

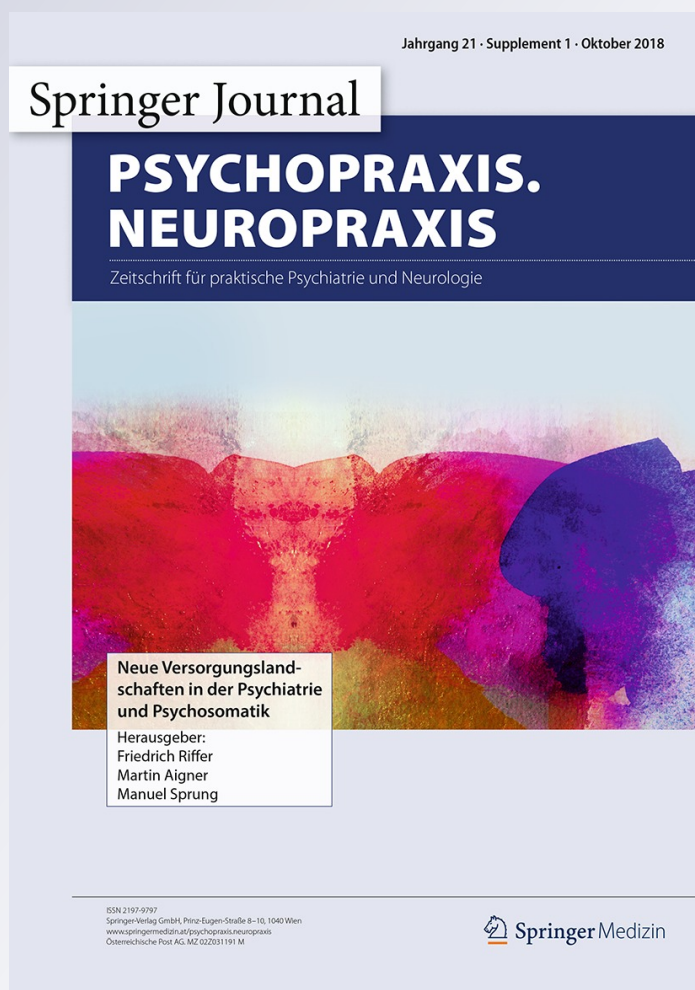
# *Psyche und Soma – eine Einheit*

## **Reinhold Kerbl**

**psychopraxis. neuropraxis**  
Zeitschrift für praktische Psychiatrie und  
Neurologie

ISSN 2197-9707  
Volume 21  
Supplement 1

psychopraxis. neuropraxis (2018)  
21:82-87  
DOI 10.1007/s00739-018-0496-9



**Your article is protected by copyright and all rights are held exclusively by Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature. This e-offprint is for personal use only and shall not be self-archived in electronic repositories. If you wish to self-archive your article, please use the accepted manuscript version for posting on your own website. You may further deposit the accepted manuscript version in any repository, provided it is only made publicly available 12 months after official publication or later and provided acknowledgement is given to the original source of publication and a link is inserted to the published article on Springer's website. The link must be accompanied by the following text: "The final publication is available at [link.springer.com](http://link.springer.com)".**

psychopraxis. neuropraxis 2018 · 21 (Suppl 1):  
S82–S87

<https://doi.org/10.1007/s00739-018-0496-9>

Online publiziert: 8. August 2018

© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von  
Springer Nature 2018



CrossMark

## Psyche und Soma – historische Betrachtungen

Die häufig verwendete Gleichsetzung von „soma“ mit „Körper“ und „psyche“ mit „Seele“ wird deren ursächlicher Bedeutung nicht ganz gerecht. So bezeichnete z. B. Homer mit „psyche“ den Atem, der beim Tod den Körper verlässt und in die Unterwelt geht. Im Gegensatz dazu wurden seelische und geistige Regungen bestimmten Körperteilen zugeordnet (Brust, Herz, Zwerchfell). Erst ab dem 5. Jahrhundert v. Chr. wurden in der griechischen Philosophie Körper und Geist-Seele unterschieden und hierarchisiert. Bei Demokrit war die Seele der „Herr über den Körper“. Mit Descartes wurde schließlich die dualistische Trennung von denkendem Geist und nicht denkendem Körper endgültig in Philosophie und Naturwissenschaften übernommen. In weiterer Folge beschäftigten sich naturwissenschaftlich-empirische Methoden wie Physiologie und Pathologie mit dem „Körper“, während Philosophie, Theologie und in weiterer Folge Psychologie sich mit Geist und Seele befassten. Erst von Freud wurde diese Trennung wieder relativiert bzw. aufgehoben. Er postulierte, dass der psychische Apparat gegenüber dem Somatischen offen sei, sodass Psyche und Soma aufeinander einwirken können [1]. Diese Sichtweise findet sich auch im heute allgemein akzeptierten *biopsychosozialen Konzept*, dem zufolge somatische, emotionale und kognitive Prozesse in Wechselwirkung zueinander stehen und sich gegenseitig beeinflussen [2].

## Reinhold Kerbl

Abteilung für Kinder und Jugendliche, LKH Hochsteiermark, Standort Leoben, Leoben, Österreich

# Psyche und Soma – eine Einheit

## Aufgaben und Möglichkeiten der pädiatrischen Psychosomatik

### Definition Psychosomatik

Die Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapie (ÖG-PPM) hat im Jahr 2013 in einem Konsensus-Statement Psychosomatik bzw. psychosomatische Medizin folgendermaßen definiert [3]:

*„Mit dem klinischen Fachgebiet psychosomatische Medizin wird eine Spezialdisziplin benannt, die sich wissenschaftlich und in ihrem Versorgungsauftrag mit jenen Krankheitsbildern befasst, bei denen es für eine erfolgreiche Behandlung von zentraler Bedeutung ist, Genese und Aufrechterhaltung der Symptomatik unter bio-psycho-sozialen, kulturellen und ökologischen Zusammenhängen und Wechselwirkungen zu begreifen ... Psychosomatische Medizin berücksichtigt die subjektive und objektive Seite von Gesundheit und Krankheit ... Psychosomatische Medizin ist sowohl fachspezifisch als auch fächerübergreifend angelegt ... Psychosomatische Medizin umfasst Gesundheitsförderung, Prävention, kurative und rehabilitative Medizin.“*

Damit wird klar, dass psychosomatische Medizin eine „Querschnittsmaterie“ darstellt [4] und keiner bestimmten Berufsgruppe zugeordnet werden kann. Dies zeigt sich insbesondere auch in der täglichen „ganzheitlichen“ Abklärung und Behandlung pädiatrischer und jugendlicher Patienten. Diese werden oft nicht wegen „somatischer“ oder „psychischer“ Beschwerden vorgestellt, sondern wegen Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Atemnot, Gangstörung und dgl. Diese Beschwerden richtig einzuordnen fällt nicht immer leicht und erfordert neben umfangreichem Wissen und Erfahrung

den „Blick über den Tellerrand“. Im Folgenden werden einige solche Beispiele aufgeführt.

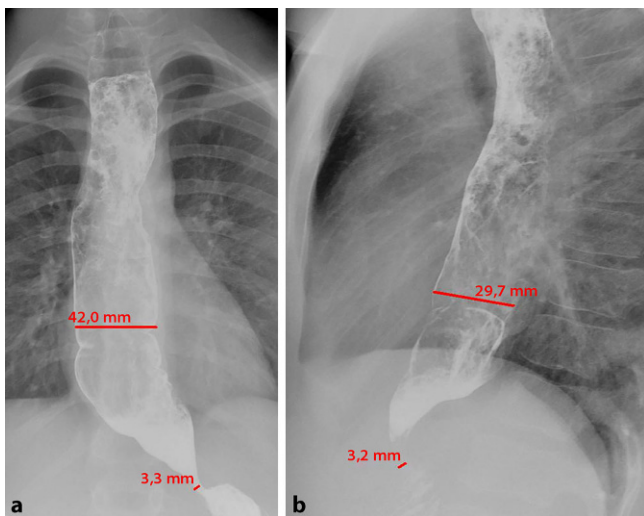
### Kasuistiken

#### Beispiel Atemstörung

Eine 16-jährige Jugendliche mit anamnestischer Angststörung wird wegen wiederholter Atemnot vorgestellt. Ein Thoraxröntgen zeigt keine die Atemproblematik erklärenden Auffälligkeiten. Hingegen zeigt sich eine depressive Grundstimmung, weshalb eine medikamentöse Therapie eingeleitet wird. Trotzdem treten immer wieder (z. T. panikartige) Attacken von Atemnot auf, sodass die psychotrope Medikation erweitert wird. Dies führt zu einer mäßigen Besserung der Symptomatik, und die Jugendliche wird aus der stationären Betreuung entlassen. Nach wenigen Tagen treten jedoch neuerlich Atemnot und Panikattacken auf, weshalb die Vorstellung an einer anderen Krankenanstalt erfolgt. Hier zeigt sich bei den Blutuntersuchungen das D-Dimer signifikant erhöht. Eine im Anschluss durchgeführte Thorax-Computertomographie zeigt rezidivierende Pulmonalembolien als (organische) Ursache der Atemnot.

#### Beispiel Schluckstörung

Ein 13-jähriger Jugendlicher hat in den letzten 6 Monaten 10 kg Gewicht verloren. Er klagt über Schluckstörungen, manchmal kommt es auch zum Erbrechen. Beide Eltern sind sportlich und schlank und können sich eine „absichtliche Gewichtsabnahme“ vorstellen. Trotzdem wird eine somatische



**Abb. 1 ▲ a, b** Video-Schluckakt (ap und seitliche Aufnahme) eines 13-jährigen Bubens. Im unteren Ösophagusabschnitt zeigt sich eine massive Engstellung als (organische) Ursache der Schluckstörung (Achalasie)

Abklärung durchgeführt, Abdomen-Ultraschall und Gastroskopie ergeben unauffällige Befunde. Nach Einleitung einer psychotherapeutischen Betreuung nimmt der Bub rasch 1,5 kg zu und wird aus der Betreuung entlassen. 6 Monate später kommt er allerdings mit weiterer Gewichtsabnahme neuerlich zur stationären Aufnahme, nun besteht auch häufiges Erbrechen. Ein jetzt durchgeführter Video-Schluckakt zeigt eine hochgradige Engstelle im unteren Ösophagus (Achalasie) als Grund der Schluckstörung (▣ **Abb. 1a, b**). Als Therapie wird wiederholte Bougierung (Aufdehnung des unteren Ösophagus) durchgeführt, dies führt rasch zur Besserung der Symptomatik und Gewichtszunahme.

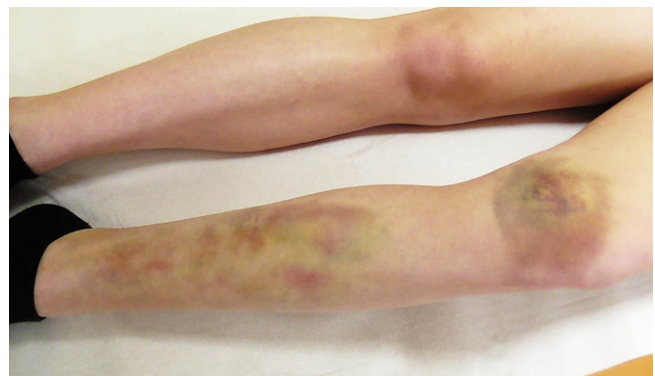
### Beispiel Sehstörung

Ein 9-jähriges Mädchen gibt an, auf dem linken Auge nichts mehr zu sehen. Sie wird an einer Augenabteilung vorgestellt. Dort werden Fundusuntersuchung, Schädel-MRT und visuell evozierte Potenziale (VEP) durchgeführt. Schließlich wird die Patientin mit Verdacht auf „Neuritis nervi optici“ an eine Kinderabteilung zur hoch dosierten Methylprednisolon-Therapie zugewiesen. Dort fällt auf, dass die Pupillenreaktion seitengleich normal ist, obwohl das Mädchen nach eigenen Angaben auf dem linken Auge keinerlei Hell-

Dunkel-Wahrnehmung hat. Ein „Therapieversuch“ mit einer „Fensterglasbrille“ (0 Dioptrien) führt unverzüglich zu normaler Seh Wahrnehmung auch auf der „kranken“ Seite, sodass die Diagnose einer dissoziativen Störung/Konversion gestellt wird. Die Ursachenforschung ergibt, dass die Trennung der Eltern bevorsteht und dies wesentlich zur dissoziativen Störung beigetragen haben dürfte. Das Mädchen wird für einige Wochen mit einer „Fensterglasbrille“ versorgt, danach ist auch ohne Brille ungestörtes Sehen möglich.

### Beispiel Gangstörung

Ein 8-jähriger Bub wird wegen „schlaffer Parese“ der unteren Extremitäten vorgestellt. Seit einem Tag kann er nicht mehr gehen, und bei gehaltenem Stand wird von den Beinen kein Gewicht übernommen. Allerdings sind die Muskeleigenreflexe (Patellarsehnenreflex, Achillessehnenreflex) unauffällig, und im Liegen können beide Beine auch gegen Widerstand angehoben werden. Die „schlafte Lähmung“ kann somit neurologisch nicht erklärt werden, und eine dissoziative (Gang-)Störung liegt nahe. Die weitere Exploration erbringt nach einigen Tagen, dass der Bub beim Einschlafen seines Hundes zusehen musste, und die von ihm präsentierte Lähmung eine „Phänokopie“ des Beobachteten darstellt.



**Abb. 2 ▲** Hämatome im Bereich des linken Unterschenkels bei einer 16-jährigen Jugendlichen. Die umfangreiche Exploration führt zu der Interpretation, dass die Hämatome vermutlich selbst beigebracht wurden

Mit Unterstützung durch Physiotherapie und Psychotherapie ist nach wenigen Tagen wieder normales Stehen und Gehen möglich.

### Beispiel Kopfschmerzen

Eine 16-jährige Jugendliche wird wegen ständiger Kopfschmerzen an einer Universitätsklinik vorgestellt. Die Durchuntersuchung (u. a. mit Schädel-MRT, Lumbalpunktion und EEG) ergibt keinen Hinweis auf eine organische Genese. Da nach Entlassung auch unter Physio- und Entspannungstherapie keine Besserung der Symptomatik eintritt, sucht die Familie eine andere Klinik auf. Auch dort bleibt die somatische Abklärung ohne pathologisches Ergebnis. Allerdings treten nun auch Schmerzen im linken Bein auf, und in weiterer Folge zeigen sich dort ausgeprägte Hämatome (▣ **Abb. 2**). Beim Aufenthalt an einer weiteren Kinder- und Jugendabteilung wird eine Gerinnungsstörung ausgeschlossen. Schließlich wird auch eine Hautbiopsie durchgeführt. Die Zusammenschau der Ergebnisse legt schließlich nahe, dass die Hämatome selbst beigebracht wurden.

### Das Problem der richtigen (Erst-)Beurteilung

Wie die oben dargestellten Beispiele zeigen, haben Kinder und Jugendliche mit-

## Zusammenfassung · Abstract

unter eine lange Abklärungshistorie, bevor sie die „richtige“ Diagnose und in weiterer Folge Therapie erhalten. Diese Diagnoseverzögerung kann durchaus zu einer Aggravierung der Symptomatik (im schlimmsten Fall Chronifizierung) beitragen und erhöhten Leidensdruck bei den Patienten, aber auch deren Familien bedingen.

Gründe für die oft beträchtliche *diagnostische Latenz* können u. a. sein:

- Mangelnde Kenntnisse/Erfahrungen der Behandler,
- Bevorzugung naturwissenschaftlicher Methoden (Labor, Bildgebung etc.),
- Bevorzugung der psychodiagnostischen Abklärung,
- Wechsel der abklärenden Einrichtung durch Patienten/Eltern,
- Zeitmangel der Untersucher.

So wird ein „somatisch orientierter“ Arzt bevorzugt auf organische Erkrankungen abklären, während an einer kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung vermutlich eben dieser Aspekt oft zu kurz kommt. Vor allem aus diesem Grund sind ausreichende Grundkenntnisse über körperliche und mentale Krankheitsursachen für alle in der Kindermedizin tätigen Ärztinnen und Ärzte ebenso zu fordern wie eine *integrierte psychosoziale Versorgung* durch enge Zusammenarbeit der einzelnen Professionen.

### » Planungs- und Honorierungssysteme sollten die ganzheitliche Betrachtungsweise fördern

Im niedergelassenen Bereich unterbleibt adäquate Diagnostik vermutlich häufig auch deshalb, weil der Faktor „Zeit“ inadäquat honoriert wird und deshalb eine ausführliche Anamnese und die eingehende Beurteilung der psychosozialen Konstellation häufig unterbleiben. Moderne Honorierungssysteme sollten zu einem Umdenken führen, die *ganzheitliche/holistische Betrachtungsweise* [5, 6] fördern und die Ärzteschaft nicht dazu zwingen, diagnostische und Behandlungsposten zu sammeln“.

psychopraxis. neuropraxis 2018 · 21 (Suppl 1):S82–S87

<https://doi.org/10.1007/s00739-018-0496-9>

© Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2018

R. Kerbl

## Psyche und Soma – eine Einheit. Aufgaben und Möglichkeiten der pädiatrischen Psychosomatik

### Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche mit Schmerzsymptomatik, aber auch anderen Beschwerden werden zumeist bei Fachärzten für Kinder- und Jugendheilkunde, Allgemeinmedizinern und an pädiatrischen Abteilungen vorgestellt. In den meisten Fällen wird eine sorgfältige somatische Untersuchung durchgeführt, die psychosoziale Komponente aber oft vernachlässigt oder erst spät in Betracht gezogen. Entsprechend dem biopsychosozialen Modell sollte eine derartige Trennung in „soma“ und „psyche“ soweit möglich durch eine ganzheitliche Betrachtungsweise ersetzt werden, um dadurch frühzeitig die richtigen diagnostischen und therapeutischen Schritte zu setzen. Voraussetzungen dafür sind entsprechende Kenntnisse und Fertigkeiten sowie die Kooperation mit für die Versorgung

relevanten Partnern. Da etwa ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen regelmäßig an funktionellen Beschwerden leidet und über 30 % psychische Auffälligkeiten zeigen, sind neben optimierter therapeutischer Versorgung auch Präventivmaßnahmen dringend erforderlich. Die 2018 in Österreich eingeführte Spezialisierung „*Fachspezifische psychosomatische Medizin*“ ist ein Meilenstein auf dem Weg zur ganzheitlichen Versorgung betroffener Patienten, insbesondere auch im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin.

### Schlüsselwörter

Kinder und Jugendliche · Psychosomatik · Somatoforme Störungen · Schmerz · Biopsychosoziales Modell

## Psyche and Soma—One Entity. Tasks and Possibilities of Paediatric Psychosomatic Medicine

### Abstract

Children and adolescents with pain and other complaints predominantly contact paediatricians, general practitioners or paediatric departments. In most cases a thorough somatic investigation is performed. However, psychosocial factors are frequently neglected or considered late. According to the biopsychosocial model a separation of “soma” and “psyche” should—as far as possible—be replaced by a holistic view in order to allow timely and correct diagnosis and therapy. Appropriate knowledge and skills are prerequisite, and cooperation with relevant partners is a must. Since about one third of children and adolescents regularly

suffer from functional disorders and more than 30% show psychological anomalies, preventive measures are needed in addition to medical treatment. The introduction of the multidisciplinary subspecialty *Specialty-specific Psychosomatic Medicine* in 2018 represents a milestone toward comprehensive treatment of affected individuals and especially for paediatric and adolescent patients.

### Keywords

Children and adolescents · Psychosomatic medicine · Somatoform disorders · Pain · Biopsychosocial model

### Ein paar Worte zur Prävalenz

Scheer u. Kamper haben 2016 nach entsprechender Literaturanalyse beschrieben, dass etwa ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen an nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden leidet, dass das Zahlenmaterial dazu allerdings inhomogen ist [6]. Im Vordergrund stehen dabei Kopf-, Bauch- und Rückenschmerzen.

Bei Betrachtung von der Seite psychischer Auffälligkeiten sind etwa 20 % der Kinder und Jugendlichen betroffen. So beschreibt die deutsche BELLA-Studie [7] für die Altersgruppe von 3 bis 17 Jahren eine Prävalenz von 17,2 %. Interessanterweise wird dort auch angegeben, dass in den letzten 65 Jahren kein Anstieg derartiger Auffälligkeiten zu beobachten war [8]. Im Gegensatz dazu berechnet eine rezente österreichische Studie [9] eine Punktprävalenz (zu einem be-

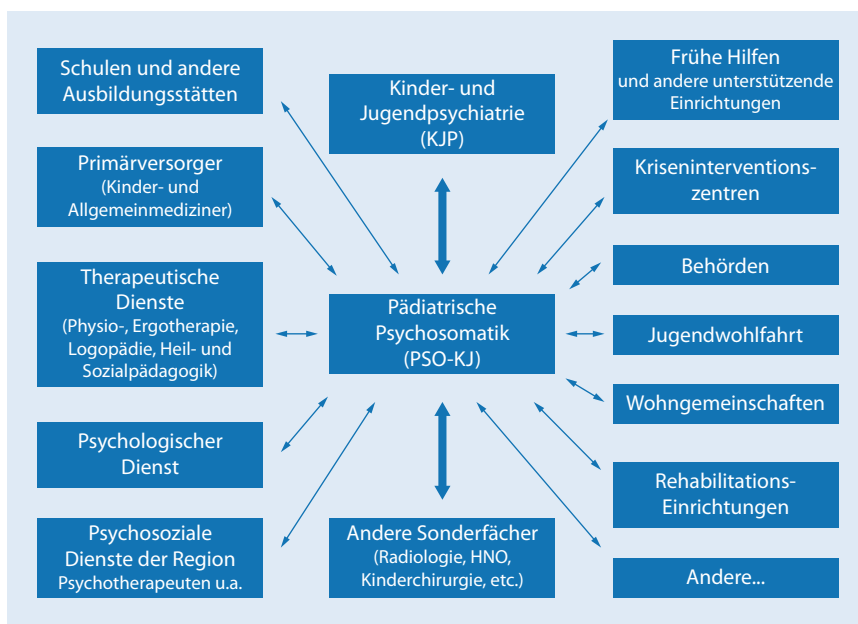


Abb. 3 ▲ Kooperationspartner aus der Sicht der pädiatrischen Psychosomatik (PSO-KJ)

stimmten Zeitpunkt) von 23,9% und eine Lebenszeitprävalenz (summiert über die bisherigen Lebensjahre) von 35,8%. Für die beiden Gruppen (nichtspezifische funktionelle und somatoforme Beschwerden vs. psychische Auffälligkeiten) besteht vermutlich ein beträchtlicher „overlap“, der aber zahlenmäßig schlecht objektiviert ist. Dies auch deshalb, weil die übliche ICD-Kodierung, aber z. B. auch die DSM-5-Kodierung die „Gesamtheit“ der Problematik nur unvollständig abbilden und multiaxiale Diagnosesysteme wie ICD-10/MAS nur beschränkt Verwendung finden [5].

### Diagnose- und Behandlungsspektrum in der pädiatrischen Psychosomatik

Das Patientenkollektiv einer PSO-KJ-Abteilung bzw. -Station (PSO-KJ: pädiatrische Psychosomatik) umfasst all jene Patienten (und ggf. deren Eltern), bei denen nicht die somatische Erkrankung des Kindes oder Jugendlichen im Vordergrund steht [10]. Somit kommen *alle Altersgruppen von 0 bis 18 Jahren* in Betracht, wobei sich naturgemäß in verschiedenen Altersgruppen spezifische Erkrankungen manifestieren. Im Folgenden werden einige alterstypische Behandlungsindikationen beispielhaft aufgezählt:

- **Säuglingsalter:** Mutter-Kind-Interaktionsstörungen, Fütterungsprobleme,
- **Kleinkindalter:** überregulierte Mutter-Kind-Beziehung, Schlafstörungen, Ess-Störungen des Kleinkindes,
- **Schulalter:** Schulangst, Schulverweigerung, Mobbing, somatoforme Störungen (Bauchschmerzen, Kopfschmerzen ...), Enuresis, Enkopresis,
- **Jugendalter:** Essstörungen (Anorexie, Bulimie, Adipositas), Sozialisierungsstörungen, Belastungsreaktionen, dissoziative Erkrankungen/ Konversion.

Dabei ergibt sich in der Behandlung naturgemäß eine gewisse Überlappung zwischen Kinder- und Jugendheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie, die im Idealfall „Tür an Tür“ gemeinsam mit anderen Professionen für die Patientenversorgung verantwortlich sind.

### „Kinder, die keiner will“

Besondere Aufmerksamkeit verdienen jene Kinder und Jugendlichen, die „keiner will“. Damit sind einerseits Patienten mit „Therapieresistenz“ gemeint (z. B. bei chronischem Schmerz, Anorexia nervosa, Suchtverhalten), andererseits solche mit sozialen Integrationsproblemen. Erstere haben häufig einen wiederholten Wechsel der behandelnden Institution

hinter sich, letztere finden sich typischerweise im sozialen Umfeld (Familie, Schule, Wohngemeinschaft, Arbeitsplatz etc.) nicht zurecht und haben meist schon diverse Hilfen „konsumiert“. Die Betreuung dieser Patienten muss sich in besonderer Weise auf das biopsychosoziale Konzept stützen und einem multiprofessionellen Ansatz folgen. Trotz großen Aufwandes bleibt der Erfolg allerdings oft aus, und negative Karrieren sind dann vorgezeichnet. Chronische Krankheit, fehlende/r Schulabschluss/ Ausbildung, Langzeitarbeitslosigkeit, aber auch Kriminalität sind mögliche Langzeitkonsequenzen.

» Trotz großen Aufwandes bleibt der Erfolg für ein bestimmtes Patientenkollektiv manchmal aus

Die Behandlung/Betreuung dieser Gruppe konnte bisher noch nicht zufriedenstellend geregelt werden, erfordert z. B. bezüglich „verpflichtender Unterbringung“ in geeigneten Einheiten auch neue Modelle, und stellt daher für die Zukunft eine besondere Herausforderung dar.

### Zusammenarbeit der Sonderfächer und mit anderen Professionen

Die Zusammenarbeit zwischen Kinder- und Jugendheilkunde und Kinder- und Jugendpsychiatrie sollte ebenso selbstverständlich sein wie die Zusammenarbeit von Pädiatrie und Kinderchirurgie. Jedes Sonderfach sollte die ihm eigene Expertise im besten Interesse der Patienten einbringen. Gemeinsame Besprechungen, Visiten und Fallführung [10, 11] können das gegenseitige Verständnis fördern und den „Horizont erweitern“.

Für die weitere therapeutische Versorgung sollen/können weitere Professionen unter dem Motto eingebunden werden: „Wer kann was am besten“? Insbesondere sollte auch eine wohnortnahe Betreuung angestrebt werden, u. a. durch die *lokalen/regionalen psychosozialen Dienste*. Dabei ist im weiteren Verlauf die gegenseitige „Vernetzung“ (Abb. 3) mit ent-

## Neue Versorgungslandschaften

scheidend für den Therapieerfolg. Dieser sollte regelmäßig objektiv reevaluiert werden. Ziel aller Bemühungen muss dabei nicht nur das „Freisein von Krankheitssymptomen“ sein, sondern gemäß den WHO-Kriterien das bestmögliche physische, psychische und soziale Befinden [11].

### Die aktuelle Versorgungssituation in Österreich

Aus Gründen der Vereinfachung wird hier nur zur stationären Versorgung Stellung genommen. Diese wurde von der *Gesundheit Österreich GmbH* analysiert [12] und ergab:

- 17 Integrierte Versorgungseinrichtungen (Pädiatrie, PSO-KJ, KJP),
- 24 Pädiatrische Abteilungen ohne spezifische Mental-Health-Versorgung und
- 7 KJP-Einrichtungen ohne spezifische pädiatrische Betreuung.

Diese Situation kann nicht als befriedigend angesehen werden, da in den „Stand-alone“-Einheiten die jeweilige „Partnerexpertise“ fehlt. Für die Zukunft anzustreben sind vielmehr *integrierte Kinder- und Jugendzentren* mit Pädiatrie, Psychosomatik und KJP-Betreuung (zumindest in Form eines Konsiliar- oder Liaisondienstes).

### Warum Pädiater (und Allgemeinmediziner) über eine psychosomatische Expertise verfügen müssen

Kinder und Jugendliche mit „psychosomatischen“ Beschwerden werden in den allermeisten Fällen bei Kinder- und Jugendärzten oder Allgemeinmedizinerinnen vorgestellt [11, 13], in der BELLA-Studie wurde der Prozentsatz dafür mit 87,6% angegeben [7]. Naturgemäß wird in den allermeisten Fällen die somatische Untersuchung am Anfang stehen, Pädiater und Allgemeinmediziner sollten aber in Kenntnis des biopsychosozialen Konzepts [2] frühzeitig auch nichtorganische Ursachen in Betracht ziehen.

Diese „Zweiäugigkeit“ [5, 6] ist wegen der wechselseitigen Pathogenese

(z.B. Schmerz bedingt psychische Veränderung/psychische Belastung bedingt Schmerz) von besonderer Bedeutung. Aus diesem Grund sind psychosomatische Inhalte im Rasterzeugnis für Kinder- und Jugendheilkunde auch essenziell vertreten. Fortbildungsveranstaltungen, Bücher/Lernmaterial [14, 15] und die demnächst realisierte Spezialisierung „*fachspezifische Psychosomatik*“ können wesentlich dazu beitragen, diese Expertise herzustellen und zu vertiefen. Gerade durch die erwähnte „Zweiäugigkeit“ (Blick auf die somatische und psychische Komponente) können unnötige diagnostische (und therapeutische) Fehl- und Umwege vermieden und der Krankheitsverlauf günstig beeinflusst werden (u.a. Verhinderung von Chronifizierung).

### Prävention

Wenn tatsächlich ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen an funktionellen Beschwerden leidet und 23–35% psychische Auffälligkeiten zeigen, haben wir ein Problem, das mit medizinischen Maßnahmen (allein) nicht zu lösen ist. Es müssen dann vielmehr effektive Präventionsmaßnahmen zum Einsatz kommen [7, 16]. So wie die Pädiatrie vor über 200 Jahren die Impfung eingeführt hat, um die Resistenz gegen Kinderkrankheiten zu „erzeugen“, müssen im Mental-Health-Bereich präventive Maßnahmen gesetzt werden, um Risikofaktoren zu vermindern, Schutzfaktoren zu fördern und Resilienz zu erzeugen [5]. Dabei sind alle „im System“ Tätigen von der Politik bis zum medizinischen Primärversorger gefordert.

### Die Spezialisierung „Psychosomatische Medizin“ als neue Chance

Die im Jahr 2018 in Österreich eingeführte multidisziplinäre Spezialisierung „*Fachspezifische psychosomatische Medizin*“ eröffnet neue Chancen für Diagnostik, Therapie und Prävention. Sie sollte dazu beitragen, dass Patienten vermehrt „ganzheitlich“ betrachtet werden und frühzeitig adäquate Versorgung erhalten.

Eben weil Psyche und Soma eine Einheit bilden.

### Fazit für die Praxis

- **Kinder und Jugendliche präsentieren sich häufig mit Symptomen (u. a. Schmerzen), die a priori nicht eindeutig einer körperlichen oder psychischen Ursache zuzuordnen sind.**
- **Gerade in der Kinder- und Jugendmedizin ist das biopsychosoziale Modell zu berücksichtigen, dem zufolge Soma und Psyche in gegenseitiger Wechselwirkung stehen und sich gegenseitig beeinflussen.**
- **Konsequenterweise müssen daher Diagnostik und Therapie einem ganzheitlichen Prinzip folgen.**
- **Die Kooperation zahlreicher Partner und der „Blick über den Tellerrand“ sind Bedingungen für eine optimierte Versorgung.**
- **Die „Pädiatrische Psychosomatik“ ist für zahlreiche Erkrankungen nicht nur versorgungsrelevant, sondern auch ein wichtiges Bindeglied zwischen der Pädiatrie und anderen Berufsgruppen.**

### Korrespondenzadresse



© Privat

**Univ.-Prof. Dr. R. Kerbl**  
Abteilung für Kinder und Jugendliche, LKH Hochsteiermark, Standort Leoben  
Vordernbergerstraße 42,  
8700 Leoben, Österreich  
reinhold.kerbl@kages.at

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** R. Kerbl gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine vom Autor durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren. Die Erstellung des Manuskripts erfolgte unter Einhaltung der aktuellen Fassung der Deklaration von Helsinki. Alle Angaben zu Patienten wurden anonymisiert.

### Literatur

1. Kaul E (2017) Soma und Psyche im Spiegel des Menschenbildes. <https://www.psychotherapie->

- [wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/1763/2493](https://www.wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/1763/2493) (Erstellt: 17. Nov. 2017). Zugegriffen: 25. Juni 2018
- Egger JW (2005) Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. *Psychol Med* 16:3–12
  - Leitner A, Pieh C, Matzer F, Fazekas C (2013) Werden in Österreich Patienten mit psychosomatischen Störungen ausreichend versorgt? *Z Psychosom Med Psychother* 59:408–421
  - Uexküll T (1996) *Psychosomatische Medizin*, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München
  - Kamper A (2015) Psychische und psychosomatische Probleme im Jugendalter. Grundlagen, Grundsätze und erste Schritte des Beziehungsaufbaus. *Monatsschr Kinderheilkd* 163:900–910
  - Scheer P, Kamper A, Arbeitsgruppe Psychosomatik der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (2016) Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. *Monatsschr Kinderheilkd* 164:136–140 (Konsensuspapier der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde)
  - Klasen F, Meyros AK, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberer U (2017) Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der BELLA-Studie. *Monatsschr Kinderheilkd* 165:402–407
  - Barkmann C, Schulte-Markwort M (2010) Prevalence of emotional and behavioural disorders in German children and adolescents: A meta-analysis. *J Epidemiol Community Health* 66:194–203
  - Wagner G, Zeiler M, Waldherr K, Philipp J, Truttmann S, Dür W, Treasure JL, Karwautz AFK (2017) Mental health problems in Austrian adolescents: a nationwide, two-stage epidemiological study applying DSM-5 criteria. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 26:1483–1499
  - Kerbl R (2014) Psychosomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Jatros Neurol Psychiatr* 22(5):36–39
  - Thun-Hohenstein L (2012) Kinder im Spannungsfeld von Psyche und Soma. *Monatsschr Kinderheilkd* 160:839–849
  - Kern D (2018) Integrierte psychosoziale Versorgung von Kindern und Jugendlichen. 2. Österreichische Jahrestagung für Pädiatrische Psychosomatik, Leoben, 21.06.2018 *Gesundheit Österreich, Wien*
  - Ellert U, Neuhauser H, Roth-Isigkeit A (2007) Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Prävalenz und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 50:711–717
  - Frank R, Mangold B (Hrsg) (2001) *Psychosomatische Grundversorgung bei Kindern und Jugendlichen: Kooperationsmodelle zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie*. Kohlhammer, Stuttgart
  - Bode H, Büsching U, Kohns U (Hrsg) (2016) *Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie*. Thieme, Stuttgart
  - Felnhöfer A, Kothgassner OD, Klier C (2016) How to prevent depression? Current directions and future challenges in children with chronic medical conditions. *Psychiatr Danub* 28:441–451

Hier steht eine Anzeige.