

Vesterling, Christina; Düring, Ute von
**Bauch- und Kopfschmerzen im Kindesalter – Eine
rehabilitationspädagogische Perspektive auf die Kommunikation und
Beratung von Kindern, Eltern und Lehrkräften bei somatoformen
Beschwerden**

*Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]: Rehabilitationspädagogik.
Handlungsfelder im Wandel. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 72-88*



Quellenangabe/ Reference:

Vesterling, Christina; Düring, Ute von: Bauch- und Kopfschmerzen im Kindesalter – Eine rehabilitationspädagogische Perspektive auf die Kommunikation und Beratung von Kindern, Eltern und Lehrkräften bei somatoformen Beschwerden - In: Stöhr, Wiebke [Hrsg.]; Podszus, Martin [Hrsg.]; Schulze, Gisela C. [Hrsg.]: Rehabilitationspädagogik. Handlungsfelder im Wandel. Bad Heilbrunn : Verlag Julius Klinkhardt 2025, S. 72-88 - URN: urn:nbn:de:0111-pedocs-338753 - DOI: 10.25656/01:33875; 10.35468/6186-05

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-pedocs-338753>

<https://doi.org/10.25656/01:33875>

in Kooperation mit / in cooperation with:



<http://www.klinkhardt.de>

Nutzungsbedingungen

Dieses Dokument steht unter folgender Creative Commons-Lizenz: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.de> - Sie dürfen das Werk bzw. den Inhalt vervielfältigen, verbreiten und öffentlich zugänglich machen, solange Sie den Namen des Autors/Rechteinhabers in der von ihm festgelegten Weise nennen und das Werk bzw. diesen Inhalt nicht bearbeiten, abwandeln oder in anderer Weise verändern.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

This document is published under following Creative Commons-License: <http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/deed.en> - You may copy, distribute and transmit, adapt or exhibit the work in the public as long as you attribute the work in the manner specified by the author or licensor. You are not allowed to alter or transform this work or its contents at all.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.



Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Bauch- und Kopfschmerzen im Kindesalter – Eine rehabilitationspädagogische Perspektive auf die Kommunikation und Beratung von Kindern, Eltern und Lehrkräften bei somatoformen Beschwerden

Zusammenfassung

Der Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Symptomen und Störungen im Kindesalter liegt eine komplexe Kombination von biopsychosozialen Risikofaktoren zugrunde. Therapie- und Beratungskonzepte sollten an diesen Erkenntnissen ausgerichtet sein. Um betroffene Kinder und deren Familien auch präventiv unterstützen zu können, bedarf es professioneller pädagogischer Hilfs- und Beratungsangebote mit niedrigschwelligem Zugang. Zur gezielten Umsetzung müssen spezialisierte Fachkräfte aus- und weitergebildet werden, um Hilfs- und Beratungsangebote für das komplexe Beschwerdebild somatoformer Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter anbieten zu können.

1 Einleitung

Ein häufig genannter Grund für Schulvermeidung und Dropout sind wiederkehrende körperliche Beschwerden, die einen Schulbesuch für betroffene Kinder und Jugendliche unmöglich machen können (Bernstein u.a. 1997; Hagenah & Herpertz-Dahlmann 2005; Vesterling & Koglin 2023b; von Polier & Simons 2020). Aufgrund der gesetzlich verankerten elterlichen Betreuungsaufgabe für ihre Kinder zeigen sich oftmals auch indirekte Auswirkungen des kindlichen Beschwerdebildes auf die elterliche Berufssituation (DPtV 2021). Wiederkehrende körperliche Symptome beeinträchtigen somit nicht nur das kindliche Funktionsniveau, sondern betreffen ebenso den elterlichen bzw. familiären Lebensalltag und gehen damit auch auf einer sekundären Ebene mit hohen gesellschaftlichen bzw. volkswirtschaftlichen Kosten einher (DPtV 2021; Vesterling & Koglin 2023b). Die Sorge um die Gesundheit führt nicht

nur bei betroffenen Kindern und Jugendlichen selbst, sondern auch bei deren Eltern häufig zu einer intensiven Fokussierung auf körperliche Befindlichkeiten mit teilweise katastrophisierenden Gedanken bzw. Fehleinschätzungen von normalen Körperfunktionen (Crombez u.a. 2003; von Polier & Simons 2020). Zusätzlich führt der große Wunsch nach medizinischer Ab- und Erklärung der Symptomatik zum Einsatz von zum Teil immensen und inadäquaten diagnostischen Verfahren oder Behandlungen (bis hin zu unnötigen invasiven Eingriffen und Operationen) (Hagenah & Herpertz-Dahlmann 2005). Dennoch bleibt ein organischer Befund oftmals aus, was in der Vergangenheit auch in den diagnostischen Kriterien der DSM-IV und der ICD-10 verankert war (APA 1994, 2000; WHO 1992). Immer wiederkehrende körperliche Symptome, die nicht oder nicht hinreichend durch einen organischen Befund erklärt werden konnten, konnten z. B. in der ICD-10 als psychiatrische Diagnose unter Somatoforme Störungen (F45.-) verortet werden (WHO 1992). Doch gerade das Fehlen eines organischen Befundes führte nicht selten dazu, dass Betroffene und deren Eltern sich stigmatisiert und sich dem Vorwurf der Simulation ausgesetzt fühlten (Kleinstäuber & Hiller 2018). Aufgrund einer vielschichtigen Kritik verzichteten die aktuellen Versionen, sowohl des DSM als auch der ICD (DSM-5 und ICD-11), daher nun auf das Fehlen eines Organbefundes und fokussieren stattdessen auftretende Beeinträchtigungen des Funktionsniveaus und der Lebensqualität (APA 2013; WHO 2019). Trotz einer hohen Prävalenzrate von somatoformen Symptomen im Kindes- und Jugendalter von 31% (Vesterling u.a. 2023), fand das Symptom- und Störungsbild in der wissenschaftlichen Grundlagenforschung bis vor einigen Jahren noch erstaunlich wenig Aufmerksamkeit. Ebenso bedarf es mehr Informationen über die Ätiopathogenese des Symptom- und Störungsbildes in praxisorientierten pädagogischen Bereichen, wie z. B. in Schule oder pädagogischen Familienberatungsstellen. Insbesondere für Lehrkräfte ist es wichtig auftretende Symptomatiken schnell zu erkennen, um diese dann mit den Schüler:innen und ggf. mit deren Eltern zu thematisieren. Ein solches Vorgehen kann dazu beitragen eine notwendige schnelle medizinische Abklärung immer wiederkehrender Symptome zu initiieren und zusätzlich einen schnellen Zugang zu präventiven Hilfsangeboten wie z. B. Beratung zu gewährleisten.

In der aktuellen Literatur wird in großer Übereinstimmung ein biopsychosoziales Entstehungsmodell mit multifaktorieller Ätiopathogenese beschrieben (z. B. Kleinstäuber u.a. 2017; von Polier & Simons 2020). Insbesondere für die Aufrechterhaltung und Verstärkung des Symptombildes konnten psychosoziale Faktoren und deren Zusammenwirken identifiziert werden und sowohl lerntheoretische Ansätze als auch psychoanalytische Theorien werden herangezogen, um aufrechterhaltende Mechanismen zu erklären (Walker u.a. 2002; Walker & Zeman 1992; Vesterling 2023; Vesterling & Koglin 2023b).

Ebenso wie die genannten systemübergreifenden symptom- und störungsrelevanten Auswirkungen des kindlichen Beschwerdebildes, sind auch die entstehungs- und aufrechterhaltenden Faktoren nicht lediglich bei den Kindern und Jugendlichen zu verorten (vgl. Vesterling & Koglin 2023b). Stattdessen konnten aktuelle Forschungsarbeiten ein Zusammenspiel von kindlichen, elterlichen und sozialen bzw. schulischen Faktoren identifizieren (Vesterling & Koglin 2020; Vesterling & Koglin 2023a; Vesterling 2023). Zwar rückte das Störungsbild in den letzten Jahren immer weiter in den Fokus der Wissenschaft, gleichwohl aber scheint die Tabuisierung noch nicht überwunden zu sein. Eine medizinische Diagnose scheint gesellschaftlich immer noch anerkannter zu sein als eine psychiatrische Diagnose. Dadurch ist die Kommunikation und Beratung über mögliche psychiatrische Ursachen der Symptomatik mit betroffenen Familien häufig mit vielen Widerständen verbunden und sie stellt sich somit für die Helferinstanzen als durchaus herausfordernd dar (Hahn u.a. 1996; Kleinstäuber & Hiller 2018; Rief u.a. 2004). Aus diesem Grund ist es von zentraler Bedeutung das Symptom- und Störungsbild von der Assoziation mit dem „*eingebildeten Kranken*“ (Molière 1981, 264-267) zu lösen. Dazu sind Psychoedukation und Beratung von Betroffenen und deren Familien unter Einsatz empathischer Kommunikation durch z. B. Lehrkräfte, soziale Hilfeinstanzen und Ärzt:innen von großer Bedeutung.

2 Somatoforme Beschwerden im Kindesalter– Ein Fallbeispiel

„Seit nun bereits einem Jahr spielt sich eigentlich jeden Morgen das Gleiche ab“, berichtet Frau B (45 Jahre alt und Angestellte einer Supermarktkette). Ihre Tochter K (9 Jahre alt, Einzelkind und Schülerin der 3. Grundschulklasse) könne morgens nicht zeitig aufstehen, um zur Schule zu gehen, klage wiederholt über Bauchschmerzen und Übelkeit. Bei der morgendlichen Aufstehsituation weine und schreie sie abwechselnd, könne sich nicht mehr beruhigen und klammere sich hilflos an ihre Mutter oder verkrieche sich unter dem Frühstückstisch. Bei der Beschreibung der Situation wirkt Frau B erschöpft, verzweifelt und hilflos. Da sie ihre Tochter im Krankheitsfall ja betreuen müsse, könne sie selber regelmäßig nicht zur Arbeit gehen. Sie mache sich große Sorgen ihren Job zu verlieren, wenn das so weiter ginge. Alles hätte nach einem völlig harmlosen Magen-Darm-Infekt ihrer Tochter im vergangenen Jahr begonnen und hätte sich seither ständig gesteigert. Zu den Bauchschmerzen seien auch Kopfschmerzen und Schwindel hinzugekommen, so dass K immer mehr Schulunterricht versäume. Ebenso hätten sich die Freizeitaktivitäten ihres Kindes stark eingeschränkt. Die meiste Zeit verbringe sie nun Zuhause vor dem Fernseher oder Computer. Frau B ergänzt noch erklärend: *„Meine Tochter scheint wieder ganz klein zu sein“.* Frau B mache sich große Sorgen um die Gesundheit ihres Kindes. Auch sie habe häufig Migräne und wisse wie es sei mit Schmerzen zu leben. Überzeugt ergänzt Frau B noch: *„Da muss man dem Kind doch helfen und verstehen, dass der Besuch in der Schule in diesem Zustand nun wirklich unmöglich ist – aber den Lehrer:innen geht es ja nur darum, dass die Kinder funktionieren – das ist wirklich herzlos“.* Frau B sei mit K schon mehrmals bei ihrer Kinderärztin vorstellig geworden. Ein medizinischer Befund für die Beschwerden ihrer Tochter blieb bis dahin allerdings aus. Daher beginnt Frau B mehr und mehr an der Kompetenz der Ärztin zu zweifeln *„irgend etwas muss doch der Grund für die Schmerzen sein – K täusche diese doch nicht nur vor“.* Herr B, der Vater von K (41 Jahre alt, Ingenieur), unterstützt allerdings genau diese Annahme. Immerhin sei es ja schließlich ein *„ganz guter Deal“.* Seine Tochter brauche nicht zur Schule zu gehen, werde zusätzlich zuhause von ihrer Mutter umsorgt und verwöhnt. Da würde er sich auch überlegen häufiger mal Bauch- und Kopfschmerzen zu haben. Augenzwinkernd ergänzt er noch: *„Das hat schon seine Vorteile“* und weiter erwähnt er noch beiläufig *„Naja, meine Frau mag es ja sowieso am liebsten, wenn alle Familienmitglieder ständig um sie herum sind, da hat sie dann mehr Kontrolle über die böse, böse Welt“.*

3 Informationen zum Symptombild für soziale Helferinstanzen

Aus dem Fallbeispiel lassen sich bereits eine Reihe von Informationen entnehmen, die für das Verständnis des Symptom- und Störungsbildes von großer Bedeutung sind. Dieses grundlegende Verständnis ist gerade für Lehrkräfte und soziale Helferinstanzen von zentraler Bedeutung, wenn diese psychoedukativ und beratend mit betroffenen Kindern und deren Eltern tätig werden. In Abbildung 1 sind relevante Aspekte aus dem Fallbeispiel zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes visualisiert und als einführende Informationsbasis zusammengefasst.

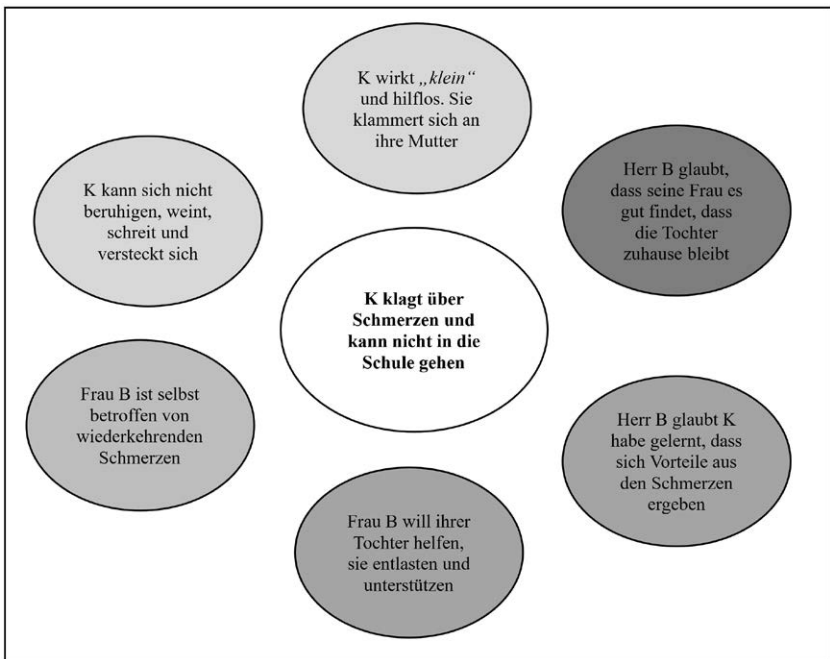


Abb. 1: Relevante Aspekte des Fallbeispiels zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Beschwerdebildes

Aufgrund der Komplexität der Thematik kann das genannte Fallbeispiel aber nur einzelne Risikofaktoren und Wirkkonstellationen darstellen und ebenso kann für das daraus resultierende Schaubild kein Anspruch auf Vollständigkeit angenommen werden. Zur vertiefenden Lektüre sei daher z. B. auf Vesterling und Koglin 2023b verwiesen.

Auf welche Risikofaktoren die Aussagen im Fallbeispiel hinweisen könnten bzw. welche theoretischen Hintergründe diesen zugrunde liegen, wird in Tabelle 1 dargestellt. In den nachfolgenden Abschnitten (3.1 bis 3.4) sollen diese genauer beschrieben werden.

Tab. 1: Mögliche Risikofaktoren im Fallbeispiel und zugrundeliegende theoretische Hintergründe

	Fallbeispiel	Theoretischer Hintergrund	Risikofaktoren
3.1	K wirkt „klein“ und hilflos. Sie klammert sich an ihre Mutter	Eltern- Kind-Interaktionsfaktoren	Unsichere Bindung Hier: ängstliche Bindung
3.1	K kann sich nicht beruhigen, weint, schreit und versteckt sich	Kindliche Faktoren	Emotionsregulationskompetenzen Hier: Maladaptive Emotionsregulation
3.2	Frau B ist selbst betroffen von wiederkehrenden Schmerzen	Elterliche Faktoren	Lernen am Modell Hier: Weitergabe von Krankheitsverhalten
3.3	Frau B will ihrer Tochter helfen, sie entlasten und unterstützen	Elterliche Faktoren	Erziehungsverhalten Hier: Elterliche Überbehütung
3.4	Herr B glaubt K habe gelernt, dass sich Vorteile aus den Schmerzen ergeben	Lerntheoretische Annahmen und Mechanismen des Krankheitsgewinns	Operante Konditionierung und sekundärer Krankheitsgewinn Hier: positive und negative Verstärkung
3.4	Herr B glaubt, dass seine Frau es gut findet, dass die Tochter zuhause bleibt	Transgenerationale Faktoren und Mechanismen des Krankheitsgewinns	tertiärer Krankheitsgewinn der Mutter bei somatoformen Symptomen des Kindes

3.1 Unsichere Bindung und mangelnde Emotionsregulationskompetenz als Risikofaktor

Wenn sich Säuglinge unwohl fühlen, erfahren sie dies körperlich (Landa u.a. 2012). Dabei ist es zunächst einmal gleichgültig woher das Unwohlsein rührt, ob sie Hunger haben, müde sind oder gewickelt werden müssen. Ein angemessener frühkindlicher Ausdruck von „Distress“ ist körperlich (ebd.). Dies ändert

sich erst im Laufe der kognitiven und emotionalen Entwicklung eines Kindes (ebd.). Das Konstrukt der Bindung nach John Bowlby (1969/1982) gilt dabei als zentraler Faktor in der Entwicklungspsychologie und der Entwicklungspsychopathologie sowohl im Hinblick auf kindliche emotionale Kompetenzen als auch auf somatoforme Symptome (Ainsworth 1969; Bowlby 1977; Brumariu 2015; Cassidy 1994; Landa u.a. 2012; Vesterling & Koglin 2020; Waller & Scheidt 2006).

In einem Zitat von John Bowlby beschreibt dieser das Wesen der Bindung als Schutzfaktor vor pathologischen Entwicklungsverläufen folgendermaßen:

Der Säugling und das Kleinkind sollte eine warme, intime und kontinuierliche Beziehung zu seiner Mutter (oder einem ständigen Mutterersatz) erleben, in der beide Zufriedenheit und Freude empfinden. In einer solchen Beziehung werden sich die Gefühle von Angst und Schuld, die im Übermaß psychische Erkrankungen kennzeichnen, in gemäßigter und geordneter Weise entwickeln. (Bowlby 1951, 11, frei aus dem Englischen übersetzt)

Das Gelingen oder Nichtgelingen einer solchen Beziehungskonstellation zwischen Eltern und ihren Kindern lässt sich durch verinnerlichte Bindungsmodelle, sogenannte „*inner working models*“ beschreiben (Ainsworth u.a. 1974; Ainsworth 1985; Bowlby 1969/1982), die durch unterschiedliche Interaktionsverhaltensweisen und -qualitäten gekennzeichnet sind. Eine grobe Einteilung lässt sich vornehmen in „*sichere*“ und „*unsichere*“ Bindungsqualitäten (Ainsworth u.a. 1974; Ainsworth 1985; Bowlby 1969/1982; Bowlby 1973). Sichere Bindung gilt dabei als Schutzfaktor und ist gekennzeichnet durch sensibles Fürsorgeverhalten der Eltern auf kindliche Bindungsverhaltensweisen in Stresssituationen (Ainsworth 1969; Ainsworth 1985). Durch prompte, angemessene und verlässliche Reaktionen der Eltern auf hilfesuchendes Verhalten der Kinder in emotional belastenden Situationen, sind die Kinder in der Lage stabile Selbstwirksamkeitserfahrungen zu verinnerlichen, auf verlässliche Hilfe in Notsituationen zu vertrauen und schlussendlich eine Überzeugung in den positiven Ausgang auch schwieriger Situationen zu entwickeln (Ainsworth 1985; Bowlby 1969/1982). Unsichere Bindungsqualitäten können grob auf zwei Dimensionen abgebildet werden (Brenning u.a. 2011) und spielen bei somatoformen Beschwerden insbesondere im Zusammenhang mit der kindlichen Emotionsregulation eine wichtige Rolle (Cassidy 1994; Waller & Scheidt 2006). Ausprägungen unsicher-vermeidender Bindung resultieren aus zurückweisendem Elternverhalten bei hilfesuchendem kindlichen Verhalten (Ainsworth u.a. 1978; Cassidy 1994). Eine Pfadanalyse von Vesterling und Koglin (2023a) konnte zeigen, dass Kinder mit unsicher-vermeidender Bindungsstruktur daher vornehmlich pathogene Strategien der Emotionsunterdrückung oder -verneinung nutzen, um hilfesuchendes Verhalten in Stresssituationen zu

vermeiden. Resultierende überfordernde Versuche der Selbstregulation durch z. B. Ablenkung und intensives Spielverhalten, gelingen aber nur scheinbar (Ainsworth u. a. 1978; Spangler & Zimmermann 1999). Solch pathogenes Anpassungsverhalten gewährleistet zumindest den frühkindlich „überlebenswichtigen“ Kontakt zu den Eltern nicht weiter zu gefährden, kann aber gleichwohl zu Einschränkungen einer gesunden emotionalen Kompetenzentwicklung des Kindes führen (Bowlby 1973). Gleichzeitig fanden sich im weiteren Pfadverlauf Zusammenhänge über externalisierende Verhaltensweisen auf somatoforme Symptome (Vesterling & Koglin 2023a). Unsicher-ängstliche Bindung ist geprägt von der Sorge des Kindes von seinen Bezugspersonen getrennt zu sein (Ainsworth u. a. 1978; Cassidy 1994). Aufgrund inkonsistentem elterlichen Fürsorgeverhalten versuchen die Kinder selbstständig den körperlichen Kontakt zu den Eltern, auch in nicht stressbesetzten Situationen aufrechtzuerhalten, um sichergehen zu können bei Bedarf prompt Schutz und Trost zu erhalten. Dies führt häufig dazu, dass betroffene Kinder nicht altersadäquat dazu in der Lage sind, die Welt neugierig zu explorieren bzw. zu Lernen. Stattdessen verbleiben sie in einer nicht altersangemessenen Abhängigkeit zu ihren Eltern, können keine guten Selbstwirksamkeitserfahrungen machen und fühlen sich daher ohne die extrinsische Hilfe ihrer Bezugspersonen hilflos und ängstlich (Cassidy & Berlin 1994; Ciechanowski u. a. 2002). Kinder mit hoch ausgeprägten Werten bindungsbezogener Angst nutzten vornehmlich sog. maladaptive Strategien, wie beispielsweise Katastrophisierung, Selbstabwertung oder Rumination. Die Aufrechterhaltung von körperlichen Symptomen könnte eine „geeignete“ Möglichkeit darstellen, um einen andauernden Kontakt mit den Eltern zu gewährleisten, um somit die bindungsbasierten kindlichen Grundbedürfnisse nach Schutz und Trost aktiv sicherzustellen (Cassidy & Berlin 1994; Ciechanowski u. a. 2002). Um bindungsspezifische Beratungs-, Interventions- und Behandlungsangebote machen zu können, müssen die beschriebenen unterschiedlichen bindungsbedingten Kompetenzdefizite der kindlichen Emotionsentwicklung Beachtung finden (Vesterling & Koglin 2023a).

3.2 Krankheitsverhalten durch Lernen am Modell als Risikofaktor

Einen weiteren Risikofaktor für somatoforme Symptome und Störungen stellt das erlernte Krankheitsverhalten der Kinder dar (Walker & Zeman 1992). Rief und Nestoriuc (2015) beschrieben in ihrer Übersichtsarbeit, dass Menschen auf sehr unterschiedliche Weisen auf Krankheitssymptome reagieren können. Die Verhaltensweisen variieren dabei von dem Wunsch einer intensiven Kommunikation über die Beschwerden bis hin zu weitreichenden sozialen Rückzugsverhaltensweisen. Pilowski (1969) beschreibt erstmals für erwachsene Patient:innen mit Krankheitssymptomen, die nicht durch einen

organischen Befund erklärt werden können, „*Abnormales Krankheitsverhalten*“, mit Ausprägungen übermäßiger Krankheitssorge (Rief u.a. 2003; Rief & Nestoriuc 2015). So suchen diese übermäßig viel medizinische Hilfe auf, was zu häufigen Behandler:innenwechseln, sogenanntem „*doctor shopping*“ führen kann, und/oder fordern unverhältnismäßig weitreichende medizinische Untersuchungen ein (Rief u.a. 2003; Rief & Nestoriuc 2015). Ebenso wird ein inadäquates Vermeiden von körperlichen Aktivitäten als sogenanntes „*Schonungsverhalten*“ beschrieben, dessen Auswirkungen über die Zeit zu deutlichen Einschränkungen des allgemeinen Funktionsniveaus beitragen können (Rief u.a. 2003). Rief und Nestoriuc (2015, 52) resümieren in ihrer Übersichtsarbeit:

Krankheitsverhalten ist somit nicht das primäre Resultat biologischer Krankheitsvorgänge, sondern ein erworbenes und erlerntes Verhalten im Umgang mit Erkrankungen und körperlichen Symptomen.

Die Art und Weise der Anpassung an krankheitsbedingte Belastungen, das sog. „*Coping Behavior*“, kann durch Lernen am Modell erworben werden und damit auch bei Kindern als Risikofaktor für somatoforme Symptome und Störungen wirken (Bandura 1976; Bandura u.a. 1979; Walker & Zeman 1992). Dysfunktionales Krankheitsverhalten kann damit innerfamiliär von einer Generation zur nächsten weitergegeben werden.

3.3 Einflüsse elterlichen Erziehungsverhaltens durch operante Konditionierung und sekundären Krankheitsgewinn als Risikofaktor

Empirische Forschungsarbeiten zeigen auf, dass das Erziehungsverhalten der Eltern eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung und Verstärkung des kindlichen Symptom- und Störungsbildes haben kann (z.B. Janssens u.a. 2009; Rousseau u.a. 2014). Besonders überbehütendes Erziehungsverhalten steht mit dem Auftreten und der Chronifizierung von somatoformen Symptomen und Störungen im Zusammenhang (Janssens u.a. 2009; Vesterling 2023). Neben Aspekten der sozial-kognitiven Lerntheorie bei der Weitergabe von Krankheitsverhalten, werden zur Aufrechterhaltung bzw. Verstärkung des Symptombildes im Zusammenhang mit Erziehungsverhalten insbesondere Mechanismen der Operanten Konditionierung durch Lernen am Erfolg nach Thorndike und Skinner diskutiert (Skinner 1951;1953). So können Krankheitssymptome des Kindes beispielsweise durch „positive und negative Verstärkung“ aufrechterhalten werden oder sich sogar ausweiten (Walker u.a. 2002; Fordyce 1989; Vesterling 2023). Als Beispiel für mögliche „positive Verstärker“ wären hier elterliche Verhaltensweisen wie übermäßige Aufmerksamkeit und Zuwendung

zu nennen. Krankheitssymptome können auch durch die Erlaubnis von sonst untersagten Verhaltensweisen, wie Fernsehen oder PC-Spiele, verstärkt werden (Vesterling & Koglin 2023b). Die elterliche Erlaubnis dazu, der Schule fernzubleiben zu dürfen oder aber keine altersangemessenen Aufgaben im Haushalt erledigen zu müssen, sind Beispiele für „negative Verstärkermechanismen“. Neben den genannten lerntheoretischen Ansätzen, lässt sich die Aufrechterhaltung und Verstärkung ebenso über das Konstrukt des „sekundären Krankheitsgewinns“ erklären (Fishbain 1994; Fishbain u.a. 1995; Vesterling 2023; Walker u.a. 2002;) Hierbei erleben die Kinder ebenso kurzfristige Entlastung durch soziale Vorteile, die sich aus den körperlichen Symptomen ergeben (Walker u.a. 2002).

3.4 Transgenerationale Faktoren und Mechanismen des tertiären Krankheitsgewinns als Risikofaktor

Ergebnisse aktueller Forschungsarbeiten weisen darauf hin, dass elterliche Faktoren aber nicht nur über Mechanismen des „sekundären“- sondern auch des „tertiären“ Krankheitsgewinns einen aufrechterhaltenden und verstärkenden Einfluss auf das kindliche Symptombild haben können (Vesterling 2023). Tertiäre Krankheitsgewinne betreffen die erkrankte Person indirekt (Dansak 1973; Fishbain 1994). Beispielsweise können überbehütende Eltern aufgrund eigener Ängste ein begründetes Interesse daran haben, eine größtmögliche Kontrolle über den Lebensalltag ihrer Kinder zu haben (Dansak 1973; Fishbain 1994). Eine Vermeidung des Schulbesuches könnte hier durchaus einen elterlichen Gewinn an der Krankheit des Kindes darstellen (vgl. Dansak 1973; Vesterling 2023; Worzer u.a. 2009). Anzumerken bleibt noch, dass sowohl die beschriebenen interaktionalen bzw. sozialen Prozesse beim sekundären- als auch beim tertiären Krankheitsgewinn als unbewusst initiiert angesehen werden (Dansak 1973; Fishbain 1994).

4 Kommunikation und Beratung bei somatoformen Beschwerden

Wie bereits dargestellt kann die Kommunikation und Beratung von Patient:innen mit somatoformen Beschwerden eine herausfordernde Aufgabe darstellen (Hahn u.a. 1996; Kleinstäuber & Hiller 2018; Rief u.a. 2004). Für den notwendigen Aufbau einer tragfähigen Behandlungs- bzw. Beratungsbeziehung bedarf es daher hoher kommunikativer und empathischer Kompetenzen auf Seiten der Behandler:innen bzw. Berater:innen, die nach den Annahmen Carl Rogers (Rogers 1967) durch „*Kongruenz (Authentizität)*“, „*Unbedingte Wertschätzung*“ und „*Empathischen Verstehen*“ (Zitat: Weinberger 2013, 22) geprägt sein sollten

(vgl. ausführlich dazu Toussaint & Herzog 2020). Darüber hinaus werden von Kleinstäuber und Kolleg:innen (2017) für die Kommunikation mit erwachsenen Patient:innen mit somatoformer Symptomatik weitere Ansätze wie beispielsweise die „*motivierende Gesprächsführung*“ mit Kommunikationstechniken wie z. B. dem „*Change Talk*“ (Miller & Rollnick 2004), vorgeschlagen (genauer dazu in Kleinstäuber u. a. 2017, 73-88). Genannte Ansätze können ebenso auf die Behandlung bzw. Beratung von betroffenen Kindern, Jugendlichen und deren Eltern übertragen werden und stellen auch hier eine mögliche Grundlage von Behandlung oder Beratung dar. In einem kurzen Literaturüberblick haben Kleinstäuber und Hiller (2018) bereits vorliegende Therapiemanuale und Selbsthilfe-Ratgeber bei somatoformen Störungen für das Erwachsenenalter zusammengefasst (ebd., Tab. 33-1, 325). Psychoedukative Patient:innenberatung mit Aufklärung über das Zusammenspiel von Entstehungs- und aufrechterhaltenden Faktoren spielt dabei eine zentrale Rolle. Genauer definieren Bäuml und Pitschel-Walz (2018, 3) Psychoedukation folgendermaßen:

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden demnach systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Kleinstäuber und Kolleg:innen (2017, S. 35, Abb. 2.2) zeigen dazu beispielsweise ein Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Störungen in Anlehnung an Rief und Hiller (2011).

Anhand des Modells können Zusammenhänge von Symptomauslöser, -wahrnehmung, -fehlbewertung, -verstärkung und Krankheitsverhalten visualisiert und gemeinsam mit den Patient:innen besprochen und analysiert werden (Kleinstäuber u. a. 2017; Kleinstäuber & Hiller 2018).

Psychoedukative Ansätze in der Beratung von Kindern und Eltern

Psychoedukative Beratungsansätze für somatoforme Symptome und Störungen bei Kindern und Jugendlichen fehlen bislang noch weitgehend (Kleinstäuber & Hiller 2018). Das „*Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung somatoformer Symptome und Störungen im Kindesalter*“ nach Vesterling und Koglin (2023b, Abb. 4. 4, 28) kann hierbei als richtungsweisend gelten. Anhand dieses Modells können kindliche, elterliche, interaktionale und soziale bzw. schulische Faktoren und deren Wechselwirkungen visualisiert und in einen psychoedukativen Prozess zusätzlich eingebunden werden. Dies ermöglicht eine Erweiterung über einen rein patient:innenorientierten Ansatz hinaus, zu einer systemzentrierten Betrachtungsweise, was bei somatoformen Symptomen und Störungen im Kindes- und Jugendalter unerlässlich ist (Vesterling & Koglin

2023b). Zu einer differenzierten Zielbeschreibung von Psychoedukation formulieren Bäuml und Pitschel-Walz (2018) Unterschiede für Patient:innen, Angehörige bzw. Bezugspersonen und professionelle Helferinstanzen. Kurze Einblicke in das psychoedukative Vorgehen innerhalb der Therapie somatoformer Störungen bei Kindern und Jugendlichen finden sich auch bei Hagenah und Herpertz-Dahlmann (2005) und von Polier und Simons (2020).

Abgeleitet von den Ausführungen von Bäuml und Pitschel-Walz (2018) und angelehnt an das oben skizzierte Fallbeispiel können sich folgende in Tabelle 2 zusammengefasste psychoedukative Beratungsinhalte als zielführend beschreiben lassen. Aus Platzgründen können hier für jede Beratungszielperson lediglich beispielhaft Beratungsinhalte beschrieben werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Entstehung und Aufrechterhaltung von somatoformen Symptomen und Störungen im Kindesalter eine komplexe Kombination von biopsychosozialen Risikofaktoren zugrunde liegt. Daher sollten auch Therapie- und Beratungskonzepte an diesen Erkenntnissen ausgerichtet werden. Um Kinder mit somatoformer Symptomatik und deren Familien auch präventiv unterstützen zu können, bedarf es dringend der Etablierung von professionellen pädagogischen Hilfs- und Beratungsangeboten mit niedrighschwelligem Zugang. Gleichzeitig müssen mehr spezialisierte Fachkräfte aus- und weitergebildet werden, um evidenzbasierte Hilfs- und Beratungsangebote für das komplexe Beschwerdebild somatoformer Symptome und Störungen im Kindes- und Jugendalter anbieten zu können.

Tab. 2: Beispiele personenorientierter psychoedukativer Beratungsinhalte

Aspekte aus dem Fallbeispiel
K wirkt „klein“ und hilflos. Sie klammert sich an ihre Mutter
K kann sich nicht beruhigen, weint, schreit und versteckt sich
Frau B ist selbst betroffen von wiederkehrenden Schmerzen
Frau B will ihrer Tochter helfen, sie entlasten und unterstützen
Herr B glaubt K habe gelernt, dass sich Vorteile aus den Schmerzen ergeben
Herr B glaubt, dass seine Frau es gut findet, dass die Tochter zuhause bleibt

Kind	
Behandlungs- bzw. Beratungsziele	• Verbesserung des Informationsstandes zu Diagnose, Ätiopathologie und Behandlung der Erkrankung (funktionales Krankheitskonzept) • Emotionale Entlastung • Verbesserung der Selbstwirksamkeitserwartung
Aspekte aus dem Fallbeispiel (siehe Tabelle)	z. B. Emotionale Entlastung durch: • Information darüber, dass es sich um ein bekanntes und verbreitetes Symptombild handelt (viele andere Menschen sind auch von somatoformen Symptomen betroffen / die Beschwerden sind nicht nur „eingebildet“ oder „vorgetäuscht“) z. B. Verbesserung von Selbstwirksamkeit durch: • Informationen über eigene Ressourcen und Ausprobieren und Einüben von eigenen Emotionsregulationsstrategien ohne Hilfe durch die Eltern
Eltern	
Behandlungs- bzw. Beratungsziele	• Verbesserung des Informationsstandes zu Diagnose, Ätiopathologie, symptomaufrechterhaltende Verstärkermechanismen und Behandlung der Erkrankung (funktionales Krankheitskonzept) • Emotionale Entlastung • Verbesserung von krankheitsbedingten innerfamiliären Interaktionen
Aspekte aus dem Fallbeispiel (siehe Tabelle)	z. B. Verbesserung des Informationsstandes zu symptomaufrechterhaltende Verstärkermechanismen • Informationen zu kindlicher Entwicklung und altersadäquatem elterlichen Unterstützungsverhalten • Informationen darüber wie übermäßiges Fürsorgeverhalten die altersadäquate kindliche Entwicklung (z. B. emotionale Kompetenzen) beeinträchtigen und so auch somatoforme Symptome verstärken kann • Informationen über die Wirkweisen von Verstärkermechanismen, z. B. der operanten Konditionierung oder des sekundärem Krankheitsgewinns

Lehrkräfte	
Behandlungs- bzw. Beratungsziele	• Verbesserung des Informationsstandes zu Diagnose, Ätiopathologie, symptomaufrechterhaltende Verstärkermechanismen und Behandlung der Erkrankung • Verbesserung der Wahrnehmung von subjektiv empfundenen Nöten und Bedürfnissen von Kindern und Eltern • Aufbau einer tragfähigen Beratungsbeziehung
Aspekte aus dem Fallbeispiel (siehe Tabelle)	z. B. Verbesserung des Informationsstandes zu symptomaufrechterhaltenden Verstärkermechanismen • Information über das Zusammenspiel von überbehütendem Elternverhalten und Schulvermeidung für die Elternberatung • Gemeinsames Planen des Schulbesuchs • Informationen über den Zusammenhang zwischen Schulvermeidung und der sozial-emotionalen sowie schulischen Entwicklung des Kindes

Anmerkungen: Behandlungs- bzw. Beratungsziele sind angelehnt an und teilweise wörtlich entnommen aus Bäuml und Pitschel-Walz (2018, 4).

Literatur

- Ainsworth, M. D. S. (1969): Maternal sensitivity scales. In: Power, 6, 1379-1388.
- Ainsworth, M. D. S. (1985): Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. In: Bulletin of the New York Academy of medicine 61 (9), 771.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S. M. & Stayton, D. F. (1974): Infant-mother attachment and social development: Socialization as a product of reciprocal responsiveness to signals. In: M. P. M. Richards (Ed.): The integration of a child into a social world. Cambridge University Press, 99-135.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978): Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum.
- American Psychiatric Association, APA (Ed.). (1994): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn.; DSM-IV). Washington/DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association, APA (Ed.). (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th end. revised; DSM-IV-TR). Washington/DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, APA (Ed.). (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Bandura, A. (1976): Lernen am Modell. Ansätze zu einer sozial-kognitiven Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A., Verres, R. & Kober, H. (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bäuml, J. & Pitschel-Walz, G. (Hrsg.). (2018): Psychoedukation: Bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart: Schattauer.

- Bernstein, G. A., Massie, E. D., Thuras, P. D., Perwien, A. R., Borchardt, C. M. & Crosby, R. D. (1997): Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. In: *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 36 (5), 661-668. <https://doi.org/10.1097/00004583-199705000-00017>
- Bowlby, J. (1951): *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. Attachment and Loss. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973): *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977): The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the Fiftieth Maudsley Lecture, delivered before the Royal College of Psychiatrists, 19 November 1976. In: *The British journal of psychiatry: the journal of mental science* 130 (3), 201-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bowlby, J. (1982): *Attachment and loss: Vol. 1: Attachment* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Brenning, K., Soenens, B., Braet, C. & Bosmans, G. (2011): An adaptation of the Experiences in Close Relationships Scale-Revised for use with children and adolescents. In: *Journal of Social and Personal Relationships* 28 (8), 1048-1072.
- Brumariu, L. E. (2015): Parent-child attachment and emotion regulation. In: *New directions for child and adolescent development*, 148, 31-45.
- Cassidy, J. (1994): Emotion regulation: Influences of attachment relationships. In: *Monograph of the society for research in child development* 59 (2-3), 228-249.
- Cassidy, J. & Berlin, L. J. (1994): The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child development* 65 (4), 971-991.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J. & Russo, J. E. (2002): Attachment theory: a model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic medicine* 64 (4), 660-667.
- Crombez, G., Bijttebier, P., Eccleston, C., Mascagni, T., Mertens, G., Goubert, L. & Verstraeten, K. (2003): The child version of the pain catastrophizing scale (PCS-C): a preliminary validation. In: *Pain* 104 (3), 639-646.
- Dansak, D. A. (1973): On the tertiary gain of illness. In: *Comprehensive psychiatry* 14 (6), 523-534. [https://doi.org/10.1016/0010-440x\(73\)90038-2](https://doi.org/10.1016/0010-440x(73)90038-2)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, DPtV. (2021): *Report Psychotherapie*. https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf. (Abrufdatum: 24.06.2024).
- Fishbain, D. A. (1994): Secondary gain concept: Definition problems and its abuse in medical practice. In: *Aps Journal* 3 (4), 264-273. [https://doi.org/10.1016/S1058-9139\(05\)80274-8](https://doi.org/10.1016/S1058-9139(05)80274-8)
- Fishbain, D. A., Rosomoff, H. L., Cutler, R. B. & Rosomoff, R. S. (1995): Secondary gain concept: A review of the scientific evidence. In: *The Clinical Journal of Pain* 11 (1), 6-21. <https://doi.org/10.1097/00002508-199503000-00003>
- Fordyce, W. E. (1989): The cognitive/behavioral perspective on clinical pain. In: J. D. Loeser & K. J. Egan (Eds.): *Managing the chronic pain patient*. New York: Raven Press, 51-64.
- Hagenah, U. & Herpertz-Dahlmann, B. (2005): Somatisierungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. In: *Dtsch Arztebl* 102 (27), A-1953 / B-1649 / C-1553.
- Hahn, S. R., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Brody, D., Williams, J. B., Linzer, M. & DeGruy, F. V. (1996): The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. In: *Journal of general internal medicine* 11 (1), 1-8.
- Janssens, K. A., Oldehinkel, A. J. & Rosmalen, J. G. (2009). Parental overprotection predicts the development of functional somatic symptoms in young adolescents. In: *The Journal of pediatrics* 154 (6), 918-923.
- Kleinstäuber, M. & Hiller, W. (2018): Psychoedukation bei somatoformen Störungen. In: J. Bäuml, B. Behrendt, P. Henningsen & G. Pitschel-Walz (Hrsg.): *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer, 324-340.

- Kleinstäuber, M., Thomas, P., Witthöft, M. & Hiller, W. (2017). Kognitive Verhaltenstherapie bei medizinisch unerklärten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Springer-Verlag.
- Landa, A., Peterson, B. S. & Fallon, B. A. (2012): Somatoform pain: a developmental theory and translational research review. In: *Psychosomatic medicine* 74 (7), 717-727.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2004): Motivierende Gesprächsführung. Freiburg: Lambertus.
- Molière (1981): Der eingebildete Kranke. In: G. Köpf (Hrsg.): ICD-10 literarisch. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-8350-9667-7_21
- Pilowsky, I. (1969): Abnormal illness behaviour. In: *British Journal of Medical Psychology* 42 (4), 347-351. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1969.tb02089.x>
- Polier, G. von & Simons, M. (2020): Somatoforme Störungen bei Kindern und Jugendlichen. In: J. Fegert, F. Resch, P. Plener, M. Kaess, M. Döpfner, K. Konrad & T. Legenbauer (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters*. Springer, 1-17.
- Rief, W. & Hiller, W. (2011): Somatisierungsstörung (Bd. 1, Fortschritte der Psychotherapie). Göttingen: Hogrefe.
- Rief, W., Ihle, D. & Pilger, F. (2003): A new approach to assess illness behaviour. In: *Journal of Psychosomatic Research* 54 (5), 405-414.
- Rief, W., Nanke, A., Emmerich, J., Bender, A. & Zech, T. (2004): Causal illness attributions in somatoform disorders: associations with comorbidity and illness behavior. In: *Journal of psychosomatic research* 57 (4), 367-371.
- Rief, W. & Nestoriuc, Y. (2015): Allgemeines Krankheitsverhalten und Compliance/Adhärenz. In: W. Rief & P. Henningsen (Hrsg.): *Psychosomatik und Verhaltensmedizin*. Stuttgart: Schattauer, 52-62.
- Rogers, C. (1967): Carl R. Rogers. In: E. G. Boring & G. Lindzey (Eds.): *A history of psychology in autobiography*, Vol. 5, Appleton-Century-Crofts, 341-384. <https://doi.org/10.1037/11579-013>
- Rousseau, S., Grietens, H., Vanderfaeillie, J., Hoppenbrouwers, K., Wiersema, J. R., Baetens, I., Vos, P. & Van Leeuwen, K. (2014): The association between parenting behavior and somatization in adolescents explained by physiological responses in adolescents. In: *International Journal of Psychophysiology* 93 (2), 261-266. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2014.05.008>
- Skinner, B. F. (1951): How to teach animals. In: *Scientific American* 185 (6), 26-29.
- Skinner, B. F. (1953): *Science and human behavior*. FreePress.
- Spangler, G. & Zimmermann, P. (1999): Attachment representation and emotion regulation in adolescence: A psychobiological perspective on internal working models. In: *Attachment & Human Development* 1 (3), 270-290.
- Toussaint, A. & Herzog, A. (2020): Einführung Somatoforme Störungen, somatische Belastungsstörungen. utb GmbH.
- Vesterling, C. (2023): Cross-lagged relations of children's somatoform complaints: Embedment within learning theory and secondary gain concept. In: *Journal of Child and Family Studies*, 1-14.): The relationship between attachment and somatoform symptoms in children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. In: *Journal of Psychosomatic Research*, volume 130, 109932.
- Vesterling, C. & Koglin, U. (2023a): Somatoform complaints in middle childhood. A developmental path-analysis. In: *Current Psychology* 42 (5), 3935-3944.
- Vesterling, C. & Koglin, U. (2023b): Somatoforme Symptome und Störungen im Kindesalter: Einblicke in Epidemiologie und Ätiologie. Berlin und Heidelberg: Springer.
- Vesterling, C., Wilke, J., Bäker, N., Bolz, T., Eilts, J. & Koglin, U., Rademacher, A. & Goagoses, N. (2023): Epidemiology of Somatoform Symptoms and Disorders in Childhood and Adolescence: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Health & Social Care in the Community*, 6242678. <https://doi.org/10.1155/2023/6242678>
- Walker, L. S., Claar, R. L. & Garber, J. (2002): Social consequences of children's pain: When do they encourage symptom maintenance? In: *Journal of Pediatric Psychology* 27 (8), 689-698.
- Walker, L. S. & Zeman, J. L. (1992): Parental response to child illness behavior. In: *Journal of pediatric psychology* 17 (1), 49-71.

- Waller, E. & Scheidt, C. E. (2006): Somatoform disorders as disorders of affect regulation: a development perspective. In: International review of psychiatry 18 (1), 13-24.
- Weinberger, S. (2013): Klientenzentrierte Gesprächsführung: Lern-und Praxisanleitung für psychosoziale Berufe (14. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- World Health Organization (1992): The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.
- World Health Organization (2019): International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.).
- Worzer, W. E., Kishino, N. D. & Gatchel, R. J. (2009): Primary, secondary, and tertiary losses in chronic pain patients. In: Psychological Injury and Law 2 (3-4), 215-224.

Autor:innen

Vesterling, Christina, Dr.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4465-800X>

Gesundheitsamt der Stadt Oldenburg

Leitung Sozialpsychiatrischer Dienst

E-Mail: Dr.Christina.Vesterling@stadt-oldenburg.de

von Düring, Ute, Prof. Dr.

Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Fakultät I, Institut für Sonder- und Rehabilitationspädagogik

E-Mail: ute.von.duering@uni-oldenburg.de