

Wie erkenne und behandle ich Kinder mit psychosomatischem Bauchschmerz?

Die vereinfachende Dichotomie zwischen organischen versus vermeintlich psychosomatischen Bauchschmerzen ist veraltet. Sie leistet einer psychischen Fehlanpassung bei Patienten und Eltern Vorschub und erschwert die Einigung auf ein gemeinsam akzeptiertes Störungs- und Behandlungskonzept. Dieser Artikel fasst den aktuellen Kenntnisstand zu pädiatrischen wie psychologischen Aspekten des funktionellen Bauchschmerzes zusammen und gibt konkrete Ratschläge für Diagnose und Therapie in der Praxis.

Von Meinolf Noeker

Im Gegensatz zur reinen Ausschlussdiagnose definieren die Rom-III-Kriterien einen fassbaren, positiven Befund.

Funktioneller Bauchschmerz umfasst eine Gruppe gastrointestinaler Störungen, deren Symptomatik nicht hinreichend durch bekannte biochemische oder strukturelle Anomalien erklärbar ist. Er veranlasst in pädiatrisch-gastroenterologischen Ambulanzen mehr als 50 Prozent der Konsultationen beziehungsweise 2 bis 4 Prozent der Arztbesuche bei Kinderärzten in der Praxis. Die Symptomatik ist zwar stark beeinträchtigend, aber in medizinisch-prognostischer Hinsicht benigne. Manche Patienten zeigen ein übersteigertes Schmerz-, Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten. Sie ziehen sich sozial und schulisch zurück und weisen gehäuft eine psychische Komorbidität, vor allem im Bereich der internalisierenden Störungen (Angst, Depression) auf. Eine lege artis durchgeführte Labor Diagnostik und Bildgebung erbringen regelhaft keine positiven Befunde.

Im Erleben der Eltern steht dies im scharfen Kontrast zu dem sichtbaren Leiden ihres Kindes, sodass sie befürchten, dass die Diagnostik nicht umfassend und präzise durchgeführt wurde und so eine zu Grunde liegende ernsthafte, latent fortschreitende Erkrankung übersehen wurde. In hypochondrischer Weise werden repetitive, teilweise invasive und kostenintensive diagnostische Prozeduren eingefordert, um durch Zuhelfenahme keine Behandlungsoptionen zu verspielen. Intensiviert der Kinderarzt den Untersuchungsgang mit erneut negativen Befunden, so ist die erzielte elterliche Beruhigung oft nur von kurzer Dauer. Es sind diese komplizierenden psychologischen Faktoren, die zumindest bei einer Subgruppe der Patienten eine besondere klinische Herausforderung, vor allem im Bereich der Patienten- und insbesondere der Elternkommunikation beinhalten.

Dieser Beitrag stellt den aktuellen Kenntnisstand zu den pädiatrischen wie psychologischen Aspekten des funktionellen Bauchschmerzes vor, um daraus Schlussfolgerungen für das klinische Prozedere abzuleiten. Die Darstellung der medizinischen Aspekte basiert im Wesentlichen auf der aktuellen S3-Leitlinie zum Reizdarmsyndrom (1). Die konzeptionellen und psychologischen Aspekte entsprechen weitgehend einer detaillierten Darstellung von Noeker (2).

Epidemiologie

Funktionelle Schmerzstörungen treten im Kindes- und Jugendalter sehr häufig auf. Etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen in der Allgemeinbevölkerung leidet an mindestens einer unklaren körperlichen Beschwerde. Im Vordergrund stehen Bauch- und Kopfschmerzen mit einer Häufigkeit von jeweils etwa zehn Prozent.

Diagnosestellung

Die Diagnosestellung beruht auf einer Kombination aus Ausschlussdiagnostik einer organisch begründbaren Primärerkrankung einerseits und einer positiven Diagnosestellung durch Abprüfen des Vorliegens der sogenannten Rom-III-Störungskriterien für eine funktionelle gastrointestinale Störung andererseits. Die Rom-III-Kriterien sind im Zuge einer Reihe von Konsensuskonferenzen pädiatrischer Gastroenterologen definiert worden und bieten heute den Goldstandard für die Klassifikation und Diagnostik funktioneller gastrointestinaler Störungen bei Kindern (> 4 Jahre) und Jugendlichen (3, 4). Neben dem funktionellen Bauchschmerz im engeren Sinne beinhalten diese auch die Störungskriterien für die funktionelle Dyspepsie, das kindliche Reizdarmsyndrom und die häufig unterdiagnostizierte abdominale Migraine (Tabelle 1).

Tabelle 1:

Diagnostische Kriterien für funktionelle gastrointestinale Störungen im Kindes- und Jugendalter im Sinne der Rom-III-Klassifikation (1, 3)

A. Funktionelle Dyspepsie

Die Kriterien sind mindestens einmal pro Woche seit mindestens 2 Monaten vor Diagnosestellung erfüllt. Alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Anhaltend oder wiederkehrend auftretende Schmerzen oder Missempfindungen mit Schwerpunkt im Oberbauch (oberhalb des Nabels).
2. Keine Erleichterung durch Defäkation, keine Assoziation mit dem Beginn einer Änderung von Stuhlfrequenz oder -form (d. h. es liegt kein Reizdarmsyndrom vor).
3. Keine Anzeichen für einen entzündlichen, anatomischen, metabolischen oder neoplastischen Prozess, der die Symptome des Patienten erklärt.

B. Reizdarmsyndrom

Die Kriterien sind mindestens einmal pro Woche seit mindestens 2 Monaten vor Diagnosestellung erfüllt. Alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Abdominelle Missempfindungen (eine unangenehme Empfindung, die nicht als Schmerz beschrieben wird) oder Schmerzen, die mindestens in 25% der Zeit mit 2 oder mehr der folgenden Kriterien assoziiert sind:
 - a) Besserung durch Defäkation
 - b) Auftreten ist mit einer Änderung der Stuhlfrequenz assoziiert
 - c) Auftreten ist mit einer Änderung der Form (des Aussehens) des Stuhlgangs assoziiert
2. Keine Anzeichen für einen entzündlichen, anatomischen, metabolischen oder neoplastischen Prozess, der die Symptome des Patienten erklärt.

C. Abdominelle Migräne

Die Kriterien sind mindestens zweimal in den letzten 12 Monaten erfüllt. Alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Anfallsartige Episoden mit heftigen, akuten periumbilikalen Schmerzen, die für mindestens 1 Stunde andauern.
2. Zwischenzeitlich Perioden mit normalem Gesundheitszustand über Wochen bis Monate.
3. Der Schmerz beeinträchtigt normale Aktivitäten.
4. Der Schmerz ist mit mindestens 2 der folgenden Symptome assoziiert:
 - a) Appetitlosigkeit
 - b) Übelkeit
 - c) Erbrechen
 - d) Kopfschmerzen
 - e) Lichtscheu
 - f) Blässe
5. Keine Anzeichen für einen entzündlichen, anatomischen, metabolischen oder neoplastischen Prozess, der die Symptome des Patienten erklärt.

D. Funktionelle Bauchschmerzen

Die Kriterien sind mindestens einmal pro Woche seit mindestens 2 Monaten vor Diagnosestellung erfüllt. Alle folgenden Kriterien müssen erfüllt sein:

1. Episodischer oder kontinuierlicher Bauchschmerz.
2. Unzureichende Kriterien für andere funktionelle gastrointestinale Störungen.
3. Keine Anzeichen für einen entzündlichen, anatomischen, metabolischen oder neoplastischen Prozess, der die Symptome des Patienten erklärt.

E. Syndrom der funktionellen Bauchschmerzen im Kindesalter

Die Kriterien sind mindestens einmal pro Woche seit mindestens 2 Monaten vor Diagnosestellung erfüllt. Die Kriterien für funktionelle Bauchschmerzen im Kindesalter müssen in mindestens 25% der Zeit erfüllt und mindestens eines der Folgenden sein:

1. Beeinträchtigung alltäglicher Funktionen.
2. Zusätzliche somatische Symptome wie Kopfschmerzen, Gliederschmerzen oder Schlafstörungen.

Alarmsymptome und Ausschlussdiagnostik

Nach den Rom-III-Kriterien (Tabelle 1) sollten entzündliche, anatomische und metabolische Störungen ausgeschlossen werden. Dies gelingt vorrangig über eine gezielte Erfassung möglicher Alarmsymptome, die auf eine organische Pathologie hindeuten (1):

- Gewichtsabnahme,
- Abnahme der Wachstumsrate
- gastrointestinaler Blutverlust
- signifikantes Erbrechen
- chronische, schwere Diarrhö
- persistierende rechtsseitige Oberbauchschmerzen oder rechtsseitige Unterbauchschmerzen
- unerklärtes Fieber
- positive Familiengeschichte für entzündliche Darm-erkrankungen

Klinische Charakteristika wie die Häufigkeit, Lokalisation, Zeitpunkt des Auftretens (z.B. nächtliches Aufwachen aus dem Schlaf) tragen nicht wesentlich zur Differenzierung zwischen organischen und funktionellen Beschwerden bei. Eruiert werden sollten auch mögliche Auslöser der Beschwerden (insbesondere Darminfektionen).

Die Basisdiagnostik bei Kindern umfasst eine körperliche Untersuchung sowie das Messen grundlegender Laborwerte (Tabelle 2). Bei Verdacht auf Kohlenhydratmalabsorption (Laktose, Fruktose) sollten bei Kindern Wasserstoffexhalationstests durchgeführt oder entsprechende probatorische Eliminationsdiäten versucht werden. Eine weiterführende Diagnostik soll bei Kindern erfolgen, wenn es Hinweise auf eine somatische Erkrankung anhand von Anamnese, Untersuchungsbefund und Basisdiagnostik gibt beziehungsweise wenn Alarmzeichen vorliegen.

Ätiologie – von der traditionellen Psychosomatik zu modernen biopsychosozialen Konzepten

Traditionell wurden Bauchschmerzen nach erfolgter Ausschlussdiagnostik organmedizinischer Ursachen als psychosomatisch deklariert. Dieses Verständnis ist aus heutiger Sicht gleichermassen wissenschaftlich überholt wie kontraproduktiv für das klinische Prozedere. Die vereinfachende Dichotomie zwischen organischen versus vermeintlich psychosomatischen Bauchschmerzen leistet vielmehr einer psychischen Fehlanpassung bei Patienten und Eltern Vorschub und erschwert die Einigung auf ein gemeinsam akzeptiertes Störungs- und Behandlungskonzept. Viele Eltern können (zu Recht) ein vereinfachendes psychosomatisches Erklärungsangebot nicht konsistent mit ihren konkreten Erfahrungen von Bauchschmerzepisoden in Einklang bringen und bleiben entsprechend skeptisch und reserviert gegenüber solchen Erklärungsangeboten.

Grundlagenorientierte und klinische Forschung haben überzeugende Evidenz für ein komplexes Zusammenspiel aus biologischer Vulnerabilität, psychischer (Fehl)verarbeitung von Schmerzsignalen und dysfunktionalen sozialen Rückkoppelungsprozessen von Seiten der Familie, der Gleichaltrigengruppe, aber nicht zuletzt häufig auch iatrogen von Behandlerseite als

Bedingungen für die Entstehung und vor allem Chronifizierung von Bauchschmerzen ergeben.

Es ist hilfreich, zwei Störungsetappen der Entstehung und Chronifizierung zu unterscheiden (2) (*Abbildung 1*):

1. In einer ersten Phase kommt es im Zuge einer angeborenen und/oder erworbenen Hypersensitivität und Hyperreagibilität der peripheren und schliesslich auch zentralen Schmerzverarbeitung zur Manifestation des funktionellen Bauchschmerzes. In dieser Phase bewirken genetische Disposition und vor allem präklinische Entzündungsprozesse eine Sensitivierung der abdominalen Nozizeption und Absenkung der Schmerzschwellen im Sinne einer Hyperalgesie beziehungsweise Allodynie. Diese pathogenetischen Prozesse sind experimentell belegt, in der klinisch-diagnostischen Routine am einzelnen Patienten jedoch leider nicht überzeugend dokumentierbar.

2. In der zweiten Störungsetappe bildet sich bei einer Subgruppe von Patienten eine sogenannte somatoforme Anpassungsstörung an den funktionellen Bauchschmerz heraus. Im Unterschied zur Mehrheit der Bauchschmerzpatienten, die auf ihre Symptomatik adäquat und ohne exzessive gesundheitsbezogene Angst reagieren, zeigen diese Patienten beziehungsweise ihre Eltern maladaptive Verarbeitungsmuster. Die Fehlanpassung kann eine hypochondrische Angst vor einer unentdeckten schweren (z.B. malignen) Grunderkrankung sowie den Rückzug aus den sozialen Kontakten und schulischen Aufgaben beinhalten. Häufig findet sich ein überzogenes Fernbleiben aus dem Schulunterricht. Das Risiko für eine solche Fehlanpassung an den Bauchschmerz steigt an, wenn die kognitiv-emotionale Schmerzverarbeitung verzerrt oder gesteigert ist (Katastrophisierung), die Eltern das Schmerzverhalten des Kindes operant verstärken und sich zwischen Eltern und Kind unproduktive Eskalationen um die Glaubwürdigkeit des kindlichen Schmerzerlebens im Sinne eines Simulationsvorwurfs etablieren. Diese Risikofaktoren eines ungünstigen Verlaufs treten bei psychiatrischer Komorbidität bei Kind und/oder Eltern gehäuft auf.

Psychologische Diagnostik

Wie bei der Schmerzmessung anderer Lokalisation und Genese wird die Intensität des Bauchschmerzes mit visuellen Analogskalen oder einfachen numerischen Skalierungen erfasst. Bauchschmerzprotokolle können Triggerfaktoren von Bauchschmerzepisoden sowie das kindliche und elterliche Bewältigungsverhalten erfassen. Eher für die wissenschaftliche Anwendung wurden im letzten Jahrzehnt psychologische Skalen zur Schmerzbewältigung bei funktionellen und somatoformen Schmerzstörungen bei Kindern entwickelt (5).

Für die Anwendung in der klinischen Routine enthält die *Abbildung 2* ein einfaches Instrument, das eine Einschätzung der Intensität und psychischen Anpassung an den Bauchschmerz mit nur drei Kriterien erlaubt. Lässt man das Instrument getrennt vom betroffenen Kind beziehungsweise einem begleitenden Elternteil ausfüllen, so gewinnt man zusätzlich über den Vergleich der Antworten einen Eindruck, wer in der Familie sich in welchen Bereichen die grössten

Tabelle 2:

Basis-Laboruntersuchungen

- BB, CRP oder BSG, Lipase, GPT, Gamma-GT, ges. IgA, Gewebstransglutaminase
- IgA-AK, TSH, Kreatinin, BZ3
- Urinstatus
- Stuhluntersuchung auf *Giardia lamblia*, Würmer
- bei Diarrhö: Stuhluntersuchungen auf fäkale Inflammationsmarker
- evtl.: Calprotectin oder Lactoferrin

BB: Blutbild; CRP: C-reaktives Protein; BSG: Blutsenkung; GPT: Glutamat-Pyruvat-Transaminase; Gamma-GT: Gamma-Glutamyl-Transferase; TSH: Thyreoidea-stimulierendes Hormon; BZ3: ...(?),....

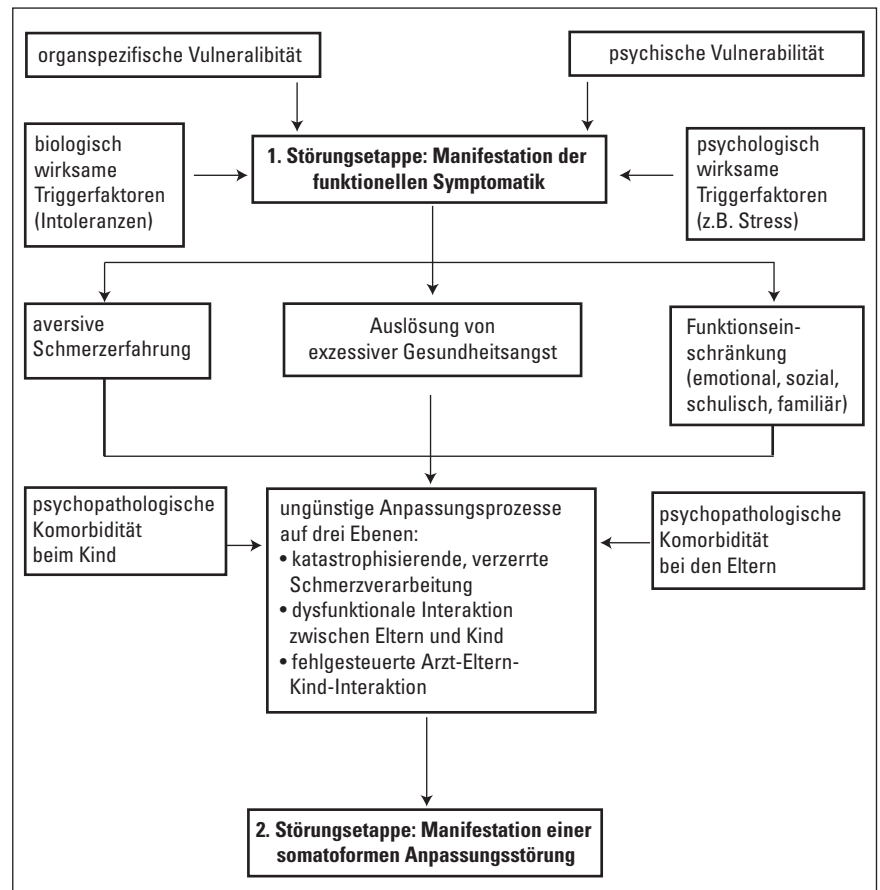


Abbildung 1: Entwicklung der somatoformen Anpassungsstörung an einen funktionellen Bauchschmerz (nach [2]).

Sorgen macht. Die klinische Erfahrung zeigt, dass sich in vielen Fällen die Kinder selbst recht erfolgreich an den Bauchschmerz adaptieren, während die Eltern intensive Ängste und Beeinträchtigungen aufweisen (6) (Konstellation einer sogenannten «somatoformen Störung by proxy» [2]).

Patientenaufklärung und Psychoedukation

Die hier skizzierten biopsychosozialen Konzepte sind nicht nur für das Störungsverständnis bedeutsam, sondern sie eröffnen Perspektiven für eine konsensuelle Patientenaufklärung und Psychoedukation. Der Textkasten bietet Formulierungen in patientenorientierter Sprache an. Diese enthalten auch gut vermittelbare Informationen zu den Interaktionen zwischen zentralem und enterischem Nervensystem. Im Kon-

Elternversion

Wie stark fühlt sich der Schmerz für Ihr Kind an?	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Wie stark ist Ihre Angst vor einer ernsten Krankheit Ihres Kindes?	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Wie stark hält der Schmerz Ihr Kind davon ab, bestimmte Dinge zu tun (Freunde treffen, Schule, Hobbys, Familie)?	1 – 2 – 3 – 4 – 5

Kinderversion

Wie stark fühlt sich der Schmerz an?	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Wie stark ist Deine Angst vor einer schlimmen Krankheit?	1 – 2 – 3 – 4 – 5
Wie stark hält Dich Dein Schmerz davon ab, bestimmte Dinge zu tun (Freunde treffen, Schule, Hobbys, Familie)?	1 – 2 – 3 – 4 – 5

1 = «gar nicht», 5 = «sehr stark»

Abbildung 2: Screeningfragebogen zur Beeinträchtigung bei funktionellem Bauchschmerz (2)

trast zur traditionellen psychosomatischen Diagnosemitteilung («Ich habe keine auffälligen organischen Befunde entdeckt. Der Bauchschmerz ist ergo psychisch bedingt») erhöhen die hier vorgestellten Strategien der Patientenaufklärung die Chancen für eine Akzeptanz durch die Familie, da sie zwar einerseits eine biologisch erworbene Vulnerabilität beim Kind als wichtige Störungsursache herausstellen, andererseits jedoch betonen, dass diese diagnostisch beim Kind leider nicht nachweisbar ist.

Ebenso ist die positive Diagnosestellung auf Basis der Rom-III-Kriterien hilfreich, da nun nicht nur eine Botschaft angeboten werden kann, was das Kind nicht hat, sondern vielmehr welche Störungskriterien es auf Basis internationaler Konsensusbildung positiv erfüllt. Die implizite Anerkennung einer biologischen Vulnerabilität schafft im Gegenzug bei vielen Patienten und Eltern wiederum die Bereitschaft zur Erkundung modulierender auslösender, vermittelnder und aufrechterhaltender psychologischer Verlaufsfaktoren.

Vorrangig an das Kind gerichtet können vertraute Beispiele aus der alltäglichen Körpererfahrung genutzt werden, um zu plausibilisieren, dass eindruckliche Schmerzen und Beschwerden nicht zwangsläufig ursächlich auf Erkrankungen zurückgehen müssen wie zum Beispiel:

- Schwindel, Übelkeit, Erbrechen beim Karussell fahren
- «Seitenstiche», «Muskelschmerzen» und Pulsbeschleunigung bei sportlicher Belastung
- Schwitzen bei Hitze, Gänsehaut und Zittern bei Kälte
- rot werden bei Scham, blass werden bei Schreck, Zittern vor Angst
- flaues Gefühl im Bauch bei Klassenarbeit

Medikamente und Diät?

Nach Abklärung des Bauchschmerzes ohne Über- und Unterdiagnostik, positiver Diagnosestellung und Aufklärung ergeben sich nach übereinstimmender Studienlage keine wesentlichen medikamentösen Therapieoptionen (7). Weitere Metaanalysen zeigen keine Wirksamkeit unspezifischer diätetischer Massnahmen beim fehlenden Nachweis einer spezifischen Intoleranz (8) sowie für den Einsatz antidepressiver Medikation (9). Einzig verkapseltes Pfefferminzöl

kann mit begrenzter Evidenz als Spasmolytikum bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt werden (1).

Wirksamkeit verhaltensmedizinischer Intervention

Im Unterschied zu medikamentösen und diätetischen Massnahmen gelten nach empirischer Datenlage kognitiv-behaviorale Interventionen als Methode der Wahl (2, 10, 11). In einer sorgfältig kontrollierten, randomisierten Interventionsstudie haben Levy et al. (12) die Wirksamkeit nachweisen können. Deren verhaltensmedizinisches Standardprozedere umfasst drei Komponenten:

- Entspannungstraining
- Veränderung der elterlichen Reaktion auf Schmerzüsserungen des Kindes
- Modifikation ungünstiger Gedanken zum Bauchschmerz

Individualisierte Therapiemodule

Die klinische Erfahrung zeigt, dass innerhalb der Gruppe der Bauchschmerzkinder der individuelle Interventionsbedarf quantitativ und qualitativ stark variieren kann. Bei manchen Kindern steht der konkrete Leidensdruck am Bauchschmerz, bei anderen Kindern und besonders bei den Eltern die hypochondrisch getönte Sorge vor einer unentdeckten Grunderkrankung im Vordergrund. Bei anderen Kindern wiederum ist es eine soziale oder schulische Folgeproblematik, zum Beispiel in Form eines längeren Schulabsentismus. Daher empfiehlt sich eine differenzielle Anwendung verhaltensmedizinischer Interventionsmodule zur Optimierung der Anpassung an den individuellen Bedarf. Im Folgenden sollen daher fünf Interventionsmodule vorgestellt werden, die je nach Bedingungen des Einzelfalls und Abstimmung mit den Bedürfnissen der Familie einzeln oder kombiniert eingesetzt werden können.

Modul 1: Schmerzlinderung

Steht das Leiden am aversiven Bauchschmerz im Vordergrund, so sind verhaltenstherapeutisch basierte Techniken der Schmerztherapie indiziert:

Aufmerksamkeitssteuerung: Techniken der gezielten Ablenkung vom Bauchschmerz sind vorrangig bei kleineren Kindern indiziert. Die Techniken sollten so gewählt sein, dass sie über längere Zeit die Aufmerksamkeit und Vigilanz des Kindes binden können (Karten spielen, Lesen). Es lohnt sich, die einzelnen Sinneskanäle gezielt anzusprechen, zum Beispiel den visuellen Kanal (z.B. Bilderbücher ansehen) oder den akustischen (CD oder Hörkassetten auflegen).

Entspannungsverfahren: Hilfreich sind einfache Techniken der Bauchatmung (13): Tiefes Einatmen in den Bauchraum, begleitendes Zählen von 1 bis 5, um die Aufmerksamkeit fokussiert zu halten, und anschliessendes langsames Ausatmen (ebenfalls bis fünf zählend). Ein Kuscheltier auf dem Bauch, das sich beim Einatmen hebt und beim Ausatmen herabsenkt, wirkt wie eine simple Biofeedback-Technik.

Kognitive Techniken: Die Schmerzsensation wird regelmässig von begleitenden Kognitionen (Selbstgespräche, innere Sätze) begleitet. An Stelle von affektiv

aufgeladenen Begriffen zur Schmerzbeschreibung («fürchterlich», «grausam», «schrecklich», «mörderisch») üben insbesondere die Eltern neutralere, sensorisch-deskriptive Begriffe zur Schmerzbeschreibung ein («kommend und gehend», «warm»). Bei extrem negativen Kommentierungen der Schmerzsensation («Ich kann nichts tun und bin meinem Schmerz vollkommen hilflos ausgeliefert») kann eine Gedankenstopptechnik eingesetzt werden (Vorstellung eines roten Stopp-Schildes, innerlich laut «Stop» rufen), um alternative, positive Sätze (Selbstinstruktionen) entgegenzustellen wie zum Beispiel:

- «Wenn ich ruhig und entspannt bleibe, geht es besser.»
- «Ich weiss aus Erfahrung: Es wird wieder besser. Ich muss jetzt nur die nächsten Stunden erträglich und sinnvoll über die Runden bringen.»
- «Ich werde es auch diesmal schaffen, so wie ich es schon oft geschafft habe.»
- «Was tue ich im Moment am besten, um den Schmerz zu lindern? Mich ablenken? Mit Lesen? Lernen? Spazieren gehen? ...»

Modul 2: Überwindung katastrophisierender, hypochondrischer Schmerzverarbeitung

Für Eltern mit hypochondrisch gesteigerter Angst vor einer unentdeckten Primärerkrankung empfehlen sich folgende Strategien:

- Wiederholte Aufklärung zur funktionellen Genese und benignen Prognose im Sinne des Hypersensitivitätsmodells (vgl. *Abbildung 1* und *Kasten*).
- Training in Reattribution bei neu auftretenden Schmerzepisoden, das heisst gezielt andere Erklärungen ausserhalb des Vorliegens einer bedrohlichen Erkrankung suchen.
- Verlaufsargument nutzen: Vor allem bei Angst vor onkologischer Erkrankung auf den episodischen, in der Regel nicht progredienten Verlauf der Bauchschmerzepisoden hinweisen, der eine maligne fortschreitende Grunderkrankung auch aus Laiensicht nachvollziehbar und ohne Rückgriff auf Labordaten ausschliesst.
- Unsicherheit tolerieren lernen: Verdeutlichen, dass Gesundheit nie beweisbar, nie verifizierbar ist. Lernen, eine Restunsicherheit (wie in anderen Lebenslagen auch, z.B. bei Nutzung eines Flugzeugs) zu tolerieren. Frage an die Eltern: Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit einer ernsten, unerkannten Diagnose?
- Übersteigerte, katastrophisierende Gedanken und Ängste bei sich identifizieren und mit nachsichtigem, schmunzelnden Distanzieren reagieren lernen.
- Vereinbarungen zum Untersuchungsgang treffen: Bei Patienten mit einer sehr spezifisch formulierbaren Krankheitsangst kann gemeinsam ein Untersuchungsgang vereinbart werden, der diese konkrete Sorge ausschliessen hilft.

Modul 3: Kontrolle von Symptom auslösenden Belastungsfaktoren

Bauchschmerzprotokoll und psychologische Exploration des Kindes identifizieren bei einzelnen Kindern

charakteristische Belastungsfaktoren, meistens im Sinne eines überfordernden Bedrohungsgefühls (häufig schulassoziiert) oder subtiler Kränkungen (häufig familiär assoziiert). In solchen Fällen lohnen sich Versuche einer «kausalen» Behandlung durch Auflösung der zu Grunde liegenden Konflikte und Belastungen:

- Der Bauchschmerz kann – neben einem respektvollen Anerkennen des mit ihm verbundenen Leidens – auch als weises Rückmeldesystem des Organismus für Stresssituationen interpretiert werden, das Überforderungen anzeigt, die «der eigene Verstand oder die Familie sich nicht eingestehen mag». Der Schmerz wird im Sinne einer Utilisierung des Schmerzes als Botschaft des Körpers aus dem Kontext einer rein leidvollen Erfahrung befreit und kann zum (strengen) Freund erklärt werden.

Kasten:

Patientenaufklärung und Psychoedukation bei funktionellem Bauchschmerz

Konzept der Hypersensitivität und -reagibilität als Grundlage der Patientenaufklärung:

Die Bauchschmerzen Ihres Kind beruhen auf sehr empfindlichen Darmfunktionen. Der Aufbau des Darms ist dabei vollkommen gesund. Daher finden sich auch normale Untersuchungswerte. Auch mit einem gesunden Darm kann Ihr Kind im Bauch starke Schmerzen empfinden. Die Schmerzen sind also echt und keinesfalls simuliert. Die Veranlagung für die besondere Empfindlichkeit des Darms kann angeboren oder durch frühere Entzündungen erworben sein.

Interaktion zentrales-enterisches Nervensystem:

Im Darm sind besonders viele Nervenzellen, die bei Ihrem Kind schon auf kleinste Reizungen wie zum Beispiel normale Darmbewegungen mit Schmerzen reagieren können. Diese hoch empfindsamen Nervenzellen des Darms stehen in enger Verbindung zum Gehirn und können daher mitreagieren, wenn Ihr Kind sich aufregt oder Sorgen hat. Dies gilt besonders bei Kummer, den Ihr Kind nicht mit Worten ausdrücken kann. Manche Kinder oder Eltern verwechseln dann Anzeichen seelischer Aufregung mit körperlicher Krankheit.

Zentrale Hypersensitivität:

Mittlerweile hat Ihr Kind vielleicht schon sehr feine Antennen dafür entwickelt, wenn sich die Bauchschmerzen wieder ankündigen. Diese erworbene Empfindsamkeit für seinen Bauchraum kann die Wahrnehmung und das Leiden an den Schmerzen zusätzlich steigern.

Schlussfolgerung: Akzeptanz der Disposition:

Die Veranlagung zur Empfindsamkeit der Darmfunktionen können wir ärztlich leider kaum beeinflussen. Wir müssen diese Empfindsamkeit daher im Grunde akzeptieren. In vielen Fällen wächst sie sich spontan wieder aus.

Schlussfolgerung: Kontrolle der Auslöser und Folgebeeinträchtigungen:

Was wir beeinflussen können, sind Auslöser für die Bauchschmerzen und der Umgang mit ihnen. Ein Bauchschmerzprotokoll kann typische Auslösesituationen erkennen und kontrollieren helfen. Mindestens ebenso wichtig ist es, negative Auswirkungen der wiederkehrenden Bauchschmerzen auf die normale Entwicklung des Kindes in Familie, Schule und Freundeskreis in Grenzen zu halten. Dazu kann begleitend zur ärztlichen Behandlung auch eine psychologische Beratung hilfreich sein.

Konsens zu Störungskonzept und Prozedere:

Ist dieses Erklärungsmodell für Sie plausibel und passt es zu Ihren bisherigen Erfahrungen mit dem Bauchschmerz?

- In Familien mit einem verbal reduzierten, nur indirekt kommunizierten Ausdruck personaler, unerfüllter Bedürfnisse kann die Kommunikation des Bauchschmerzes eine gesichtswahrende Ersatzfunktion für die Mitteilung emotionaler Anliegen gewinnen. In solchen (eher seltenen) Fällen kann versucht werden, implizite Schmerzbotschaften explizit zu machen und nach Antworten in der Familie auf solche, zunächst latenten Botschaften zu suchen.

Modul 4: Modifikation der elterlichen Reaktion auf Schmerzäußerungen des Kindes

Die Reaktion der Eltern, besonders der Mutter auf Schmerzäußerungen des Kindes (z.B. in Form von spontaner Zuwendung, Ablenkung, Befreiung vom Schulbesuch, Anleitung zur Schmerzbewältigung) verstärken oder verringern nachweislich die Häufigkeit von Schmerzäußerungen (2). Es empfiehlt sich Eltern anzuleiten:

- tröstend die Realität des Schmerzes anerkennen, ihn nicht argwöhnisch als Simulation in Frage zu stellen,
- auf katastrophisierende Bewertungen der Schmerzempfindungen, ihrer Konsequenzen wie vermeintlichen Ursachen zu verzichten,
- vor allem Belohnungen, die unmittelbar kontingent auf verstärkten Schmerzausdruck hin gegeben werden, zu vermeiden (diese sollten stattdessen im schmerzfreien Intervall angeboten werden),
- das Kind in Strategien zur aktiven Schmerzbewältigung anzuleiten und zu unterstützen,
- Regeln zwischen Eltern und Kind zum Zielverhalten bei der nächsten Schmerzepisode zu vereinbaren («lösungsorientiertes Vorgehen»). Leitfrage: Wie sollen wir konkret bei nächsten Episode reagieren?

Modul 5: Schulische und soziale Integration stärken

Bei Patienten mit komorbider Schulphobie finden sich vielfach extrem hohe Schulfehltage. Konflikte mit Lehrern oder Mitschülern (Mobbing), objektive Leistungsüberforderung beziehungsweise Schulleistungsangst bei überzogenen Leistungserwartungen der Eltern sind zu klären. Ein Plan zur schulischen Reintegration ist gemeinsam mit Eltern, Kind und gegebenenfalls dem Klassenlehrer zu vereinbaren:

- Ein gestufter Plan beginnt in den ersten Tagen mit nur ein oder zwei Stunden Schulbesuch. Die minimalen Anforderungen zu Beginn stärken die Zuversicht, den Wiedereinstieg in den Unterricht bewältigen zu können. Auch das Aufholen versäumten Schulstoffs wird schrittweise gesteigert.
- Nach längerer Schulanwesenheit kann die Angst, als «Schulschwänzer» stigmatisiert zu werden, zur entscheidenden Barriere einer schulischen Reintegration werden. Es werden gesichtswahrende Formulierungen erarbeitet, womit das Kind kritische Nachfragen der Mitschüler beantworten kann.

Zusammenfassung

Dem Pädiater kommt bei der Identifikation und dem Management funktioneller Bauchschmerzen unge-

achtet begrenzter medikamentöser Therapieoptionen eine Schlüsselstellung zu. Essenziell ist eine Patientenaufklärung mit dem Ziel, mit der Familie ein gemeinsames Verständnis der Symptomatik zu erzielen. Dabei ist zu vermeiden, im Sinne der traditionellen Psychosomatik nach Ausschluss somatischer Ursachen unmittelbar auf eine Psychogenität der Beschwerden zu schließen. Vielmehr empfiehlt es sich, die Symptomatik als das Zusammenwirken von zwei Komponenten zu erläutern:

- Eine eher biologisch begründete, angeborene oder erworbene Sensitivierung der Schmerz- und Beschwerdewahrnehmung. Dieser dispositionelle Faktor ist therapeutisch nur schwer beeinflussbar, so dass eine wesentliche, für Patient und Eltern nicht immer leichte Bewältigungsaufgabe in der Akzeptanz dieser individuellen Vulnerabilität liegt.
- Eher psychologisch begründete Verlaufsfaktoren, die die Auslösung, Verarbeitung und Aufrechterhaltung der Symptomatik modulieren. Hier ergeben sich für Patient und Familie – bei Bedarf auch unterstützt durch eine begleitende kinderpsychologische Beratung oder Therapie – viele Ansatzpunkte für eine aktive Bewältigung und Steuerung des Symptomenverlaufs und dessen multiple Auswirkungen in Familie und Schule.

Korrespondenzadresse:

PD Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych.
Psychologischer Psychotherapeut für Kinder, Jugendliche und Erwachsene
Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn
Adenauerallee 119, D-53113 Bonn
Tel. 0049 (0)228 287 33265, Fax 0049 (0)228 287 33314
E-Mail: m.noeker@uni-bonn.de

Literatur:

1. Layer P et al. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). Z Gastroenterol 2011; 49: 237–293. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/021-016L_S3_Reizdarmsyndrom_2011.pdf
2. Noeker M. Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, Hogrefe-Verlag, 2008.
3. Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. Gastroenterology 2006; 130: 1527–1537.
4. Yacob D, Di Lorenzo C. Functional abdominal pain: all roads lead to Rome (criteria). Pediatr Ann 2009; 38: 253–58.
5. Noeker M. Skalen zur Erfassung von somatoformen Störungen im Kindes- und Jugendalter. Klinische Diagnostik und Evaluation 2010; 3:187–207.
6. Williams SE, Smith CA, Bruehl SP, Gigante J, Walker LS. Medical evaluation of children with chronic abdominal pain: impact of diagnosis, physician practice orientation, and maternal trait anxiety on mothers' responses to the evaluation. Pain 2009;146: 283–292.
7. Chiou E, Nurko S. Management of functional abdominal pain and irritable bowel syndrome in children and adolescents. Expert Rev Gastroenterol Hepatol 2010; 4: 293–304.
8. Huertas-Ceballos AA, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Dietary interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2009; 21:CD003019.
9. Kaminski A, Kamper A, Thaler K, Chapman A, Gartlehner G. Antidepressants for the treatment of abdominal pain-related functional gastrointestinal disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2011 Jul 6;(7):CD008013.
10. Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2008; 23:CD003014.
11. Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC, Morley S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. Pain 2010;148: 387–397.

12. Levy RL, Langer SL, Walker LS, Romano JM, Christie DL, Youssef N, DuPen MM, Feld AD, Ballard SA, Welsh EM, Jeffery RW, Young M, Coffey MJ, Whitehead WE. Cognitive-behavioral therapy for children with functional abdominal pain and their parents decreases pain and other symptoms. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 946–956.
13. Noeker M: Funktioneller Bauchschmerz. In: F. Petermann & D. Vaitl (Hrsg.). *Handbuch der Entspannungsverfahren*. 4., völlig überarbeitete Auflage. Weinheim, Beltz PVU, 2009. Seite 394-411.