

Habituellder Husten

Dysfunktionale respiratorische Symptomatik oder somatoforme Störung?

Der habituelle Husten ist eine meist leicht zu diagnostizierende Krankheitsentität. Da am Anfang ein Infekt steht, geht es nicht um die Frage, warum sich der Husten entwickelt hat, sondern darum, weshalb er nicht weggeht. Bereits dieser anscheinend kleine Unterschied der Betrachtungsweise erleichtert den therapeutischen Zugang. Nur selten ist eine psychologische oder kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung notwendig.

Jochen Meister¹ und Bodo Niggemann²

Der Zusammenhang von Symptomen im Bereich der Atemwege und der psychischen Befindlichkeit ist lange bekannt und auch im Alltagssprachgebrauch fest verwurzelt: Wir «schnauben vor Wut» und machen «unserem Ärger Luft». Wir «halten vor Schreck den Atem an», uns «stockt der Atem», «etwas schnürt uns die Kehle zu», oder wir «ersti-

cken in unseren Sorgen». Manchmal «husten wir dem anderen etwas» oder «kämpfen bis zum letzten Atemzug».

Dieser Zusammenhang führt einerseits im Sinne des biopsychosozialen Krankheitsmodells zur Beeinflussung aller Erkrankungen der Atemwege. Andererseits zeigen sich Symptome der Atemwege ohne Organpathologie, angefangen von unphysiologischen Atemmustern über dysfunktionelle respiratorische Symptome bis hin zu somatoformen Störungen oder seltenen Somatisierungsstörungen der Atemwege. Zu den häufigsten dysfunktionellen respiratorischen Symptomen gehören die psychogene Hyperventilation, der habituelle Husten, der Räusper-Tic, die Seufzer-Dyspnoe und die «Vocal Cord Dysfunction» (1).

Die dysfunktionellen respiratorischen Symptome im Allgemeinen und der habituelle Husten im Besonderen werden dabei aber im praktischen Alltag häufig entweder gar nicht oder zu spät in die differenzialdiagnostischen Überlegungen einbezogen (2, 3). Die Folgen sind wiederholte, für das Kind nicht ganz risikofreie Untersuchungen (Röntgendiagnostik, Bronchoskopien) und unbegründete Therapien (Antitussiva, Steroide). Vor allem aber besteht die Möglichkeit, durch die voreilige Wertung («Du hast doch nichts») die eigentliche Not des Kindes oder der Umgebung nicht ernst zu nehmen.

Das Symptom Husten ist zudem einer der häufigsten Vorstellungsgründe beim Kinderarzt. Die Beseitigung des Hustens gilt für die Familie als Kriterium einer erfolgreichen Behandlung. Dabei wird häufig vergessen, dass der Husten neben der mukoziliären Clearance und der alveolären Phagozytose der entscheidende Reinigungsmechanismus der Atemwege ist (4). Darüber hinaus ist der Husten ein wichtiger Abwehrmechanismus (Fremdkörper, inhalative Reizstoffe). Husten ist also gerade beim Kind nicht automatisch ein Krankheitssymptom, 11 bis 30 Hustenstöße pro Tag sind durchaus normal (5).

Vor diesen Hintergründen soll dieser Artikel ganz explizit den derzeitigen Kenntnisstand des zeitlichen Ablaufs, der Symptomatik und der Therapie bei habituellem Husten zusammenfassen.

Symptomatik

Der habituelle Husten (früher auch Gewohnheitshusten, psychogener Husten, tic-artiger Husten) präsentiert sich typischerweise als anhaltender, unproduktiver, lauter und bellender Husten («barking cough») (3, 6). Es findet sich ein

MERKSÄTZE

- ❖ Der habituelle Husten entwickelt sich typischerweise aus einem Infekt der oberen Luftwege mit mehr oder weniger ausgeprägter bronchialer Hyperreaktivität.
- ❖ Beim habituellen Husten handelt es sich zunächst um eine dysfunktionelle respiratorische Symptomatik. Manchmal ist der habituelle Husten auch Symptom einer somatoformen autonomen Funktionsstörung. Dabei sind die Übergänge fließend.
- ❖ Klinisch zeigt sich ein unproduktiver, lauter und bellender Husten bei ungestörtem Nachtschlaf. Die Diagnosestellung erfolgt nach Positivkriterien, invasive Untersuchungen sind selten notwendig.
- ❖ Die Therapie richtet sich nach dem Gesamtbild der Störung: Beim habituellen Husten ist meistens ein ärztliches Aufklärungsgespräch ausreichend. Ist der habituelle Husten Ausdruck einer somatoformen autonomen Funktionsstörung, ist Psychoedukation indiziert; eine Psychotherapie ist nur im Einzelfall erforderlich.

¹Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, HELIOS-Klinikum Aue

²Charité Universitätsmedizin Berlin

Tabelle 1:

Habituellder Husten: Diagnosekriterien

- ❖ typische Anamnese (Beginn mit einem Infekt, Hustendauer mindestens 4 Wochen über den Infekt hinausreichend)
- ❖ Vorhandensein der klinischen Kernsymptomatik (trachealer, bellender Klangcharakter des Hustens, individuelle Stereotypie)
- ❖ Fehlen der Symptomatik bei Ablenkung und im Schlaf
- ❖ Nichtansprechen auf eine adäquate Pharmakotherapie

Tabelle 2:

Habituellder Husten: Hinweise zur ärztlichen Gesprächsführung

- ❖ Befürchtungen (und Wünsche) des Kindes und der Familie benennen lassen und gegebenenfalls spiegeln (Wertschätzung)
- ❖ bewusste Wahrnehmung des infektgetriggerten Beginns der Symptomatik (Entlastung)
- ❖ klare Benennung der Diagnose anhand der Positivkriterien (Entängstigung)
- ❖ Erarbeitung (mit dem Patienten!) eines individuellen und tragfähigen Störungskonzeptes
- ❖ Besprechung möglicher symptomerhaltender Bedingungen

individuelles stereotypes Husten- und eventuell begleitendes Bewegungsmuster. Typisch ist, dass nur ein Hustenstoss pro Atemzug stattfindet. Während der Husten bei psychischer Anspannung, bei Anteilnahme, Untersuchungen und Visiten zunimmt, ist der Nachtschlaf immer ungestört (3, 6, 7). Der Husten wird von der Umgebung, in der Regel auch vom Untersucher, als «störend» wahrgenommen.

Im Gegensatz zur Symptomatik ist der Allgemeinzustand des Kindes nicht beeinträchtigt, es besteht beim Patienten kaum ein Leidensdruck. Demgegenüber weisen die Eltern und die Umgebung (z.B. Lehrer) regelmässig einen hohen Leidensdruck auf, suchen intensiv nach organischen Ursachen, verbunden mit dem Wunsch nach Diagnostik. Wenn nicht auch an den habituellen Husten gedacht wird, droht praktisch immer eine gestörte Arzt-Patienten-Kommunikation im Spannungsfeld der jeweiligen Wahrnehmung (Eltern: «Die finden nichts»; Arzt: «Das Kind hat nichts.») Häufige Arztkontakte und -wechsel sind die Regel. Ist der habituelle Husten Ausdruck einer somatoformen Störung, wird eine psychogene Genese von der Familie häufig vehement abgewehrt, mitunter bis zum Abbruch der therapeutischen Beziehung.

Ursachen

Typischerweise besteht initial eine mehr oder weniger ausgeprägte Infektsymptomatik der oberen Atemwege, die zu einer entsprechenden Behandlung, aber auch zu einer Veränderung der Umgebungsbedingungen führt (vermehrte Zuwendung, Krankschreibung usw.). Im weiteren Verlauf bessert sich der Infekt, es kann (gerade nach Virusinfektionen) eine unterschiedlich lange dauernde Phase einer bron-

chialen Hyperreaktivität verbleiben, die das Kind weiter husten lässt. Allmählich verändert sich der Husten, und er geht in die oben beschriebene typische Symptomatik über. Diese zeitliche Abfolge findet sich beim habituellen Husten praktisch immer, die Übergänge sind fließend.

Üblicherweise handelt es sich beim habituellen Husten zunächst um eine transiente dysfunktionelle respiratorische Symptomatik. Bei einem geringen Teil der Kinder entwickelt sich der habituelle Husten zu einer weitergehenden Störung (8) im Sinne einer somatoformen autonomen Funktionsstörung (SAF). Hier spielen dysfunktionale Anpassungsprozesse eine wesentliche Rolle: Vor allem eine nicht gelungene Symptombewertung durch Kind, Familie und Arzt sowie psychopathologische Komorbiditäten beim Kind und in der Familie tragen zu diesem Prozess bei. Der habituelle Husten als SAF kann in diesem Kontext auch als somatoforme Anpassungsstörung an eine eigentlich physiologische Symptomatik angesehen werden.

Die symptomerhaltenden Bedingungen des habituellen Hustens als SAF der Atemwege sind vielfältig und unterscheiden sich nicht von Ursachen anderer SAF bei Kindern und Jugendlichen (9–12). Die SAF entstehen in der Regel auf der Basis der altersgemäss noch unsicheren Autonomieentwicklung, die mit Abhängigkeiten verbunden (Bestätigung, Fürsorge und Versorgung durch die Eltern) und störanfällig ist. Im Zentrum der Psychodynamik steht die Abwehr von Affekten (Trennungs- und Verlustängste, narzisstische Wut, Neid usw.) und (gerade bei Jugendlichen) von depressivem Erleben. Die Symptomauslösung (durch den Infekt getriggert) entsteht dann durch reale oder fantasierte Kränkungen (Selbstwertkonflikt), Entbehrungen, Verluste oder Trennungen (Versorgungskonflikt) sowie aktuelle (z.B. schulische) Überlastungen mit sekundärem Krankheitsgewinn.

Habituellder Husten ist keine Ausschlussdiagnose

Die Diagnose kann meist anhand von Positivkriterien sicher gestellt werden (Tabelle 1). Die noch häufig anzutreffende Ansicht, der habituelle Husten sei eine Ausschlussdiagnose, führt zu unnötigen Untersuchungen und Behandlungen und zur Verunsicherung der Familien. Hinweise zur ärztlichen Gesprächsführung bei Kindern und Jugendlichen mit habituellem Husten und deren Familie sind in Tabelle 2 zusammengestellt.

Anamnese

Der Beginn des Hustens liegt zum Vorstellungszeitpunkt oft schon Wochen und Monate zurück. Es ist wichtig, sich den Beginn der Symptomatik und damit den auslösenden Infekt genau schildern zu lassen. Diese bewusste Wahrnehmung des «organischen» Beginns ist gerade für mehrfach vorbehandelte Familien eine grosse Entlastung und ein erster therapeutischer Schritt! Die typische zeitliche Abfolge beim habituellen Husten muss in der Regel aber vom Therapeuten aktiv erfragt werden. Idealerweise lässt man in die Anamnese auch die basale psychosomatische Diagnostik mit einfließen: Da aufgrund von Anamnese und Symptomatik meistens rasch der Verdacht auf einen habituellen Husten entsteht, bewährt es sich (gerade in der pneumologischen Spezialprechstunde!), diese Hustenursache als eine

mögliche Differenzialdiagnose von Anfang an anzusprechen (13).

Die Möglichkeit einer zusätzlichen psychosomatischen beziehungsweise psychologischen Untersuchung sollte primär angesprochen werden. Die externe psychologische Mitbetreuung ist aber in vielen Fällen nicht notwendig. Wenn sie erfolgt, soll sie neben dem psychopathologischen Befund (Komorbiditäten) und der Psychodynamik (was wird abgewehrt?) auch die assoziierten psychosozialen Umstände und Belastungsfaktoren (Achse V des MAKSKJ [14]) betrachten (Erfassung der symptomhaltenden Bedingungen).

Organische Diagnostik

Wenn die oben genannten Diagnosekriterien erfüllt sind, ist eine Lungenfunktionsprüfung verbunden mit einer Messung der Sauerstoffsättigung ausreichend. Die von den Familien oft gewünschte bildgebende Diagnostik und die Bronchoskopie sind wie auch Provokationstestungen bei Kindern und Ju-

Der Leidensdruck ist bei Familie und Umgebung höher als beim Patienten.

gendlichen im Gegensatz zum Erwachsenenalter (15) selten notwendig. Wenn sie dennoch durchgeführt werden, kann die Interpretation der Befunde zu diagnostischen «Fallstricken» führen: Zum Beispiel wird ein inhalativer Provokationstest (Methacholin) auch beim habituellen Husten positiv ausfallen und ein Asthma bronchiale vortäuschen, wenn er im Zeitfenster der bronchialen Hyperreaktivität oder nach einer monatelangen Hustenphase durchgeführt wird. Genauso können sich in der Tracheobronchoskopie Gefässinfektionen der Schleimhaut zeigen, die hier nicht durch eine persistierende Infektion bedingt sind, sondern auf mechanische Irritationen durch den extrem kraftvollen Husten zurückzuführen sind.

Die Besprechung der Diagnose habitueller Husten ist unbedingt eine ärztliche Aufgabe. Die Familie hat sich wegen des Symptoms bei einem Arzt vorgestellt, dort sollte auch die Diagnostik zusammengefasst werden. Auch eine unter Umständen erfolgte psychologische Exploration ist in diesem Fall nur eine von mehreren Untersuchungen bei einem Spezialisten. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass das Delegieren der Diagnosebesprechung (z.B. an den Psychologen) dem Anliegen der Familie nicht gerecht wird und alle Untersucher in eine schwierige Situation bringt.

Therapie

Die Therapie bei habituellem Husten richtet sich nach dem Gesamtbild der Störung. Dabei kann ganz allgemein postuliert werden, dass Patienten mit habituellem Husten als dysfunktioneller respiratorischer Symptomatik keiner spezifischen Psychotherapie (und natürlich auch keiner Medikation!) bedürfen. Meist reicht hier ein einmaliges ärztliches Aufklärungsgespräch, in dem die Positvdiagnose erläutert wird.

Selten ist bereits hier eine Psychoedukation angezeigt. Diese wird notwendig, wenn der habituelle Husten Ausdruck einer

somatoformen Störung der Atemwege geworden ist. Bei der Psychoedukation geht es vor allem darum, den Husten im zeitlichen Kontext (s.o.) als eine infektgetriggerte körperliche Reaktion auf einen seelischen Zustand zu verstehen und auch anzunehmen.

Das Symptom Husten kann dann weniger defizitär, sondern als kreative Leistung des Körpers verstanden werden. Der Körper zeigt mit dem Husten eine Störung des seelischen Gleichgewichts an. Damit wandelt sich auch grundsätzlich der Zielparameter jeder Intervention: Das Kind mit seinen Problemen sollte wieder im Mittelpunkt stehen und nicht der Husten.

Diese Sichtweise bedeutet auch, dass bei der Psychoedukation für Eltern und Therapeuten die Suche nach Gründen, warum der Husten sich entwickelt hat, nicht im Vordergrund stehen sollte. Da am Anfang der Infekt stand, steht vielmehr die Frage: Warum geht der Husten nicht weg? Oder anders formuliert: Was sind die symptomhaltenden Bedingungen? Allein dieser scheinbar kleine Unterschied der Betrachtungsweise erleichtert den therapeutischen Zugang. Nur bei persistierenden Symptomen gerade bei Jugendlichen ist eine Psychotherapie indiziert (9, 16), dabei geht es um drei komplexe Therapieziele:

- ❖ Abkehr von der primär somatischen Krankheitstheorie, Entwicklung einer gemeinsamen Sprache und einer entsprechenden Behandlungsmotivation. Damit verbunden ist auch die Vermeidung weiterer risikoreicher Diagnostik und medikamentöser Therapien.
- ❖ Verbesserung der Affektwahrnehmung, Förderung der Introspektion im Hinblick auf mögliche psychosoziale Auslöser und die begleitenden abgewehrten Affekte.
- ❖ Bearbeitung der symptomauslösenden und symptomhaltenden psychosozialen Bedingungen und der lebensgeschichtlichen Belastungen (mod. nach [17]).

Selten kann der habituelle Husten auch ein Symptom einer anderen psychopathologischen Störung sein. Hier seien vor allem die emotionalen Störungen des Kinder- und Jugendalters genannt, aber auch Anpassungsstörungen, hypochondrische Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, und es wird auf die entsprechende Fachliteratur verwiesen. Dann bedarf es der entsprechenden Therapie, um Chronifizierung und Symptomwandel zu vermeiden.

Zusammengefasst ist der habituelle Husten eine meist leicht zu diagnostizierende Krankheitsentität, deren Abklärung eine dankbare Aufgabe ist, da sie die Familie rasch entlastet. Nur selten ist eine psychologische oder kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung notwendig. ❖

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Jochen Meister
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
HELIOS-Klinikum Aue
Gartenstrasse 6
D-08280 Aue
E-Mail: jochen.meister@helios-kliniken.de

Dieser Artikel erschien zuerst in der Zeitschrift «Kinderärztliche Praxis» 3/2013. Der bearbeitete Abdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autor.

Literatur unter www.arsmedici.ch.

Literatur:

1. Niggemann B, Lehmann C, Weiss C, Wahn U. Psychogene und funktionelle Atemstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Allergo J* 2007; 16: 341–349.
2. Hong J, Schonwald A, Stein MT. Barking vocalizations and shaking movements in a 13-year old girl. *J Dev Behav Pediatr* 2008; 29: 135–137.
3. Ramanuja S, Kelkar P. Habit cough. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2009; 102: 91–95.
4. Köhler D. Physiologie und Pathophysiologie des Hustens. *Pneumologie* 2008; 62: 14–17.
5. Munyard P, Bush A. How much coughing is normal? *Arch Dis Child* 1996; 74: 531–534.
6. Weinberger M, Abu-Hasan M. Pseudo-asthma: when cough, wheezing, and dyspnea are not asthma. *Pediatrics* 2007; 120: 855–864.
7. Wildhaber J. Husten beim Kind: Ein lästiges Symptom oder ein nützlicher Abwehrmechanismus. *Kinder- und Jugendmedizin* 2009; 6: 335–339.
8. Noeker M. Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Verlag Hogrefe, Göttingen 2008.
9. Rudolf G, Henningsen P. Die psychotherapeutische Behandlung somatoformer Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 49: 3–19.
10. Sauer N, Eich W. Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Dt Arztebl* 2007; 104: B43–B51.
11. Schleiffer R. Der Körper als Adresse – Zur Funktion der Somatisierung. *Kontext* 2008; 39/2: 104–126.
12. Winter S, Köberle C, Lenz K, Pfeiffer E, Lehmkuhl U. Systematik somatoformer Störungen. *Monatsschr Kinderheilkd* 2012; 160: 20–26.
13. Niggemann B. How to diagnose psychogenic and functional breathing disorder in children and adolescents. *Pediatr Allergy Immunol* 2010; 21: 895–899.
14. Remschmidt H et al.: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Verlag Hans Huber, Bern 2006.
15. Behr J. Husten – Differentialdiagnosen. *Dtsch Med Wochenschr* 2008; 133: 1187–1196.
16. AWMF-Leitlinie. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden: Umgang mit Patienten. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html
17. Wöller W, Kruse J: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie. Schattauer Verlag, Stuttgart 2001.