

## PSYCHIATRIE HEUTE

### Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

### ZUR PSYCHOSOMATIK IM KINDES- UND JUGENDALTER

Seelische Belastungs- oder gar psychosoziale Überlastungs-Zustände können sich in allen Altersstufen auch durch körperliche Beschwerden ausdrücken. Da braucht es spezielle psychodiagnostische Kenntnisse und therapeutische Fähigkeiten, vor allem in der Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters. Entsprechende Symptom-Stichworte sind beispielsweise Schrei-, Schlaf- und Fütter-Störungen, Durchfälle oder Verstopfung im Rahmen der Sauberkeits-Erziehung, körperliche Schmerzen sowie hypochondrische Krankheitsängste. Und nicht zuletzt das vielschichtige und schwer durchschaubare Phänomen der Komorbidität, d. h. wenn eine Krankheit zur anderen kommt, beispielsweise zusätzlich Angst- und depressive Störungen. Was gilt es zu wissen und wo kann man ggf. therapeutisch ansetzen? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

#### **Erwähnte Fachbegriffe:**

Psychosomatik – Psychosomatik im Kindesalter – Psychosomatik im Jugendalter – Schrei-Störung – Schlafstörung – Fütter-Störung – Ess-Störung – Durchfälle – Verstopfung – Bauchschmerzen – Einnässen – Einkoten – körperliche Schmerzen – hypochondrische Krankheitsängste – psychosomatische sowie Angst- und depressive Störungen – Ursachen und Krankheitsverlauf bei psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter – Therapeutische Möglichkeiten – u. a. m.

In jedem Alter können sich seelische Belastungs- und Überforderungs-Zustände in körperlichen Beschwerden ausdrücken. Das ist häufiger als man denkt. Aus der Sicht der Allgemeinärzte, vor allem mit hausärztlicher Aufgabe, spricht man von etwa 20 bis 25 %, die an Symptomen leiden, die einer so genannten somatoformen oder funktionellen Störung zugeordnet werden können. Einzelheiten zu den Fachbegriffen siehe die entsprechenden Beiträge in dieser Serie.

Das bezieht sich vor allem auf die Generation der Erwachsenen. Wie aber steht es mit Kindern und Jugendlichen? Sind die etwa auch schon davon betroffen? Und wenn ja, was sind die Ursachen, Hintergründe, besonderen Belastungsformen und vor allem die entsprechenden körperlichen Beschwerden, die eine seelische bzw. psychosoziale Ursache haben sollen. Dazu eine kurz gefasste Übersicht aus einem Weiterbildungs-Artikel in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 4 (2017) 375 von den Experten T. Storck, S. Färber und Y. Izat (Einzelheiten siehe am Schluss dieses Beitrages).

## **Psychosomatische Aspekte der kindlichen Entwicklung**

Die Frage lautet: Welche körperlichen Bereiche sind im Kindes- und Jugendalter besonders empfindlich, was entsprechende Belastungen durch psychogene (seelisch ausgelöste bzw. verursachte) Einflussfaktoren betrifft? Dazu folgende Überlegung:

In der frühen Phase nach der Geburt lassen sich einzelne psychosomatische Bereiche des Neugeborenen nicht sichtbar voneinander unterscheiden, d. h. es ist keine scharfe Trennung zwischen seelischen und körperlichen Ausdrucksformen möglich. Besonders bedeutsam aber sind Schreien, Schlafen und Essen (Füttern), alle elterlich unterstützt und abhängig von Temperament und zwischenmenschlicher Beziehung.

- Ein häufiges und allseits belastendes Phänomen ist *exzessives Schreien*, als „Schrei-Störung“ bezeichnet. Das heißt, dass ein Kind ab der 14. Lebenswoche gemäß einer so genannten „Dreierregel“ über mindestens drei Stunden am Tag mindestens drei Tage pro Woche über mindestens drei Wochen hinweg ungewöhnlich viel schreit.
- Die *Schlafstörung* betrifft Einschlafstörungen (mehr als eine halbe Stunde, trotz elterlicher Unterstützung) oder Durchschlafstörung (Wachwerden 3-mal pro Nacht oder häufiger) ohne sofortiges Wiedereinschlafen, selbst bei elterlicher Hilfe.
- Die *Fütter-Störung* bei Säuglingen bezieht sich auf erhöhte Fütterungszeiten von mehr als 45 Minuten Dauer im Abstand von weniger als zwei Stunden. Bei älteren Kindern pflegt dies auch ein unangemessener Zusammenhang oder eine besondere Auswahl des Essens zu sein. Dazu ggf. häufiges Erbrechen, Regurgitation (wieder Hervorwürgen, z. B. von Speisen), Rumination (Wiederkäuen) sowie die komplette Nahrungsverweigerung und der damit verbundene Gewichtsverlust bzw. eine Gedeih-Störung.

Als potentiell psychosomatisch spricht man deshalb von diesen Störungen, weil sie natürlich im Zusammenhang mit der frühen Eltern-Kind-Beziehung stehen, d. h. auf familiendynamischen Aspekten basierend (auch mehrere Gene-

rationen betreffend). So kann beispielsweise ein dauerhaft belasteter Säugling auch ein so genannter Symptomträger des (gestörten) Familien-Systems sein.

Solche frühen psychosomatisch begründeten Belastungen sind erwartungsgemäß keine zeitlich begrenzten Phänomene, sondern können auch die Regulierung von Affekt-(Gemüts-) bzw. Spannungszuständen in weiteren Lebensphasen beeinflussen. Das gilt sowohl für das Ess-Verhalten und Schlafstörungen (was noch am ehesten einzusehen ist) als auch das exzessive frühkindliche Schreien, was sich dann aber auch in anderen psychosomatisch interpretierbaren Störungen äußern kann, z. B. in funktionellen körperlichen Beschwerden ohne organische Ursache.

### **Durchfälle oder Verstopfung im Rahmen der Sauberkeits-Erziehung?**

Die Sauberkeits-Erziehung ist ein wichtiger frühkindlicher Faktor, der – fehlgefallen – durchaus psychosomatisch interpretierbare Störungen nach sich ziehen kann. Denn durch die Ernährungs-Umstellung ist der Organismus ja Veränderungen ausgesetzt, an die sich auch andere psychosomatische Konflikte und Belastungen anheften können.

Beispiele: Kindliche Unsicherheit oder Ängstlichkeit, vor allem im Zusammenhang mit der Kontrolle der Ausscheidungsfunktionen („aufs Töpfchen gehen“). Das kann zum Risikofaktor werden, d. h. den Stuhlgang übermäßig lange zurückzuhalten und mit der Folge: Verstopfung. Daran schließen sich ggf. (Bauch-)Schmerzen an, z. B. bei der Defäkation (Stuhlgang). Und damit wiederum ggf. Unsicherheit, Ängste etc.

Später können dann hier auch die (Erwachsenen-)Symptome Enuresis (Bett-nässen, d. h. unwillkürliches Einnässen) und Enkopresis (Einkoten, d. h. willkürliches oder unwillkürliches Absetzen von Stuhl) folgen. Und dies häufig in eine so genannte Affekt-Regulierung (s. u.) im Rahmen psychosozialer Konflikte eingebettet.

### **Körperliche Schmerzen**

Eine gemütsmäßige Unausgeglichenheit bzw. sonstige so genannte affektive (Gemüts-)Zustände bzw. Störungen äußern sich im Kindes- und Jugendalter nicht selten in Form körperlicher Schmerzen. Dies vor allem im Rahmen von zwischenmenschlichen, also meist Beziehungs-Konflikten. Dabei geht es nicht um eingebildete oder gar vorgespielte Schmerzen, sondern um echte körperlichen Schmerz-Beeinträchtigungen, jedoch als Ausdrucksform einer seelischen, vor allem gemütsmäßigen Belastung.

So sollen rund 10 % im Vorschulalter über Bauchschmerzen und ein vergleichbarer Prozentsatz im Jugendalter über Kopfschmerzen klagen. Im Vor-

schulalter sind beide Geschlechter etwa gleich häufig betroffen. Später finden sich diese Belastungen öfter bei Mädchen, die ohnehin zu einer stärker externalisierenden Bewältigungs-Strategie psychischer Spannungszustände neigen, sprich eher nach außen als „inner-seelisch“ nach innen und damit oft psychosomatisch ausgedrückt.

Bei den chronischen bzw. häufig auftretenden Bauchschmerzen (begleitet von Übelkeit) handelt es sich nicht selten um den psychosomatischen Ausdruck fehlender Möglichkeiten, intensive Gemütsregungen psychisch oder zwischenmenschlich ausreichend zu regulieren.

In der Mehrzahl der Fälle treten aber körperliche Belastungen in der Jugend eher als Kopf-, denn als Bauchschmerzen auf, oft gemeinsam mit Muskelschwäche und Erschöpfung. Hier handelt es sich also nicht selten um zwischenmenschliche (Beziehungs-)Konflikte.

### **Hypochondrische Krankheitsängste**

Hypochondrische Ängste sind im Kindes- und Jugendalter ebenfalls nicht selten, je älter, desto häufiger. Als ein wichtiger Risikofaktor gilt beispielsweise ein körperlich schwer erkrankter oder (verstorbener) Elternteil. In ihren Grundzügen ist also diese Krankheits-Angst nicht pathologisch (krankhaft), sondern wird es erst im Zuge einer „aus dem Ruder laufenden psychosozialen Überforderung“.

### **Komorbidität – wenn eine Krankheit zur anderen kommt**

Die Frage der Komorbidität ist selbst im Erwachsenenalter oftmals schwierig zu entscheiden, im Kindes- und Jugendalter umso mehr. Besonders häufig sind zusätzlich Depressionen sowie Angst- und Zwangsstörungen.

– *Angst- und depressive Störungen* sind bei Jugendlichen und Heranwachsenden auffallend oft mit vielfältigen somatoformen oder funktionellen Beschwerden verbunden. Das betrifft vor allem Asthma bronchiale, Migräne, Magen-Darm-Symptome und Allergien, je nach Kombination ein bis drei Viertel der jungen Patienten. Hier gibt es allerdings unterschiedliche Ansichten: Manche Experten begreifen Angst und Depression eher als Risikofaktoren für die dann zusätzlich folgenden funktionell-somatischen Symptome, andere als reine Kombination.

Gesamthaft kann aber davon ausgegangen werden, dass das Vorliegen eines oder mehrerer funktionell-somatischer Symptome in Kindheit und Jugend in signifikanter Weise mit dem Vorhandensein wiederkehrender ängstlicher oder depressiver Symptome verknüpft ist, ausgehend von beispielsweise schwer zu bewältigenden Trennungs-Ängsten und Ablösungs-Prozessen.

– *Zwangsstörungen* im Kinder- und Jugendalter gehören zu den häufigeren Beschwerdebildern (1 bis 3 %). Sie werden als Versuch interpretiert, dort auf Kontroll- und Ordnungsstrukturen zurückzugreifen, wo gemütsmäßiger Kontrollverlust droht, also gleichsam ein Entlastungs-Versuch gegenüber gemütsmäßigen Spannungszuständen.

### **Häufigkeits-Angaben**

Wenn man eine möglichst exakte Häufigkeit angeben will, muss man auch auf eine möglichst exakte Nosologie (Krankheitslehre) und entsprechend beschreibende Nosographie zurückgreifen können. Das aber ist gerade in diesem Fall besonders schwierig und auch durch die international ton-angehenden Institutionen wie Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) und der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA) mit dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5<sup>®</sup>) noch immer nicht befriedigend gelöst.

Unabhängig von offenen Fragen leidet aber offenbar ein Drittel der Kinder- und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung in verschiedenen nord- und mitteleuropäischen Ländern an mindestens einer unklaren körperlichen Beschwerde. Bei somatoformen Symptomen (also einzelnen körperlich erlebten, im Grunde aber seelischen Krankheitszeichen) im Kindes- und Jugendalter spricht man von 25 bis 30 %, in einigen Studien etwas weniger, in anderen aber deutlich mehr. Außerdem gilt es nicht selten nicht nur eine, sondern zwei oder gar mehr ausgeprägtere Störungen zu ertragen. Und das schon zu Beginn eines Lebenslaufs.

Im Vorschulalter sind beide Geschlechter annähernd gleich häufig betroffen, danach verschiebt sich die Häufigkeitsverteilung zu Lasten der Mädchen immer ausgeprägter.

### **Ätiopathogenese – Ursachen und Krankheitsverlauf**

Auf die Frage: auf was geht das alles zurück und welchen Einfluss hat der weitere Krankheits-Verlauf, gibt es eine ganze Reihe von Hypothesen, die von den Experten diskutiert (und von Nicht-Experten nicht immer sofort verstanden) werden. Beispiele aus psychoanalytischer Sicht: „Affekt-Äquivalente“, „objekttheoretische Perspektiven“ u. a.

Ein wichtiger Faktor, der derzeit häufig diskutiert wird, ist die so genannte Alexithymie, die „Gefühlsblindheit“. Sie wird meist als Störung der kognitiven (geistigen) Verarbeitung von Emotionen (Gefühlszuständen) begriffen. Vor allem in der psychoanalytischen Fachwelt oft in Zusammenhang mit psychoso-

matischen Erkrankungen gesehen. Weitere Aspekte sind eine Überlastung im Bereich des Gefühlslebens oder eine folgenreiche Trennungsangst (real oder befürchtet gegenüber primären Bezugspersonen, also vor allem der Mutter) etc.

So genannte Bindungs-theoretische Perspektiven psychosomatischer Störungen im Kindes- und Jugendalter stellen vor allem die Beziehung zu Mutter, Vater oder sonstigen wichtigen Bezugspersonen in den Vordergrund. Ist die elterliche Feinfühligkeit zum Beispiel durch seelische Erkrankung eines Elternteils eingeschränkt, so liegt ein Risikofaktor für eine unsichere Bindung vor bzw. muss das Kind unterschiedliche Entwicklungsaufgaben gleichsam alleine bewältigen. Das beginnt mit frühen gemütsmäßigen Austauschprozessen über Blick, Stimme und Berührung (Stichwort: Bereitstellung eines „sicheren Hafens“) und geht über die beginnenden sprachlichen Kontakte bis zu dem weiten Feld der übrigen zwischenmenschlichen Beziehungs-Angebote.

In kognitiv-verhaltenstherapeutischer Hinsicht diskutiert man vor allem einen Zusammenhang zwischen Vulnerabilitäts- und Trigger-Faktoren, was den Ausbruch funktioneller Störungen betrifft. Will heißen: seelische Verwundbarkeit oder entsprechende Auslöser im zwischenmenschlichen Bereich. Hier kann es dann im negativen Fall zu einer Fehlanpassung im Sinne einer verzerrten, vor allem katastrophisierenden Verarbeitung kommen, die dann ggf. in eine so genannte somatoforme (psychosomatisch interpretierbare) Anpassungsstörung mündet – mit allen Folgen entsprechender seelischer Belastungs- bzw. Überlastungs-Reaktionen.

### **Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie-Strategie**

Ist es schon schwer, entsprechende Symptome und ihre psychosozialen Folgen in diesem Bereich auf Erwachsenen-Ebene zu erkennen, zu behandeln und gegen eine Rückfallgefahr abzusichern, wird es natürlich im Kindes- und Jugendalter noch komplexer. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur. Nachfolgend nur einige Stichworte dazu.

Wichtig ist beispielsweise das, was die Experten Individuation nennen, d. h. die (ggf. therapeutisch gestützte) Entwicklung eines Menschen zur eigen- und selbstständigen Persönlichkeit. Im Weiteren das, was wissenschaftlich eine Affekt-Wahrnehmung und Affekt-Regulation genannt wird, d. h. die Fähigkeit seine Gefühle zu registrieren und zu regulieren, notfalls eben auch zu korrigieren. Dazu hilft von Seiten der Experten dann die Exploration (das diagnostische und therapeutische Gespräch) bzw. die eingehende und systematische Befragung zur Ermittlung der aktuellen Beschwerden, zu Lebensgeschichte und krankhaften Auffälligkeiten, vor allem jener Konflikte, die dem auffälligen Leiden zugrunde liegen (könnten).

Das ist – man kann es sich denken – schon bei Erwachsenen nicht ohne Schwierigkeiten, bei Heranwachsenden umso mehr. Bei Jugendlichen oder gar Kindern braucht es eine spezielle Ausbildung und vor allem fachlich fundierte diagnostisch-therapeutische Vorgehensweise. Denn eine solche Säuglings-/Kleinkind-Eltern-Psychotherapie erzwingt sehr speziellen Bedingungen, weil es nicht nur das Kleinkind, sondern beispielsweise auch die Mutter betrifft.

Dazu nur einige Behandlungs-Stichworte in Fachbegriffen: Mentalisierungs-Fähigkeit bzw. Symbolisierungs-Vermögen, Aushalten-Können von Getrenntheit etc. Durchaus ergiebig sind in der analytischen Kinderbehandlung auch das (freie) Spiel oder andere gestalterische Elemente, die vor allem die Phantasie und das Nachdenken über die innere und soziale Welt fördern können.

Weitere Aspekte, wieder nur in Fachbegriffen, sind die mentalisierungs-basierte Therapie und das Bemühen um eine normale Identitäts-Entwicklung, um insbesondere das Gefühl der befürchteten Getrenntheit von der Bezugsperson zu neutralisieren. Interessant auch die Behandlungsansätze der „bindungs-basierten Psychotherapie“. Hier besonders die entwicklungs-psychologische Beziehungstherapie.

In der Verhaltensmedizin geht es kognitiv-verhaltenstherapeutisch um die Frage nach der Krankheits-Bewältigung bzw. nach dem psychischen Erleben und dem Umgang mit körperlichen Symptomen, bei denen der Arzt „nichts Krankhaftes findet“, was besonders behutsam interpretiert werden sollte.

Schließlich sind auch so genannte systemisch-familientherapeutische Aspekte zu berücksichtigen. Dabei erweist sich nach entsprechender Untersuchung nicht selten, dass sich manche Kinder/Jugendliche als so genannte Symptom-Träger familiärer(!) Konflikte erweisen. Oder kurz: Probleme hat die Familie, krank reagiert ein eigentlich gesundes Mitglied, gleichsam stellvertretend.

Hier ergeben sich natürlich noch weitere Behandlungsziele, die sogar einen Forschungs- bzw. Arbeitsbereich namens Familien-Psychosomatik nahelegen.

**Grundlage dieses Beitrags** ist der Weiterbildungs-Artikel *Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters* von Professor Dr. T. Storck und Dr. Svenja Färber (Klinische Psychologie und Psychotherapie Psychologische Hochschule Berlin) und Dr. Yonca Izat (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters, Vivantes Klinikum in Friedrichshain, Berlin) in der Fachzeitschrift *Psychotherapeut* 4 (2017) 375. Dort auch entsprechendes Literaturverzeichnis, das auch deutschsprachige Publikationen berücksichtigt.