erfahrungen auch dann noch handlungsleitend, wenn spätere Eindrücke eigentlich korrigierend wirken sollten. Dieser Prozess wird als Priming bezeichnet und führt dazu, dass die ersten Stunden und Tage der Diabetesversorgung den Familien häufig auch nach Jahren erinnerlich bleiben und den Prozess der Krankheitsverarbeitung auch langfristig beeinflussen können (5).

## INTENSIVE BETREUUNG ZU BEGINN UND IM VERLAUF

Die psychologische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Diabetes und ihren Familien sollte optimalerweise von Beginn der Manifestation an erfolgen (6). Da in der ersten Zeit nach der Diagnose viele Kinder und Jugendliche eine Anpassungsstörung aufweisen, aber auch ihre Eltern psychisch belastet sind, ist eine psychologische Begleitung zur Förderung der Krankheitsverarbeitung besonders sinnvoll. Wenn bereits zu Beginn der Behandlung die Adaptation an die veränderten Lebensumstände nicht ausreichend gelingt, besteht die Gefahr einer insuffizienten Krankheitsbewältigung mit daraus resultierenden Problemen mit der Diabetesführung im weiteren Verlauf. Auch haben Untersuchungen gezeigt, dass bei der überwiegenden Zahl der Eltern der ausdrückliche Wunsch nach einer psychologischen Unterstützung besteht. Im besten Fall kann dies durch einen Fachpsychologen für Diabetes erfolgen, aber auch Diabetes-erfahrene psychosoziale Fachkräfte können herangezogen werden. Wichtig ist, dass

die Erfahrungsverarbeitung bezüglich der Erkrankung des Kindes nicht zu einer passiv-depressiven Haltung führt, sondern eine stabilisierende und auf die Bewältigung der Zukunft ausgerichtete Einstellung entsteht. Jüngere Kinder zeigen bereits nach einigen Tagen unter der Insulinsubstitution eine deutliche Zunahme an körperlicher Aktivität und eine erhöhte geistige Präsenz (Vigilanz). Auf diese positiven Veränderungen durch die begonnene Behandlung sollten die Eltern deutlich aufmerksam gemacht werden, damit sie die Fortschritte im gesundheitlichen Zustand ihres Kindes bewusst erkennen. Im Idealfall können die Jugendlichen so an das Erleben herangeführt werden, dass sie durch die Versorgung der Erkrankung Kräfte, Fähigkeiten und Potenziale entwickeln, die ohne die Erkrankung möglicherweise ausgeblieben wären.

## SOMATOPSYCHISCHE VERSORGUNG AUSBAUEN

Während die Diagnose und Behandlung von somatischen Komorbiditäten bei chronischen Krankheiten (z. B. Zöliakie bei Diabetes mellitus) in der Regel gut gelingt, werden komorbide psychische Störungen – obwohl sie häufiger vorliegen – seltener adäquat diagnostiziert und mitbehandelt. Dabei sind gerade die psychischen Begleitstörungen mit einer erhöhten somatischen Morbidität und Mortalität verbunden und gehen mit einer geringeren Lebensqualität der Patienten einher (7). Um klinische Beispiele bei Kindern mit Diabetes zu nennen: Bei ADHS hilft auch eine wiederholte Diabetes-Schulung nicht. Bei Angsterkrankungen werden auch individuelle Spritzpläne im entscheidenden Moment einfach nicht umgesetzt. Bei Dyskalkulie ist ein sorgfältig erarbeitetes Korrekturschema wenig wert. Umgekehrt reicht eine reine psychologische Behandlung nicht aus, um in diesen Fällen einen entgleisten Diabetes neu „einzustellen“. Insgesamt weist die interdisziplinäre Kooperation bei somatopsychischen Kombinationen, verglichen zu somatosomatischen Komorbiditäten, noch ein hohes Verbesserungspotenzial auf.

## NIEDERSCHWELLIGES BEHANDLUNGSANGEBOT

Selbst wenn die psychische Störung aus psychiatrischer Sicht als noch nicht so schwerwiegend eingestuft wird, kann es beim chronisch kranken Kind bereits zu einer erheblichen Beeinträchtigung führen. Beispielsweise kann eine geringe Antriebsstörung bei einer leichten Depression die verlässliche Versorgung der Krankheit deutlich erschweren und damit weitere Frustration erzeugen, die wiederum die Depression verstärkt. Andererseits muss die psychologische Behandlung auch die Besonderheiten der Therapie berücksichtigen.

Man kann einen Jugendlichen mit Depression und z. B. Diabetes nicht auf eine lange Warteliste setzen, ohne die Gefahr schwerer Stoffwechsellentgleisungen in Kauf zu nehmen. Die Fälle zeigen, dass der Behandlungsbedarf und die Zielsetzung aus einem einzigen fachlichen Blickwinkel heraus nicht ausreicht. Dagegen ermöglicht die multiprofessionelle Arbeitsweise in der somatopsychischen Behandlung im wahrsten Sinne des Wortes eine ganzheitliche Versorgung der Patienten.



## BEHANDLUNGSKONZEPT DER FILDERKLINIK FÜR CHRONISCH KRANKE KINDER UND JUGENDLICHE

In der Filderklinik werden Kinder mit chronischen Erkrankungen sowohl im stationären als auch im ambulanten Setting von Diagnosestellung an von einem multiprofessionellen Team begleitet. Die therapeutischen Überlegungen beziehen immer Leib, Seele und Geist sowie das familiäres Umfeld des Kindes ein. Dabei ist es dem Team ein Anliegen, dass auch bei Manifestation einer chronischen Krankheit oder bei akuter Entgleisung respektive akutem Schub neben der medizinisch-somatischen eine bedarfsgerechte, somatopsychische Behandlung jeweils auf höchstem Niveau erfolgen kann. Kommen die Kinder wegen psychischer Krisen, chronischer Belastungsreaktionen, Krankheitsakzeptanzproblemen oder psychiatrischer Komorbiditäten, so werden sie nicht nur von den Therapeuten aus dem somatopsychischen oder sozialen Bereich behandelt, sondern es findet bedarfsorientiert immer auch eine Optimierung der somatischen Therapie der chronischen Krankheit statt. Genau genommen handelt es sich nicht um zwei Teams, die wechselseitig das Kind behandeln. Vielmehr gibt es nur ein einziges Team, in dem die Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen zusammenarbeiten. Bei turnusmäßigen Patientenbesprechungen aus allen Fachbereichen werden der therapeutische Prozess und der Heilungsverlauf in den Fokus genommen und Therapieziele aktualisiert. Das Ziel ist, dass die Kinder auf allen Ebenen ihrer Symptome ernst genommen und bedarfsgerecht „ganzheitlich“ versorgt werden.

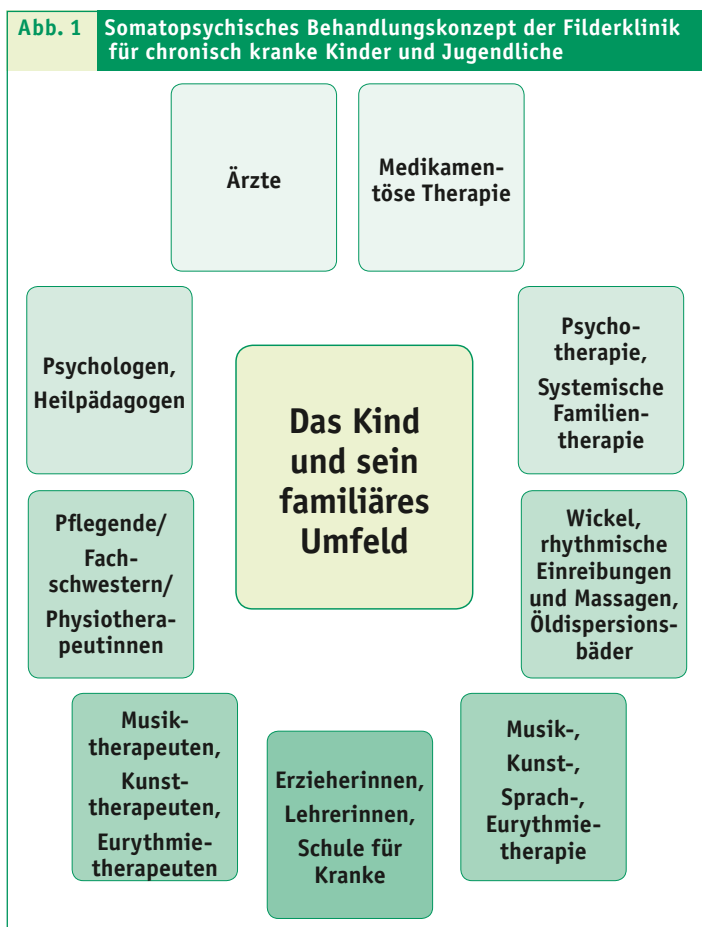
## ZUSAMMENFASSUNG

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen ist in der Regel ein Langzeitprojekt, bei dem medizinisch-somatische, psychologisch-psychotherapeutische und soziale Fachexpertisen in die Begleitung der Heranwachsenden einfließen sollten. Häufig sind die Patienten bereits seit Manifestation ihrer Erkrankung durch die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen oder akuten Vorstellungen dem Behandlungsteam bekannt. Dadurch entsteht neben der fachorientierten Behandlungsebene auch eine Beziehungsebene zu den Patienten. Gerade Letztere ist für eine empathische Begleitung und Führung der betroffenen Kinder und Familien von großer Bedeutung. Ein Großteil der chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter werden in Kliniken und Spezialambulanzen betreut. Gleichzeitig werden bei akuten Erkrankungen und Beschwerden auch die vertrauten Kinder- und Jugendärzte konsultiert. Aber auch bei Veränderungen im Verlauf der Grunderkrankung oder wenn Therapieentscheidungen anstehen, wird auf die Empfehlung der bekannten Kinder- und Jugendärzte Wert gelegt. In diesem Rahmen bietet sich die Möglichkeit, Patienten mit chronischen Erkrankungen im Umgang mit ihrer Erkrankung zu bestärken, sodass sie sich mit ihrer Behandlung aktiv beschäftigen oder diese mehr oder weniger geduldig ertragen. Das gilt für den jungen Patienten mit einer terminalen Niereninsuffizienz, der wöchentlich mehrere Stunden Hämodialyse aushalten muss, ebenso wie für das Kind mit Diabetes, das mehrfach am Tage Blutzuckerkontrollen durchführt und sich Insulin injiziert. Anstelle von Bagatellisierung oder Mitleid ist eine aktive, motivierende Zuwendung, echtes Interesse an den Kindern und eine authentische Anerkennung hilfreich für die Langzeitbetreuung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen.

■ *Dipl. Psych. Béla Bartus*  
*Kinder- und Jugendlichentherapeut*  
*Fachpsychologe Diabetes (DDG)*  
*Die Filderklinik*  
*Im Haberschlai 7*  
*70794 Filderstadt-Bonlanden*  
*b.bartus@filderklinik.de*

*Dr. med Markus Krüger*  
*Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin*  
*Kinder-Pneumologie*  
*Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie*  
*Die Filderklinik*  
*Im Haberschlai 7*  
*70794 Filderstadt-Bonlanden*

Literatur bei den Verfassern.



# Weiterbildung in Psychotherapie und Psychosomatik für einen niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt – wozu?

Alfred Freund

*Nach über 25 Jahren ärztlicher Klinik­tätigkeit, zunächst in der Allgemeinchirurgie, gefolgt von einer Assistenzarztzeit in der Neurochirurgie, später, nach der pädiatrischen Aus- und Weiterbildung, als neuropädiatrischer Oberarzt, dann als SPZ-Leiter, hatte ich mich vor fünf Jahren in eigener Praxis hausärztlich-pädiatrisch sowie fachärztlich-neuropädiatrisch niedergelassen. Vor etwa zehn Jahren begann parallel dazu meine Weiterbildung in tiefenpsychologischer Psychotherapie, welche ich inzwischen erfolgreich abgeschlossen habe. Die Entscheidung, diese zeitraubende und kostenintensive Weiterbildung zu beginnen, hatte nicht so sehr das Ergebnis der Zusatzbezeichnung im Auge, sondern entstand vielmehr aus dem Bedürfnis und der Suche nach einem tieferen Verständnis für Krankheiten und der Psyche.*



Dieser Artikel spiegelt mein subjektives Erleben und meine persönliche Einschätzung als niedergelassener Kinder- und Jugendarzt mit einem KV-Sitz in einer Großstadt wider. Je nach Region (Großstadt, Kleinstadt oder Land) sowie der individuellen fachlichen Ausrichtung und der Praxisstruktur sind die Probleme anders gewichtet.

Mein klinischer Praxisalltag wird dominiert von präventiven Maßnahmen (Vorsorgen, Impfungen), Akutvorstellungen bei Infekten, Hauterkrankungen, Allergien und kleineren Verletzungen. Kurzfristig oder länger geplante Vorstellungen erfolgen wegen diverser anderer Probleme und Erkrankungen wie Verzögerungen bzw. Störungen in der Entwicklung, Ernährungsproblemen, Regulationsstörungen, Auffälligkeiten im Verhalten, Kopf- und Bauchschmerzen, Schulproblemen, Ängsten, Schlafstörungen sowie bei speziellen neuropädiatrischen Fragestellungen wie zum Beispiel Epilepsien, Zerebralpareesen, neurometabolische Erkrankungen, Tics, ADHS usw.

In vielen Fällen kann im Praxisalltag in einem überschaubaren Zeitrahmen durch eine zielgerichtete Anamnese, körperliche Untersuchung und gegebenenfalls ergänzende Labor- und apparative Diagnostik die Diagnose gestellt und eine Therapie (sofern nötig) eingeleitet werden.

Ebenso ist bei wenigen Patienten rasch klar, dass eine Mitbetreuung, weitere Diagnostik oder spezifische Therapie durch andere Fachgruppen, Spezialisten oder spezialisierte Zentren notwendig ist.

Es verbleibt jedoch in jeder pädiatrischen Praxis ein nicht unerheblicher Anteil von Kindern und Jugendlichen, bei denen der Vorstellungsgrund, das Anamnesegespräch wie auch das im Rahmen der Vorstellung beobachtete Verhalten eine tiefer liegende psychische, emotionale, familiäre oder anderweitige psychosoziale Problematik oder Konfliktkonstellation vermuten lassen.

Bei einigen Themen, wie bei Störungen des Sozialverhaltens, Ängsten, Zwängen, Schulproblemen etc., ist dies offensichtlicher, bei anderen, wie z. B. bei chronischen Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Schwindel, Einnässen oder Schlafstörungen, kann erst die gründliche Anamnese begleitende oder kausal relevante psychosoziale Faktoren oder Erkrankungen wie z. B. eine Depression aufdecken.

Chronische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, chronische Haut-, Gelenk- oder Darm- sowie Tumorerkrankungen, körperliche und/oder geistige Behinderung) führen bei den betroffenen Kindern und deren Familien häufig zu großen emotionalen Belastungen.

Die Relevanz ist hoch, 20% der Jungen und Mädchen in Deutschland gelten nach Studien des Robert Koch-Instituts als emotional belastet oder verhaltensauffällig.

Ich möchte hier nicht im Einzelnen auf das Spektrum psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder oder auf die psychosozialen Risikofaktoren und Umweltfaktoren für psychische Störungen eingehen, diese wurden an anderer Stelle beschrieben.



Mir geht es um die Rolle des niedergelassenen Pädiaters, der eine wichtige Vertrauensperson für Patient und Kindeseltern darstellt und daher auch für psychische und psychosomatische Krankheiten die erste Anlaufstelle ist und bleibt.

Seine „Kunst der Gesprächsführung“, das empathische Interesse an der Problematik des Gegenübers, das immer wieder unvoreingenommene, nicht wertende Hinschauen- und Hin-hören-Können und das „in Beziehung treten“ sind essentielle Voraussetzungen, um „tiefer“ liegende Probleme, Konflikte und belastende Konstellationen zu erkennen.

Unter dem Zeitdruck einer hochfrequentierten Kinder- und Jugendarztpraxis ist das zwar schwer zu bewerkstelligen, gelingt nicht immer während eines einzigen Gespräches und ist überdies unzureichend finanziert. Aber das Wissen, um der zugrundeliegenden individuellen Problematik unter Umständen etwas näher zu kommen und vielleicht andere, nachhaltigere Lösungsmöglichkeiten finden zu können, macht letztlich die eigene Arbeit erfüllender und sinnvoller. Dennoch, auch Ernüchterung und Frustrationen gehören zum Praxisalltag, sei es wegen der Unlösbarkeit komplizierter Konstellationen oder wegen medizinischer und persönlicher Grenzen.

Fundierte Kenntnisse in Psychosomatik und eine psychotherapeutische Ausbildung verhelfen zu mehr Struktur in der Vorgehensweise.

Das (idealerweise) bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Patient, Eltern und dem Kinder- und Jugendarzt sowie dessen fachliche Kompetenz in der Verbindung von Soma und Psyche erleichtern die Entscheidung, ob der Patient weiter im Praxisrahmen gut betreut werden kann oder eine Weiterleitung zur spezifischen Diagnostik und Therapie an jeweilige (z. B. kinder- und jugendpsychiatrische) Fachärzte, ein SPZ oder an spezielle Beratungsstellen usw. erforderlich ist.

Je nachdem in welcher Region die Praxis lokalisiert ist, gibt es ein mehr oder weniger dichtes Netzwerk an Strukturen und Einrichtungen, wo im Bedarfsfall Kinder und Jugendliche mit komplexeren somatischen und/oder (psycho-)sozialen Problemen behandelt werden können. Dieses reicht über Einrichtungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes, Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste, Sozialpädiatrische Zentren, Kinderschutzambulanzen, Frühe Hilfen, Kinder- und Jugendpsychiatrische Ambulanzen bis hin zu niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Es macht Sinn, sich als Niedergelassener mit den jeweiligen Strukturen vertraut zu machen und persönliche Kontakte aufzubauen.

Ich sehe es aber als ungünstige Entwicklung, wenn sich die allgemeine Pädiatrie im niedergelassenen Bereich zunehmend nur noch zum Vorsortierer entwickelt und Kinder mit unkomplizierten Krankheiten im 10-Minuten-Takt durchgeschleust und großzügig Kinder mit nur leicht darüber hinausgehenden bzw. einen höheren Zeitaufwand bedeutenden Problemen reflexartig an „Spezialisten“ bzw. an themenspezifische Spezialambulanzen überwiesen werden.

Durch die daraus resultierende große Anzahl an Überweisungen ergeben sich an diesen Stellen wiederum unverhältnismäßig lange Wartezeiten.

Kinder mit komplexeren Problemen, die eine rasche weiterführende Behandlung bräuchten, kommen dann zeitnah nicht an die Reihe, während gleichzeitig andere Kinder Gefahr laufen, überdiagnostiziert werden. Dies verursacht überdies auch den Krankenkassen hohe Kosten.

Eine SPZ-Anbindung wird – meiner Erfahrung nach – auch in zunehmendem Maße in einer Großzügigkeit veranlasst, die sich nicht durch die Schwere oder Komplexität der Krankheitsbilder erklären lässt, sondern vielmehr der mangelnden Zeit im ambulanten Praxisalltag geschuldet oder in Unsicherheiten im Umgang mit Entwicklungs-, Verhaltens- und weniger komplizierten neuropädiatrischen Problemen zu suchen ist.

Es besteht dadurch die Gefahr, dass die allgemeine Pädiatrie im Niedergelassenenbereich im Vergleich zu Spezialambulanzen/-zentren und im Vergleich zur Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie der Allgemeinmedizin entwertet wird.

Ein großes Problem in der kinderärztlichen Praxis ist der Druck durch hohes Patientenaufkommen, niederschwelliges Aufsuchen der Praxen wegen Lappalien und ökonomische Zwänge. Die EBM-Abrechnungsziffern aus den Bereichen Psychosomatik, Sozialpädiatrie und Psychotherapie ergeben dagegen zumindest ein gewisses Zeitkontingent, welches dringend genutzt werden sollte.

Die tendenzielle Entwicklung mit Facharztmangel und die steigende Anzahl von Teilzeit-Kinder- und Jugendärzten, welche als angestellte Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren (welche häufig in Trägerschaft von Kliniken großer Konzerne sind) arbeiten, ist bekannt. Auch werden möglicherweise mehr Psychotherapeuten im Rahmen der (wahrscheinlich kommenden) sogenannten Direktausbildung ihre Qualifikation und Approbation ohne vorausgehendes Psychologie-, Sozialpädagogik- oder Medizinstudium erwerben. All dies wird zu einer Marginalisierung der ärztlichen Psychotherapie außerhalb der sogenannten P-Fächer (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatische Medizin) führen.

Die „Psychosomatik“, die untrennbare Verbindung von Soma und Psyche, ist ein elementarer Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit, besonders auch der ambulanten Pädiatrie und muss es weiterhin bleiben. Dies beinhaltet die Kenntnis von neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungsbildern und das Erkennen relevanter psychosozialer Faktoren in Verbindung mit der Kunst der Gesprächsführung im Rahmen der „sprechenden und zuhörenden“ Medizin. Die „Integrative Kompetenz“ ist daher das Gegenstück zur zunehmenden Fragmentierung in der ärztlichen Medizin.

Die therapeutischen Möglichkeiten bei psychosomatischen Krankheitsbildern im pädiatrischen Praxisalltag sind vielfältig, aber auch limitiert durch die individuelle Ausbildung sowie durch zeitliche, räumliche und finanzielle Faktoren.

In einigen Fällen sind Beratungen und das Spiegeln von Interaktionen und Verhaltensmustern zielführend. Hilfreich ist in vielen Fällen das Vermitteln von Entspannungstechniken und Aufklärung über symptomverstärkende Faktoren in der Lebensweise wie Schlaf, Ernährung, Bewegung, Körperhaltung oder Nutzung digitaler Medien.

Eine vorwiegende psychotherapeutische Tätigkeit (im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie) wird für die meisten niedergelassenen Kinderärzte – sofern sie die langwierige Ausbildung in einem psychotherapeutischen Verfahren abgeschlossen haben – nicht in Frage kommen, aber probatorische und psychotherapeutische Sitzungen in einem zeitlich begrenzten Umfang sind durchaus zu realisieren und ein gutes Gegengewicht zum somatischen Fokus.

Bei manchen Krankheitsbildern (z. B. chronische Kopfschmerzen) sind auch Gruppenangebote zum Erlernen von Entspannungstechniken und Vermitteln von positiv wie negativ beeinflussenden Faktoren (Psychoedukation) effektiv und durchaus umsetzbar.

Es könnte auch mit zunehmendem Alter und nach längerer Dauer der ärztlich-pädiatrischen Tätigkeit der Wunsch wachsen, nicht mehr eine hohe Anzahl an Patienten schnell zu behandeln, sondern sich wenigen und dafür intensiver im Gespräch widmen zu können.

Es ist möglich und notwendig, sich weiterzuentwickeln, offen, kreativ und aufmerksam zu bleiben, fachlich und auch persönlich in der psychotherapeutischen Interaktion. Die eigenen Grenzen, die eigenen Stärken und Schwächen, die persönlichen, fachlichen aber auch die zeitlichen sollte man kennen und akzeptieren oder daran arbeiten, diese zu erweitern. Ein wichtiger Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung ist daher auch die Selbsterfahrung, welche einen dahingehend begleiten kann, sofern man denn auch wirklich „etwas erfahren möchte“.

Da eine psychotherapeutische Ausbildung für viele nicht zu realisieren ist, bzw. die Interessenlagen auch anders sind, bleibt die Qualifikation in der psychosomatischen Grundversorgung. Diese ist obligater Bestandteil der Weiterbildung in Allgemeinmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe, aber auch für Pädiater genauso wichtig, wobei der Aufwand dafür vergleichsweise niedrig ist.

Zu guter Letzt noch ein Satz aus der neuen Version des Hippokratischen Eides, mit dem Hinweis, dass die Mediziner, um eine gesundheitliche Versorgung auf höchstem Niveau leisten zu können, sich auch um ihre eigene Gesundheit kümmern müssen:

„I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard.“

■ *Dr. med Alfred A. Freund  
Kinderarzt – Sp Neuropädiatrie ZB Psychotherapie – ZB Akupunktur  
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin  
Berliner Allee 82  
13088 Berlin  
praxis@kinderarzt-freund.de*

Literatur beim Verfasser.

# Psychosomatik aus Sicht einer frisch niedergelassenen Kinder- und Jugendärztin

Maria Thannhäuser

*Zunächst vorab: Psychosomatik fängt bei mir nicht in der Praxis an, sondern nachts um zehn, wenn meine Tochter nicht schlafen kann und sich neben mir im Bett zusammenrollt oder seinerzeit als mein Sohn Bauchschmerzen hatte, weil ihm seine bis dahin unerkannte Rechtschreibstörung auf den Magen geschlagen war. Das macht ziemlich deutlich, dass dieses Thema nichts mit der Dauer der Niederlassung zu tun hat, sondern mit Achtsamkeit und Aufmerksamkeit für die Sorgen und Nöte unserer Patienten und Kinder und die vielfältigen Ausprägungsformen, in denen uns diese dann begegnen.*

Daher zuerst und vorab das Plädoyer: Seien wir wachsam und nehmen es ernst, wenn Kinder mit den „Volksleiden“ Bauchweh und Kopfschmerzen zu uns kommen!

Wenn es sich dann als banal, infektbedingt, organisch entpuppt, ist alles zügig vorbei und alle sind zufrieden – liegt aber eine psychosomatische Ursache zugrunde, hilft es Kind und Eltern enorm, wenn wir sie zur Suche nach Ursache und Wirkung auffordern und auf dem Weg zur Abhilfe begleiten. In diesem Fall leisten die Familien nämlich die größte Arbeit an sich und ihren Alltagsstrukturen und wir als Ärzte sind eher Helfer, Ratgeber und Unterstützer.



Und nun zu „frisch niedergelassen“: Die Psychosomatik lehrt uns mehr als jedes andere Fach, wie wichtig das Zuhören und die Anamnese sind. Ich kenne beim Praxisstart keinen meiner Patienten und versuche doch innerhalb kürzester Zeit einen Überblick über die Situation von Kindern und Eltern zu bekommen. Wir versuchen, das Kennenlernen im Rahmen einer Früherkennungsuntersuchung zu gestalten. Wir erhalten Informationen aus den Schilderungen der Eltern, dem Eindruck vom Verhalten des Kindes und auch einige kleine Tests zum Entwicklungsstand des Kindes. Denn viel hängt natürlich auch von meinem ersten Eindruck und der ersten Einschätzung ab – dass ich da ein Stück weit beeinflussbar bin, kann ich nicht leugnen.

Im Vordergrund steht bei ganz vielen Familien, die sich direkt zum Praxisstart einen Termin haben geben lassen, der Wunsch nach Heilmittel- oder Medikamentenverordnungen in der offensichtlichen Hoffnung, damit Fortschritt und Verbesserung für die jeweilige Familiensituation zu erwirken. Beim zweiten Hinsehen wird dann aber deutlich, dass eher die Grundstruktur eine Veränderung bräuchte als das Symptom, das das Kind zeigt.

Als Beispiele sei die Mutter genannt, die ihre beiden Söhne während des ganzen Aufenthaltes in der Praxis im Befehlston anherrscht und teilweise sogar beschimpft, sobald die beiden sich mit einem Buch oder Spielzeug beschäftigen. Der Kindergarten habe ihr dringend Ergotherapie für ihren jüngeren Sohn empfohlen, da der im Kindergarten an nichts teilnehmen wolle. Das könne sie zuhause gar nicht nachvollziehen, da nehme er immer teil, wenn etwas gespielt oder gemeinsam gemacht würde.

Oder die Pflegemutter, die jetzt endlich das seit Monaten von der Psychiatrie empfohlene Off-Label-Medikament verschrieben haben will, allerdings nicht bereit ist, mit der ebenfalls empfohlenen Koryphäe auf dem Gebiet der Grunderkrankung des Kindes zusammenzuarbeiten, da diese zu deutlich den Finger in die Wunde gelegt hat.

In diesen und einigen anderen Fällen hat mir dann der zweite und dritte Kontakt mit der Familie oder das Gespräch mit einem Dritten, der schon länger in die Unterstützung der Familie involviert ist, geholfen, ein Gespür für die Grundproblematik und auch meine Art der Hilfestellung zu entwickeln. Denn, wie gesagt, manchmal trägt ja auch der erste Eindruck.

Der nächste Schritt ist dann: Was fange ich an mit den Eindrücken, die ich gewonnen habe? Will ich etwas davon den Eltern transportieren, ist es mir noch zu früh, reicht das Vertrauensverhältnis schon aus? Können die Eltern damit umgehen oder brechen sie den Kontakt wieder ab? Damit wäre ja auch dem Kind nicht geholfen. Wollen die Eltern überhaupt Hilfe oder fühlen sie sich damit bevormundet? Kann eine Familie überhaupt das leisten, was ich vielleicht für nötig hielt oder ist es besser, dem Kind wenigstens die Unterstützung zu geben, die über Therapien möglich ist, anstatt gar nichts zu tun?

Das sind die Situationen und Fragen, mit denen ich als neu Niedergelassene zurzeit tatsächlich konfrontiert bin. Erst danach kommt das, was der Kinder- und Jugendpsychothera-

peut und -psychosomatiker als Erstes tut, wenn er das Kind kennenlernt, nämlich die saubere Diagnostik, um organische Ursachen auszuschließen. Ich setze sozusagen einen Schritt eher an und versuche zunächst, überhaupt die Behandlungsrichtung auszuloten.

Wenn ich dann den Eindruck habe, die Familie kann sich auf psychosomatische Ursachen und Behandlungswege einlassen, laufen Beratung und Abklärung, sei es Schilddrüsenfunktion, Eisenstoffwechsel, Schulleistungsprobleme etc. parallel an, gerne so, dass sich daraus weitere Kontakte mit der Familie ergeben, damit ich mehr Informationen zur Interaktion gewinne.

Das folgt in etwa dem, wie psychosomatische Grundversorgung gelehrt wird, nämlich, dass es sich um Ausschlussdiagnosen handelt, die erst nach mehreren Kontakten mit dem Patienten und gründlicher Abklärung aller in Frage kommenden Ursachen gestellt werden, damit man nicht vorschnell aufgrund eines subjektiven Eindruckes eine gut behandelbare Ursache übersieht.

### **APROPOS LEHRE: WIE HABE ICH EIGENTLICH PSYCHOSOMATIK GELERNT?**

Ehrlich gesagt musste ich erst im Bücherregal nachschauen, ob das Fach im Studium stattgefunden hat. Es gibt ein Buch aus dieser Zeit, also war es wohl Thema. Inhaltlich kann ich mich leider gar nicht daran erinnern, was man uns seinerzeit als Studenten mit auf den Weg gegeben hat. Eigentlich schade, denn der Blick für den ganzen Menschen ist gerade zum Berufsstart ja durchaus hilfreich.

Persönlich hatte ich dann das Glück, meine ersten Arbeitsmonate in einem Forschungsinstitut mit einer kleinen Spezialambulanz zu verbringen, was bedeutet: lange Terminzeiten für die einzelnen Patienten und regelmäßig wiederkehrende Termine. Also gute Bedingungen, Menschen ein Stück weit kennenzulernen und auch einen Eindruck zu gewinnen, wie die jeweilige Lebenssituation die Erkrankung und deren Bewältigung beeinflusst.

Danach habe ich in den regulären stationären Betrieb eines Krankenhauses der Normalversorgung in einer Stadt mit knapp 80.000 Einwohnern am Rande des Ruhrgebietes gewechselt und dort einen sehr menschlichen Chef angetroffen, der insbesondere sein Personal extrem gut kannte und immer mit viel Empathie geleitet hat. Wir konnten nicht nur fachlich jede Menge von ihm lernen, sondern auch zwischenmenschlich wachsen, was sich auf das Team durchgepaust hat. Das Resultat war, dass wir Patienten behandelt haben, nicht nur Diagnosen und wir mit den Menschen gesprochen haben und nicht nur Akten bearbeitet wurden.

Im Nachhinein ist das wohl schon mehr psychosomatischer Ansatz gewesen als heute an vielen Stellen üblich, jedenfalls hat es unseren Patienten in der Regel gutgetan und wir haben auch das ein oder andere Dankeschön bekommen (hat uns gut getan). Lösungen bietet man im Krankenhaus zugegeben wenig

an in diesem Bereich, aber den einen oder anderen Kontakt haben wir durchaus vermittelt, um Wege aufzuzeigen oder Hilfen zu bieten. Es gab ein hauseigenes SPZ, eine gute Beratungsstelle vor Ort und einen Kinder- und Jugendpsychiater, die immer wieder Patienten übernommen haben, wenn Begleitung nötig war. Nur als Krankenhausarzt verliert man dann den Kontakt und bekommt den weiteren Verlauf und die Entwicklung des Patienten nicht mehr mit.

All das aber Psychosomatik zu nennen und auch selber mit Lösungsansätzen aus dieser Richtung Kinder und Jugendliche zu begleiten, hat für mich dann im letzten Abschnitt der Weiterbildung begonnen, als ich in eine etwas größere und sehr umfangreich arbeitende Kinder- und Jugendmedizin-Praxis gewechselt bin. Denn hierhin tragen die Eltern tatsächlich alle ihre Sorgen und Nöte, erst recht, wenn keiner wirklich was findet beim Kind, aber das Problem nicht besser wird. Oft sind es dann eben die in der Akutsprechstunde mit einem Kurztermin eingetragenen Bauchschmerzen, die sich im Sprechzimmer dann als seit sechs Monaten und länger bestehend herausstellen und jetzt mal endlich aufhören müssen. Schwupp, sind wir mittendrin! Erst einmal vernünftig eine Anamnese erstellen: Was ist denn überhaupt los? Warum kommen sie erst jetzt, wenn das alles schon so lange geht? Wann bestehen die Schmerzen denn überhaupt, ja wohl kaum 24 Stunden am Stück? Wann hat das Kind keine Schmerzen? Und schon ist der Termin eigentlich rum, das Wartezimmer füllt sich unaufhörlich, aber des Pudels Kern ist noch nicht entdeckt.

Also: „Hausaufgaben“ für den Patienten, ein Tagebuch, ein Protokoll, ein Symptom-Checkheft, Fragebögen, auf jeden Fall der Versuch, die geschilderten Beschwerden für Kind, Eltern und mich besser zu kategorisieren und zu veranschaulichen. Außerdem ein neuer Termin für eine Blutabnahme, Ultraschall, Besprechung der „Hausaufgaben“, bitte mit etwas mehr Zeit, denn es braucht mehr Zeit, das Problem anzugehen, schließlich hat es sich auch über einen langen Zeitraum aufgebaut und angestaut.

Immer wieder stellen sich die Fragen: Wie viel kann ich im Rahmen der normalen Kinder- und Jugendarztpraxis leisten, abfangen, aufarbeiten? Wie viel Zeit kann ich dafür zur Verfügung stellen? Wann muss ich die Kinder abgeben an Kollegen, die in anderen zeitlichen Rahmenbedingungen arbeiten? Und wie kann ich möglichst effektiv und zügig an die Ursachen der Probleme herankommen und effektive, gut umsetzbare Hilfe anbieten?

Da setzen dann verschiedene Bücher an, die Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter beleuchten und vom Ansatz her erklären. Als Beispiel sei genannt die „Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie“, geschrieben von Autoren, die sich seit vielen Jahren intensiv mit dem Thema befassen und über große Erfahrung verfügen, es seien genannt Harald Bode, Uwe Büsching, Ulrich Kohns. Oder aber die „Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen“ von Reiner Frank und Burkart Mangold, die eher aus dem Blickwinkel der Kinder- und Jugendpsychiatrie an die Thematik herangehen. Bei Büchern muss meiner Meinung nach ja auch jeder immer

schauen, welche Art des Lehrbuchs gut zu ihm passt und sich angenehm lesen lässt, sodass Verständnis und Umsetzung der Inhalte in das eigene Verhalten in der Praxis stattfinden. Man findet auch noch weitere Werke von den oben genannten Autoren, da ist Spielraum für jeden, der nach Informationen sucht.

Mir hilft immer ganz besonders der Austausch mit anderen Kollegen, deren Lösungsstrategien und Erfahrungen zu hören, ihre Ratschläge und Empfehlungen für Fälle, die ich erlebe. Es ist immer was dabei, auf das ich so noch nicht gekommen bin, über das ich noch nicht nachgedacht habe, ein neuer Blickwinkel oder ein überraschend anderer Ansatz, als ich ihn bisher verfolgt habe. Dafür braucht es Qualitätszirkel, in denen immer wieder auch für solche Patientengeschichten Raum ist und Zeit für den Austausch untereinander gegeben wird – oder aber das Telefon und direkte Gespräch mit den Kollegen aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und den Beratungsstellen vor Ort sowie diverse Netzwerke, in denen der Kontakt zu Lehrern, Erziehern, Therapeuten und Familienhilfen stattfindet, die schon viel länger mit den betreffenden Familien arbeiten, als ich das bisher tue und daher über wertvolle Hinweise zum Sozialgefüge der Kinder und Jugendlichen verfügen.

Als sehr gewinnbringend für mich habe ich auch den Kurs zur Psychosomatischen Grundversorgung erlebt, den ich persönlich über den BVKJ in Bad Orb mitgemacht habe. Diese Veranstaltung wird geleitet von Menschen, die aus Sicht der Psychotherapie, Kinderneurologie, Pädiatrie und Psychosomatik, teils sogar in Rahmen einer Gemeinschaftspraxis, tagtäglich als Schwerpunktpraxen mit dieser Thematik umgehen und daher uns Teilnehmern nicht nur die Grundlagen nahebringen, sondern Ursache und Wirkung auch mit Beispielen und Verlaufsgeschichten veranschaulichen, Fallbeispiele zur Diskussion stellen, die Lösungsansätze der Teilnehmer den tatsächlich verfolgten Strategien gegenüberstellen und Alternativen zum bisherigen Denken aufzeigen.

Insbesondere wurde intensiv die Beziehung zwischen Denken, Empfinden und Urteilsbildung beleuchtet, hier sei auch beispielhaft auf die Lektüre von Werner Tiki Küstenmacher („Der Limbi“), Dr. H. H. Stavemann („Im Gefühlsdschungel“) und Th. Havener/Dr. M. Spitzbart („Denken Sie nicht an einen blauen Elefanten“) verwiesen; denn erst wenn wir verstehen, wie sehr unser erstes Gefühl beim Hören oder Erleben einer Situation unsere Bewertung und Einschätzung beeinflusst, können wir verstehen, wie so manche Reaktion eines Kindes entsteht und warum der Jugendliche sich plötzlich auf eine bestimmte Weise verhält.

Auch wird einem selbst gut klar, wie schnell wir uns als Arzt oft ein Urteil bilden, von dem wir vielleicht noch einmal einen Schritt zurücktreten müssen, um unseren Patienten besser und umfassender in den Blick zu nehmen.

Außerdem wandert dieser Kurs mit seinen Teilnehmern im Laufe einer sehr intensiven Woche quer durch alle Lebensbereiche eines Kindes, in der psychosomatische Beeinträchtigungen auftreten können – seien es die Schreiatteckungen der Jüngs-

ten, die als Regulations- und Interaktionsproblem wahrgenommen werden wollen oder die Trotzphasen der Kleinkinder, die ihre Grenzen einfordern, im Schulalter das vom Lehrer als ADHS den Eltern angetragene Leistungsproblem des Kindes, das die optimale Entlastung und Förderung braucht, seien es Über- oder Unterforderung oder eben tatsächlich ein Aufmerksamkeitsdefizit. Die vielen Verhaltensauffälligkeiten außerhalb der Schule, Einnässen, Impulsivität, im jugendlichen Alter oppositionelles oder selbstgefährdendes Verhalten, Ritzen, Essstörungen, alle diese Themen finden Platz und Raum in diesem Kurs und tragen sich hinein in den Austausch mit den Kollegen auch während der Pausenzeiten.

Aus meiner Sicht ein inhaltlich sehr sinnvoller Kurs – und man erwirbt eine Voraussetzung für die Zulassung zur Abrechnung, was sich dann ja erfreulicherweise auch auf das Zeitmanagement in der Praxis auswirkt. Den zweiten Teil dieser Zulassung, die Balinstunden, habe ich dann im Bereich der Erwachsenenmedizin erworben, aus Interesse und weil zu meinen Patienten in der Regel auch Eltern dazu gehören.

Soweit zum Rüstzeug, mit dem ich in meine Niederlassung gestartet bin und meinen Patienten gegenüber trete. Meine Beweggründe sind, denke ich, auch hinreichend deutlich geworden. Daher zum Abschluss ein paar Worte, wo ich die Psychosomatik in absehbarer Zukunft sehe: Gleichrangig mit jeder Blutabnahme, Allergiediagnostik oder Früherkennung, nur zeitintensiver und nicht so mathematisch eindeutig abzuarbeiten. Aber ähnlich, wie bei den Erwachsenen Burn-out und Erschöpfungssyndrome zunehmen, wird auch für die Kinder der Alltag immer komplexer und unübersichtlicher, gleichzeitig – habe ich zumindest oft das Gefühl – sind Eltern auch nicht mehr in der Lage, Orientierung und Werte zu vermitteln, weil sie ihnen selber ein Stück weit abhandengekommen sind. Und so wird ein Themenkreis, der früher mit einem klärenden Gespräch und der nötigen Konsequenz und Begleitung zuhause gut geregelt war, zum Kinderarzt getragen, in der Hoffnung, dieser möge schnelle Hilfe bieten, da ja gar keine Zeit ist, sich mit dem Problem auseinanderzusetzen. Wichtig ist, dass das Kind schnell wieder funktioniert und der Alltag unbehelligt weitergehen kann. So werden unsere Kinder zu den Ampelanlagen für die Schiefelage unserer gesellschaftlichen Situation und sollten deshalb spätestens an diesem Punkt auch deutlich wahrgenommen werden, wenn sie auf Rot schalten. Denn dann ist es wirklich Zeit, die Situation im Ganzen zu erfassen, damit das Kind oder der Jugendliche echte Auswege und Perspektiven bekommt.

Ich bin mir darüber im Klaren, dass das viel verlangt von Eltern und allen anderen, die mit den Kindern arbeiten, aber auch das ist meines Erachtens Erziehungsauftrag und unsere Verantwortung unseren Kindern gegenüber. Je mehr ein solches Verständnis sich wieder ausbreitet und je besser es im Erziehungsstil der Eltern wieder zum Tragen kommt, umso öfter sind Familien wieder kompetent und besser gewappnet gegen psychosomatische Beschwerden.

Und bis dahin übernehmen wir Kinder- und Jugendärzte, Psychotherapeuten, Psychiater, Neuropädiater, Therapeuten die Hilfestellungen, die Familien auf ihrem Weg brauchen, damit uns möglichst kein Kind und kein Jugendlicher verloren geht. Wir reservieren dafür unterschiedlich viel Zeit im Rahmen unserer Praxen, sicher auch nach persönlichem Dafürhalten und Einschätzen, aber ganz sicher mehr als noch vor einigen Jahren und in den nächsten Jahren auch noch in steigender Tendenz. Allerdings habe ich noch nicht erlebt, dass diese Zeit umsonst gewesen wäre: Bisher wurde immer etwas angestoßen und Veränderung konnte beginnen.

Wer es schlau anstellt, holt sich seine Genehmigung zur Abrechnung und bekommt seinen Einsatz auch ein bisschen bezahlt. Außerdem leben wir ja auch alle nicht nur von der Bezahlung, sondern ein wenig auch davon, unsere Patienten möglichst gesund aufwachsen zu sehen und ein kleines Stück ins Leben begleiten zu dürfen, sonst würden wir ja auch keine Vorsorgen machen. So spricht zumindest die noch neu in die Niederlassung Gestartete, die sich damit ihren Traum verwirklicht hat und jetzt genau das macht, was sie immer tun wollte – und hoffentlich auch noch viele Jahre mit dem gleichen Enthusiasmus und der gleichen Freude wie derzeit gestalten wird. Denn unsere Patienten wachsen immer neu nach, da kann eigentlich keine Gewöhnung stattfinden, und irgendwie ist doch jedes Kind ein bisschen anders und immer Unikat. Gespannt bin ich auf die Veränderungen, die ich an den Eltern erleben werde und wie sich Familie und Erziehung in Zukunft darstellen wird – hoffentlich kindgerecht.

■ *Dr. Maris Thannhäuser*  
*Allgemeine Pädiatrie, Asthma und Allergien im Kindes- und Jugendalter*  
*Einzelpraxis Kinderarzt in Altena*  
*Lennestraße 84*  
*58762 Altena*  
*Tel.: 02352 3370770*  
*info@kinderarztinaltena.de*

Literatur bei der Verfasserin.



# Autorenverzeichnis

Sigrid Aberl  
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
und Psychotherapie  
Chefärztin der Kinder- und Jugendpsychosomatik  
am Klinikum Schwabing  
Städtisches Klinikum München GmbH  
Thalkirchner Straße 48, 80337 München  
sigrid.aberl@klinikum-muenchen.de

Michael Achenbach  
Kinder- und Jugendarzt  
Kaiserstraße 17, 58840 Plettenberg

Dipl. Psych. Béla Bartus  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut  
Fachpsychologe Diabetes (DDG)  
Die Filderklinik  
Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt-Bonlanden  
b.bartus@filderklinik.de

Prof. Dr. Harald Bode  
Kinder- und Jugendarzt  
Leiter Sektion SPZ und Pädiatrische Neurologie  
der Universitätsklinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Frauensteige 10, 89075 Ulm  
harald.bode@uniklinik-ulm.de

Prof. Dr. med. Burkhard Brosig  
Kinder- und Jugendarzt  
Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie –  
Abteilung Familien-; Kinder- und Jugendpsychosomatik  
Universitätsklinikum Gießen  
Feulgenstraße 12, 35392 Gießen

Dr. med. Uwe Büsching  
Kinder- und Jugendarzt  
Kinder und Jugendarzt  
Mitglied des Vorstandes im BVKJ  
Beckhausstraße 165, 33611 Bielefeld  
uwe.buesching@uminfo.de

Prof. Dr. med. Andrea Caby  
Kinder- und Jugendärztin  
SPZ und Klinik für Kinder- u. Jugendpsychiatrie,  
-psychotherapie und -psychosomatik am Marien Hospital  
Papenburg-Aschendorf  
Hauptkanal re. 75, 26871 Papenburg

Dr. Folkert Fehr  
Kinder- und Jugendarzt, Neuropädiater  
Gemeinschaftspraxis für Kinder- und Jugendmedizin  
Karlsplatz 5, 74889 Sinsheim an der Elsenz

Dr. med. Alfred Freund  
Kinderarzt- und Jugendarzt  
Schwerpunkt Neuropädiatrie ZB Psychotherapie –  
ZB Akupunktur  
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin  
Berliner Allee 82, 13088 Berlin  
praxis@kinderarzt-freund.de

Prof. Dr. med. Oliver P. Fricke  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Universität Witten/Herdecke  
und Abteilung für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie  
des Kindes- und Jugendalters, Gemeinschaftskrankenhaus  
Herdecke  
Gerhard-Kienle-Weg 4, 58313 Herdecke

Dr. med. Tanja Yvette Gieler  
Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie –  
Abteilung Familien-; Kinder- und Jugendpsychosomatik  
Universitätsklinikum Gießen  
Feulgenstraße 12, 35392 Gießen

Prof. Dr. med. Uwe Gieler  
Facharzt für Dermatologie- und Allergologie  
Klinik für Dermatologie und Allergologie – Klinik  
für Psychosomatik und Psychotherapie  
Gaffkystraße 14, 35392 Gießen

Dr. med. Gudrun Jacobi  
Kinder- und Jugendärztin  
Schwerpunkte: Neuropädiatrie, Kinder- und  
Jugendpsychotherapie  
(Arbeitskreis psychosomatische Medizin und Psychotherapie,  
Freiburg; ärztliche Akademie für Psychotherapie von Kindern  
und Jugendlichen, München); Balintgruppenleiterin (Dt. Balint  
Ges.), systemische Therapeutin und Familientherapeutin (DGSF)  
Wiederholdstraße 24, 70174 Stuttgart

Dr. med. Petra Kapaun  
Kinder- und Jugendärztin  
Psychotherapie für Kinder und Jugendliche  
Hoheluftchaussee 36, 20253 Hamburg  
praxis@kinderaerzte-hoheluftchaussee.de

Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller  
Kinder- und Jugendarzt  
Chefarzt des Fachbereiches Kinder- und Jugendmedizin  
DKD Helios Klinik  
Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden  
klaus-michael.keller@helios-gesundheit.de

Dr. med. Markus Krüger  
Kinder- und Jugendarzt  
Kinder-Pneumologie  
Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie  
Die Filderklinik  
Im Haberschlag 7, 70794 Filderstadt-Bonlanden



Prof. Dr. med. Volker Mall  
Kinder- und Jugendarzt  
Sozialpädiater und Ärztlicher Direktor des Kinderzentrums  
München  
Kbo Kinderzentrum München gGmbH  
Heiglhofstraße 63, 81377 München  
volker.mall@kbo.de

Dr. med. Bodo Müller  
Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie  
Ärztlicher Direktor St. Marien-Hospital Düren gGmbH  
Hospitalstraße 44, 52353 Düren  
bmueller.smh-dn@ct-west.de

Dr. med. Ulrike Müller  
Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie –  
Abteilung Familien-; Kinder- und Jugendpsychosomatik  
Universitätsklinikum Gießen  
Feulgenstraße 12, 35392 Gießen

Dr. med. Esther M. Nitsche  
Kinder- und Jugendärztin  
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin  
Kinderendokrinologie und Neonatologie  
Lindenstraße 13, 23558 Lübeck  
em\_nitsche@arcor.de

Prof. Dr. med. Franz Petermann  
Klinischer Psychologe  
Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation  
der Universität Bremen  
Grazer Straße 6, 28359 Bremen

Prof. Dr. med. Thomas Reinehr  
Kinder- und Jugendarzt  
Chefarzt der Abteilung für Pädiatrische Endokrinologie,  
Diabetes und Ernährungsmedizin  
Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln  
Universität Witten/Herdecke  
Dr.-F.-Steiner-Straße 5, 45711 Datteln  
T.Reinehr@kinderklinik-datteln.de

Prof. Dr. med. Ronald G. Schmid  
Kinder- und Jugendarzt  
Zentrum für Kinder und Jugendliche  
Vinzenz-von-Paul-Straße 14, 84503 Altötting  
mail@kinderzentrum.de

Dr. med. Christian Steuber  
Kinder- und Jugendarzt  
Kindergastroenterologie, Psychotherapie  
Praxis: Georg-Gleistein-Straße 93, 28757 Bremen  
Klinik: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin  
Klinikum Links der Weser  
Senator-Weßling-Straße 1, 28277 Bremen

Dr. med. Kirsten Stollhoff  
Kinder- und Jugendärztin  
Neue Große Bergstraße 7, 22767 Hamburg  
stollhoff@gmx.de

Dr. med. Dipl. Psych. Harald Tegtmeier-Metzdorf  
Kinder- Jugendarzt  
Praxis für Allgemein- und Neuropädiatrie und Psychotherapie  
Ausschusssprecher Psychosomatik und Psychotherapie im BVKJ  
Kemptener Straße 28, 88131 Lindau  
dr.harald-tegtmeier@t-online.de

Dr. med. Maria Thannhäuser  
Kinder- und Jugendärztin  
Allgemeine Pädiatrie, Asthma und Allergien im Kindes- und  
Jugendalter  
Einzelpraxis Kinderarzt in Altena  
Lennestraße 84, 58762 Altena  
info@kinderarztinaltena.de

Dr. med. Dipl. Phys. Paul Vosschulte  
Kinder- und Jugendarzt  
Coerdeplatz 10, 48147 Münster  
pvosschult@aol.com

Dipl.-Psych. Ute Waschescio  
Psychologische Psychotherapeutin  
Dozentin, Supervisorin und Lehrtherapeutin  
für psychodynamische Therapie/Psychoanalyse  
Freie Mitarbeiterin der Landesfachstelle Essstörungen NRW  
Psychotherapeutische Praxis in Bielefeld  
Deckertstraße 9, 33617 Bielefeld

Dr. med. Alfred Wiater  
Kinder- und Jugendarzt/Schlafmedizin  
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung  
und Schlafmedizin (DGSM)  
Schimmelpfengstraße 2, 34613 Schwalmstadt-Treysa

Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain  
Diplom-Pädagogin  
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des  
Universitätsklinikums Ulm  
ute.ziegenhain@uniklinik-ulm.de



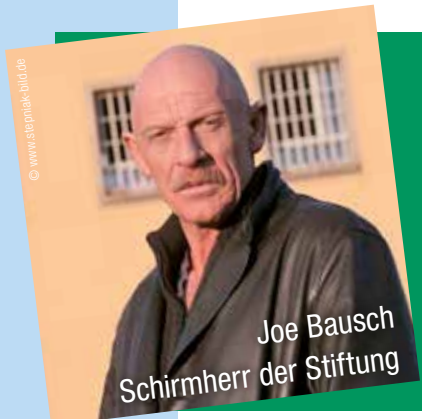


Einfach und schnell spenden unter:  
[www.stiftung-kind-und-jugend.de](http://www.stiftung-kind-und-jugend.de)

## Stiftung Kind und Jugend

Die „Stiftung Kind und Jugend des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e.V.“ unterstützt innovative Projekte, die

- am Bedarf der Kinder- und Jugendarztpraxen orientiert sind,
- praxisnahe, kinder- und jugendmedizinische Themen aufgreifen und
- zur Qualitätssicherung in der ambulanten kinder- und jugendärztlichen Versorgung beitragen.



© www.stepiak.bio.de  
Joe Bausch  
Schirmherr der Stiftung

„Die Stiftung verfolgt das Ziel, durch Optimierung der Behandlung von körperlichen und psychischen Störungen die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zu verbessern und die Bereitschaft zu Impfungen bei allen Eltern zu fördern.“

Bisher geförderte, beispielhafte Projekte:

- **Präventionsprojekte**, wie die BLIKK-Studie (Bewältigung-Lernverhalten-Intelligenz-Kompetenz-Kommunikation) zum Umgang von Kindern und Jugendlichen mit Medien und deren Auswirkungen auf die Entwicklung
- **Begleitung wissenschaftlicher Studien**, wie die Studie „Repräsentative Befragung zu den Erziehungsmethoden bei Kindern und Jugendlichen“ – Vergleich der Einstellungen zur Gewalt gegen Kinder bzw. innerhalb der Erziehungsmethoden mit früheren Untersuchungen
- **Projekte, die frühe Bildung aller Kinder unabhängig vom Elternhaus fördern**, wie Theater auf Rezept, weil Bildung und Gesundheit in wechselseitiger Beziehung stehen

**Unterstützen auch Sie durch eine Spende die Aktivitäten der Stiftung oder werden Sie Fördermitglied der Stiftung Ihres Berufsverbands!**

### Kontakt:

Stiftung Kind und Jugend des BVKJ  
Vanessa Lutterodt  
Mielenforster Str. 2  
51069 Köln  
0221/6890932  
[stiftung.bvkj@uminfo.de](mailto:stiftung.bvkj@uminfo.de)

### Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE 79 3702 0500 0001 4074 41  
BIC: BFSWDE33XXX

Für den Vorstand Dr. Ulrich Kohns

bvKJ.