Somatoforme Störungen

Als somatoforme Störungen werden körperliche Beschwerden bezeichnet, die sich nicht oder nicht hinreichend auf eine organische Erkrankung zurückführen lassen.

Auch schon im Kindes- und Jugendalter sind wiederholt auftretende oder persistierende subjektive empfundene Beschwerden nicht selten, die Lebenszeitprävalenz liegt bei mindestens 13% mit insgesamt steigender Tendenz. Dabei werden Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Übelkeit, Schwäche und Schwindel von Kindern und Jugendlichen am häufigsten im Rahmen somatoformer Beschwerden angegeben. Dies illustriert das diagnostische Dilemma des Kinder- und Jugendarztes, zählen diese Symptome doch zu den häufigen Vorstellungsgründen in der gemeinpädiatrischen Ambulanz.

Selbstverständlich steht am Anfang der Betreuung die sorgfältige Abklärung möglicher organischer Ursachen. Bleibt der Nachweis eines erklärenden Auslösers trotz adäquater Diagnostik aus, löst dies bei Patient und Eltern nicht selten das Gefühl von Hilflosigkeit und Ohnmacht aus. Die Erläuterung einer fehlenden organischen Ursache wird nicht als Erleichterung empfunden, sondern induziert weitere, häufig auch wechselnde Arztbesuche. In dieser Situation ist es eine wichtige Aufgabe von Kinder- und Jugendärzten, das Vertrauen der Patienten und ihrer Familien zu erhalten.

» Somatoforme Beschwerden erfordern eine interdisziplinäre Betreuung

Das Fehlen einer fassbaren organischen Ursache für quälende, die Lebensqualität belastende körperliche Beschwerden

sollte an das Vorliegen einer somatoformen Störung denken lassen. An dieser Stelle wird der Kinder- und Jugendpsychiater zum wichtigen Partner des Kinderarztes. Nur im interdisziplinären Ansatz kann es erfolgreich gelingen, die somatoformen Beschwerden einzugrenzen und einem erfolgreichen Betreuungskonzept zuzuführen. Häufig bedarf es einer übergreifenden Betreuung durch beide Fachdisziplinen, da es als geradezu typisch für somatoforme Störungen gelten darf, dass die betroffenen Kinder und ihre Familien noch sehr lange an einem somatischen Krankheitsmodell festhalten. Negative somatische Befunde werden in dieser Phase meist noch auf Defizite der Diagnostik zurückgeführt, und es fällt den Patienten noch schwer, psychische Prozesse als ursächlich zu akzeptieren.

Die nicht unerhebliche Zahl von Kindern und Familien mit somatoformen Beschwerdebildern stimulierte uns, dieser Entität ein Leitthema der *Monatsschrift Kinderheilkunde* zu widmen.

In einem Übersichtsartikel erläutern Winter et al. zunächst die Systematik somatoformer Störungen und illustrieren nachvollziehbar das diagnostische Vorgehen zu deren Erfassung. Der Beitrag wird durch die Darstellung eigener Erfahrungen mittels Nutzung strukturierter Interviewkonzepte bereichert und unterstreicht die Bedeutung der engen Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Der folgende Beitrag von Kölsch ergänzt diese Darstellung und fokussiert auf komorbide Störungen somatoformer Beschwerden. Es wird deutlich, wie begleitende körperliche Beschwerden, aber auch individuelle Belastungssituationen, z. B. Schulstress oder familiäre Probleme,

die Entwicklung somatoformer Störungen begünstigen und beeinflussen können.

Der Artikel von Kullmer u. Gehring befasst sich exemplarisch mit der diagnostischen Abklärung eines häufigen somatoformen Beschwerdebildes, dem chronischen Bauchschmerz. Aus pädiatrischer Sicht wird dargestellt, wie dieses Leitsymptom mittels eines strukturierten diagnostischen Stufenkonzepts bearbeitet werden sollte, um organische Ursachen umfassend auszuschließen und verantwortungsvoll zur Erwägung einer möglichen somatoformen Störung zu gelangen. Die Autoren ergänzen den Beitrag um für den praktischen Alltag wertvolle diagnostische Checklisten.

Im vierten Beitrag dieses Themenhefts erläutert Huss, dass Depressionen im Kindes- und Jugendalter viel zu häufig als somatische Beschwerden unklarer Genese verkannt werden. Sie stellen damit neben den somatoformen Störungen eine exemplarische Herausforderung in der Differenzialdiagnose unklarer Beschwerdebilder dar. Mit vielen Praxisbezug wird das klinische Spektrum depressiver Störungen bei Kindern auch mit dem Risiko lebensbedrohlicher Konsequenzen dargestellt. Der Artikel gibt zudem Hinweise für das diagnostische Vorgehen und beschreibt aktuelle therapeutische Konzepte.

Bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit somatoformen Störungen sitzen Kinderärzte und Kinder- und Jugendpsychiater in einem Boot. Je besser Pädiater für die Problematik sensibilisiert sind, je offener wir den interdisziplinären Kontakt und die Zusammenarbeit mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie pflegen, umso erfolgreicher werden wir der Verantwortung gegenüber unseren Patienten und ihren Familien gerecht.

Wir freuen uns, wenn das vorliegende Themenheft für Sie eine informative und wertvolle Übersicht zur Systematik somatoformer Störungen und den (hier exemplarisch dargestellten) pädiatrischen und kinderpsychiatrischen Vorgehensweisen darstellt.

Prof. Dr. Fred Zepp

Prof. Dr. Michael Huss

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Huss

Klinik und Poliklinik für
Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie, Universitätsmedizin Mainz
Langenbeckstraße 1, 55131 Mainz
michael.huss@ukmainz.de

Neue Wachstumskurven und Blutdruckreferenzwerte für Kinder und Jugendliche

Wachstumskurven gehören zu den wichtigsten Instrumenten zur Einschätzung der körperlichen Entwicklung und damit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Individuelle Maße eines Kindes werden dabei mit der Verteilung in einer Referenzpopulation verglichen. Die bundesweit repräsentative Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (KiGGS) 2003-2006 markiert einen Meilenstein in den Bemühungen, die unbefriedigende Datengrundlage zur Beurteilung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu verbessern. Das Robert Koch-Institut gibt nun einen knapp 130 Seiten umfassenden Band mit Referenzperzentilen für insgesamt zehn anthropometrische Parameter, darunter Body Mass Index, Taillenumfang, Waist-to-Height-Ratio, Größe, Kopfumfang, sowie für Blutdruck bei Kindern und Jugendlichen heraus.

Die dargestellten Perzentilkurven und tabellierten Verteilungswerte basieren auf standardisiert gemessenen Werten von über 17.000 Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 Monaten bis 17 Jahren, die mit etablierten und zum Teil verbesserten statistischen Verfahren erstellt wurden. Neben einer detaillierten Beschreibung der Methodik sowie anwendungsfreundlichen Grafiken und Tabellen werden auch Vergleiche zu aktuell in Deutschland gebräuchlichen Referenzperzentilen gezeigt.

Wozu dienen diese KiGGS-Perzentile? Erstmals liegen für eine große Anzahl an anthropometrischen Parametern valide und repräsentative Daten für Deutschland vor. Diese ermöglichen einen aktuellen Vergleich des Wachstums eines Kindes mit dem Wachstum Gleichaltriger. Die bislang in Deutschland üblichen Definitionen von Übergewicht und Adipositas mit Body Mass Index-Grenzwerten nach Empfehlungen der AGA (Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter) wurden in die KiGGS-Perzentilkurven eingetragen, so dass das Vorliegen von Übergewicht und Adipositas nach der bisherigen Definition direkt abgelesen werden kann. Die Beurteilung von Übergewicht und Adipositas kann jedoch jetzt auch deutlich differenzierter als bislang erfolgen, da nicht nur Perzentilkurven für den Body Mass Index

sondern auch für den Taillenumfang und für die Waist-to-Height-Ratio, d.h. für Maße der stammbetonten Adipositas, vorliegen.

Für die Beurteilung des Blutdrucks im Kindesalters liegen mit den KiGGS-Perzentilen erstmals für Deutschland Referenzwerte differenziert nach Alter, Geschlecht und Größe vor, wie in den Leitlinien der European Society of Hypertension gefordert. Bei der Erstellung der Blutdruckreferenzwerte kamen verbesserte statistische Verfahren zum Einsatz, die zusammen mit einigen Stichproben- und Messaspekten einen Vorzug vor den aktuellen amerikanischen Blutdruckreferenzen darstellen.

Der GBE-Beitrag „Referenzperzentile für anthropometrische Maßzahlen und Blutdruck aus der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS) 2003-2006“ kann unter www.rki.de (Home > Gesundheitsberichterstattung und Epidemiologie > Gesundheitsberichte > Beiträge) angefordert werden und steht auch unter www.rki.de/gbe zur Verfügung.