

# Die Arzt-Eltern-Beziehung bei Kindern und Jugendlichen mit funktionellen, dissoziativen und Somatisierungsstörungen



**Prof. Dr. med. Dipl.- Psych. Rainer G. Siefen**  
Klinik für Kinder und Jugendmedizin  
der Ruhr- Universität Bochum  
5. Ruhrgebietskongress zur Kinder- und  
Jugendgesundheit 09.03.2019

# Medizinisch nicht erklärte Symptome

Ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen leidet nach Noeker (2007) an körperlichen Beschwerden, für die sich ärztlicherseits keine ausreichende medizinische Erklärung findet.

Von diesen Kindern und Jugendlichen aber entwickelt wiederum nur ein Drittel funktionelle oder ähnliche Störungen.

# Die Kommunikation zwischen Arzt und Eltern psychosomatisch kranker Kinder als Herausforderung:

Dissoziative Störungen gehen nach Brunner (2012, S. 8) oft einher mit :

- einem speziellen Krankheitsverhalten der Kinder und Jugendlichen und ihrer Eltern,
- wiederholter unangemessener Inanspruchnahme medizinischer Dienste,
- mangelnder Krankheitseinsicht,
- schwierigen Arzt-Patient-Beziehungen.

## Die Rolle der Eltern bei der somatischen Belastungsstörung ist zentral (DSM-5 (2015, S. 426 - 427):

- Die Reaktion der Eltern auf die Symptome wirkt sich auf den Leidensdruck der Kinder aus.
- Die Eltern entscheiden über die Bewertung der Symptomatik.
- Die Eltern entscheiden über
  - Fernbleiben von der Schule,
  - medizinisches Inanspruchnahmeverhalten.
- Die Empfehlung, sich an Spezialisten für psychische Erkrankungen zu wenden kann zu Überraschung oder gar offener Ablehnung führen.

# Die „Eltern“ gibt es nicht. Ärzte müssen sich einstellen auf - orientiert an der Verteilung in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland - auf

- Psychisch kranke Eltern (25%),
- Körperlich kranke Eltern (15-20%),
- Eltern mit geringem Einkommen (z. B. Hartz IV) (10-15%),
- Eltern mit persönlichem oder familiärem Migrationshintergrund (30-35%),
- Alleinerziehende Eltern (15-20%),
- Eltern mit funktionellem Analphabetismus (10%).

(Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) ,2019, Greiner et al, 2018, Jachertz, 2013, Jacobi et al.2014, Jacobi et al. 2016 , Mack et al. 2014, Tophoven et al. 2016,ZEIT ONLINE, 2018)

## Eltern sind meist nicht allein: Die Arzt-Patient-Beziehung wird bei Kindern und Jugendlichen mitgestaltet von:

- Den Kindern oder Jugendlichen als Patienten selbst,
- Mutter und Vater und/oder Stiefvater und Stiefmutter, also aktuellen Partnern der Eltern,
- Geschwistern, Großeltern, Stiefgroßeltern, anderen Verwandten,
- Freunden, Bekannten der Eltern, Dolmetschern,
- Kindergärtner/innen, Lehrer/innen, Integrationshelfern/innen, Schulsozialarbeitern/innen,
- mitbehandelnden Ärzten und Therapeuten und Behandlungsteams,
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern anderer Institutionen.

## Partizipative Entscheidungsfindung anstreben: „shared decision-making“ (Köhle, 2016 S. 16)

- Kranke (und Eltern *RGS*) müssen in Entscheidungsprozesse einbezogen werden.
- Eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung ist die Basis.
- Für den Patienten muss die bestgeeignete Behandlung gefunden werden.
- Der Arzt bringt in diesen Prozess sein klinisches Urteil und wissenschaftliche Evidenz ein.
- Patienten (und Eltern *RGS*) teilen Bedenken und Einwände mit.
- Unterschiedliche Krankheits- und Zielvorstellungen sind mit den Eltern abzugleichen.
- Es ist wichtig, die Lebenssituation des Patienten, seine individuellen Belastungen und Ressourcen einzubeziehen.

# F45 Somatoforme Störungen

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



# F44 Dissoziative Störung (Konversionsstörungen)

- F44.0 Dissoziative Amnesie
- F44.1 Dissoziative Fugue
- F44.2 Dissoziativer Stupor
- F44.3 Trance- und Besessenheitszustände
- F44.4 Dissoziative Bewegungsstörungen
- F44.5 Dissoziative Krampfanfälle
- F44.6 Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
- F44.7 Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen, gemischt)

## F44.8 Sonstige Dissoziative Störung (Konversionsstörungen)

- F44.80 Ganser-Syndrom
- F44.81 Multiple Persönlichkeitsstörungen
- F44.82 Transitorische Dissoziative Störungen  
(Konversionsstörungen) in Kindheit und Jugend
- F44.88 Sonstige Dissoziative Störungen  
(Konversionsstörungen)
- F44.9 Dissoziative Störungen (Konversionsstörung) nicht  
näher bezeichnet

# F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

- F43.0 Akute Belastungsreaktion
- F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung
- F43.2 Anpassungsstörungen
- F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen
- F43.9 Reaktionen auf schwere Belastungen, nicht näher bezeichnet.

# Subjektive Krankheitstheorien (Laientheorien) (Furnham, Kirkcaldy und Siefen 2013)

1. Laien haben offenbar ein grundlegendes, zumindest implizites Verständnis der unterschiedlichen Erklärungsebenen von psychischen (also auch psychosomatischen) Störungen.
2. Expertentheorien stützen sich auf ein biopsychosoziales Krankheitskonzept.
3. Expertentheorien und Laientheorien überlappen sich teilweise.
4. Laientheorien legen die Betonung stärker auf psychologische, soziale und familiäre Ursachen.
5. Manche Laienkonzepte sind jedoch vergleichbar mit primär biologischen und genetischen Vorstellungen.

# Unterschiede der Wahrnehmung und Interessen tragen zur Anpassungsstörung, bezogen auf die körperliche Symptomatik des Kindes bei:

- **Kind:** erlebt Schmerzen, Bewegungseinschränkungen, Schwindelgefühle und andere Symptome.
- **Eltern:** folgen subjektiven Krankheitstheorien zur Erklärung von Symptomen und Krankheitsverhalten.
- **Ärzte:** richten sich nach objektiven Krankheitstheorien, gestützt auf Untersuchungsergebnisse und wissenschaftliche Evidenz.

# Somatoforme Störung by proxy: Nach Noeker (2007, 30) erfüllen die Eltern und nicht das Kind die Störungskriterien einer somatoformen Störung

- Das **Kind ist** mit Bauchschmerz, chronischer Erschöpfung oder anderen Körpersymptomen **Träger der Symptomatik**.
- Die Eltern reagieren auf die Symptome des Kindes mit abweichendem somatoformen Krankheitsverhalten.
- Die Eltern sorgen für wiederholte Arztbesuche oder Krankenhausaufenthalte.
- Die Eltern wünschen trotz unauffälliger Befunde immer weitere Untersuchungen.
- **Die Eltern sind also Träger** der kognitiven, emotionalen und verhaltensbezogenen Fehlanpassung, also **der somatoformen Fehlverarbeitung**.

# Lernerfahrungen und Framing während der Entwicklung funktioneller, dissoziativer und Somatisierungsstörungen

- **Kind** hat Schmerzen und andere körperbezogene Symptome.
- **Ärzte** bieten zur Abklärung dieser Symptome im Rahmen oder Frame der Medizin wissenschaftlich fundierte Konzepte zur diagnostischen Klärung an.
- **Eltern** sind lernfähig und fokussieren ihre Suche nach Abklärung und Therapieoptionen zunehmend auf medizinische Untersuchungen und Befunde.

# Diagnostische Maßnahmen haben unerwünschte Begleitwirkungen: Interview des Spiegel (Nr. 9/23.02.2019) mit der Gesundheitswissenschaftlerin I. Mühlhauser, HH:

- Die Sensibilität des neuen Bluttests für Brustkrebs scheint nur bei 60% zu liegen.
- In größeren Studien müssten die Vorteile einer frühen Therapie nachgewiesen werden, auch für spätere kompliziertere Verläufe von Brustkrebserkrankungen.
- Noch ist unbekannt, wie oft das Ergebnis des Tests „falsch positiv“ ist.
- Falsch positive Ergebnisse führen zu unnötigen weiteren Untersuchungen und zu unnötigen Ängsten.



# Enttäuschungen sind garantiert bei der „Abklärung“ von funktionellen, dissoziativen und Somatisierungsstörungen

- **Kind** hat weiterhin Schmerzen und andere körperbezogene Symptome.
- **Ärzte** erklären, dass sich kein krankhafter Befund nachweisen ließ, auf den die Symptome des Kindes zurückzuführen sind.
- **Eltern** beklagen sich, dass „die Ärzte die Krankheit nicht gefunden haben“.

# Zum Vertrauen zwischen Arzt und Patient

Gigerenzer (2007, S. 172-175) stellt die Fragen:

- können Ärzte Patienten vertrauen?
- können Patienten Ärzten (angesichts von Überdiagnostik und Überbehandlung) vertrauen?

Gigerenzer empfiehlt (sinngemäß):

Fragen sie ihren Arzt nicht was er ihnen empfiehlt,  
fragen sie ihn was er täte, wenn es sein Kind wäre.

Gigerenzer hofft:

(2007, S. 287): “Wenn wir die Gesundheitskompetenz von Ärzten und Patienten (Eltern *RGS*) fördern, können wir bessere medizinische Versorgung für weniger Geld bekommen“.

## Slow Medicine und Fast Medicine (Maio 2019, S. 12)

„Die moderne Medizin ist durch nichts mehr geprägt als durch den strukturell über sie verhängten Zeitdruck...

In einem auf Effizienz und Reibungslosigkeit getrimmten System werden die Heilberufe dazu angehalten, die schnelle Entscheidung als die vorzugswürdigere anzusehen“. (Seite 10)

## Slow Medicine (Sweet 2019, S. 357)

„Slow schließt Fast, bzw. die rasche Art und Weise nicht aus....

Slow ist eine fundierte Herangehensweise, die auf Können beruht, auf Methode, Wissen, Erfahrung und harter Arbeit aber auch auf dem Persönlichen, dem Individuellen und dem Zwischenmenschlichen“.

## Slow Medicine und Fast Medicine (Maio 2019, S. 12)

„Die Gefahr der Ungeduld liegt nicht in der Schnelligkeit, sondern in der fehlenden Rücksicht vor der Zeit....

Man darf schnell sein, aber nur wenn andere Bedingungen erfüllt sind. Oder anders gesagt: Der Geduldige befürwortet auch das Schnellsein, aber er bleibt radikal in der Ablehnung des Schnellseins um jedem Preis“.

# Lösungsmöglichkeiten im Sinne der Slow Medicine (Sweet 2019, S. 358)

Nach einem Vorschlag von Sweet könnte eine bestimmte Anzahl von Betten in den Kliniken (also auch in den Kinderkliniken *RGS*) der Slow Medicine vorbehalten bleiben. Das würde Ärzten mehr Zeit für die Diagnostik und Behandlung geben – und den Patienten (und ihren Eltern) mehr Zeit fürs Gesundwerden.

# **Meine 4 Bitten: Ärzte und Eltern psychosomatisch kranker Kinder müssen**

- 1. sensibel für Kommunikationsprobleme sein,**
- 2. Unterschiede in ihren Krankheitskonzepten und Erwartungen erkennen und offen diskutieren,**
- 3. gemeinsam Verantwortung für das Gelingen der Kommunikation übernehmen,**
- 4. sich ausreichend Zeit nehmen für eine gemeinsame Bewertung von Symptomen und Therapieoptionen.**

# Literatur

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) (2019) Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie . Zugriff am 19.02.2019
- Gigerenzer, G. (2007) Bauchentscheidungen. Goldmann: München
- Greiner, W., Batram, M., Scholz, S., Witte, J. (2018) Kinder- und Jugendreport Nordrhein-Westfalen. Gesundheitsversorgung von Kindern- und Jugendlichen in Nordrhein-Westfalen. DAK-Gesundheit: Hamburg
- Jachertz, N. (2013) Psychische Erkrankungen. Hohes Aufkommen, niedrige Behandlungsrate. Dt. Ärztebl., 110, 7, A269-270, 15. Februar 2013
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 85:77-87
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2016). Erratum zu: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH). Der Nervenarzt 87:88-90
- Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-MentalHealthModule (DEGS1-MH). International Journal of Methods in Psychiatric Research 23:289-303
- Maio, G. (2019) Slow Medizin und die Bedeutung der Geduld für die Medizin in: Swet (2019, Herder: Freiburg im Breisgau, 9-13)
- Noeker, M. (2007). Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Hogrefe Verlag.
- Noeker, M., & Petermann, F. (2008). Resilienz: Funktionale Adaptation an widrige Umgebungsbedingungen. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56(4), 255-263.
- Schulte, I. E., & Petermann, F. (2011). Somatoform disorders: 30 years of debate about criteria!: What about children and adolescents?. *Journal of psychosomatic research*, 70(3), 218-228.
- Sweet, V. (2019) Slow Medizin, Medizin mit Seele, Herder: Freiburg im Breisgau
- Tophoven, S., Wenzig, C., Lietzmann, T. (2016) : Kinder in Armutslagen: Konzepte, aktuelle Zahlen und Forschungsstand, IAB- Forschungsbericht, No.11/2016, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), Nürnberg
- ZEIT ONLINE(2018) Kinderarmut: Jedes siebte Kind ist auf Hartz IV angewiesen. (Zugriff am 19.02.2019)**



## Orientierende Eltern-Diagnostik (OED)

### Bei vermuteten funktionellen, dissoziativen und somatoformen Störungen von Kindern und Jugendlichen (R.G.Siefen, 2019)

1. Besorgnis der Mutter, das Kind könnte unter einer unerkannten schwerwiegenden körperlichen Erkrankung leiden      Ja       Nein       Weiß nicht
2. Mutter drängt auf zusätzliche Diagnostik      Ja       Nein       Weiß nicht
3. Mutter hat Somatisierungsstörung/ Angststörung/ Depression      Ja       Nein       Weiß nicht
4. Mutter hat sonstige psychische Störung      Ja       Nein       Weiß nicht
5. Vater hat Somatisierungsstörung/ Angststörung/ Depression      Ja       Nein       Weiß nicht
6. Vater hat sonstige psychische Störung      Ja       Nein       Weiß nicht
7. Mutter hat körperliche Erkrankung      Ja       Nein       Weiß nicht

## Orientierende Eltern-Diagnostik (OED)

### Bei vermuteten funktionellen, dissoziativen und somatoformen Störungen von Kindern und Jugendlichen (R.G.Siefen, 2019)

8. Körperliche Erkrankungen bei weiteren Familienmitgliedern Ja  Nein  Weiß nicht
9. Todesfälle in der Familie Ja  Nein  Weiß nicht
10. Sozioökonomische Belastungen der Familie Ja  Nein  Weiß nicht
11. Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten unangemessen Ja  Nein  Weiß nicht
12. Gespräch mit den Eltern ist anstrengend Ja  Nein  Weiß nicht
- Gesamtzahl der Ja-Antworten \_\_\_\_\_

#### Auswertung:

- Bitte befragen Sie die Eltern ergänzend** zu den obigen Fragen, bei denen Sie „Weiß nicht“ angekreuzt haben“. Legen Sie sich bei den Fragen 11 und 12 bitte fest.
- Bitte addieren Sie dann die Zahl der „Ja-Antworten“.** Je höher diese Zahl, desto wahrscheinlicher liegt - gegebenenfalls komorbid - eine funktionelle, dissoziative oder Somatisierungsstörung des Kindes oder Jugendlichen vor.

---

Herzlichen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit

# Somatisierung kann nach Kirmayer und Young (1995, zit. n. Furnham, Kirkcaldy und Siefen 2013 ) gesehen werden als

1. Krankheits- oder Störungsanzeichen,
2. Hinweis auf einen spezifisch-psychologischen Prozess,
3. Symbolischer Ausdruck eines innerpsychischen Konfliktes,
4. Kulturabhängige oder idiomatische Form der Stressbelastung,
5. Mittel um soziale Probleme auszudrücken,
6. Mechanismus der Patienten ihre Position im Alltag dadurch zu definieren.