

Körperliche Beschwerden ohne organische Ursache?
Funktionelle und somatoforme Störungen
im Kindes- und Jugendalter

Prof. Dr. Meinolf Noeker

Psychologischer Psychotherapeut

Krankenhausdezernent des LWL-PsychiatrieVerbunds

5. Ruhrgebietskongress zur Kinder- und Jugendgesundheit

MedEcon Ruhr

Essen 09.03.2019

Übersicht

Grundlagen

1. Funktionelle und somatoforme Störung
 - Klinisches Spektrum, Definition, Klassifikation, Differentialdiagnose,
2. Eigenes Ätiologiekonzept: 2-Phasen-Modell
 - Die somatoforme Anpassungsstörung an funktionelle Symptomatik
3. Prototypisches Störungsbild: Funktioneller Bauchschmerz
4. Mediatoren des Übergangs von einer einfachen funktionellen Symptomatik in eine komplexe somatoforme Störung

Diagnostik und Intervention




5. Leitprinzipien der Intervention
6. Positive Diagnosestellung
7. Patientenaufklärung / Psychoedukation
8. Verhaltensmedizinische Intervention

Somatisierung: Definition (*Lipowski, 1988*)

Tendenz,

- körperlichen Streß zu erleben und zu kommunizieren,
- der nicht hinreichend durch pathologische Befunde zu erklären ist,
- diesen auf körperliche Erkrankung zurückzuführen und
- dazu medizinische Hilfe aufzusuchen.

Diskrepanz zwischen Krankheit, Kranksein und Krankenrolle

Biopsychosoziale Ebenen	Gegenstand	Diagnostischer Zugang
Krankheit (disease) - Biologische Ebene	Keine objektivierbaren Symptome	Objektiv=berurteilerunabhängig: Labor, Bildgebung, Histologie ..
	Kranksein (illness) - Psychische Ebene	Starke subjektive Beschwerden, hoher Leidensdruck
	Krankenrolle (sickness) - Interaktionelle Ebene	Selbstbericht - Anamnese und Exploration ..
	Exzessives Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten	Fremdbericht - Verhaltensbeobachtung und Fremdanamnese ..

„Störung des subjektiven Befindens ohne objektiven Befund“

„Kranksein ohne Krankheit“

Typische Glaubenssätze von Patienten / Eltern mit somatoformer Schmerzstörung

- *„Die Ursache von Schmerz ist immer Krankheit. Unauffällige Befunde bedeuten, dass die wirkliche Krankheitsursache noch nicht identifiziert ist. Daher muss die Diagnostik so lange weitergeführt oder wiederholt werden, bis ein irgendein pathologischer Befund vorliegt.“*
- *„Erst wenn eine Diagnose vorliegt, kann der Schmerz bekämpft werden und erst dann kann unser Kind wieder aktiv werden, zur Schule gehen und glücklich werden.“*
- *„Von der heutigen Hochleistungsmedizin dürfen wir eindeutige Ursachenklärung und Beschwerdefreiheit erwarten – erst recht bei so „banalen Problemen“ wie Bauchschmerz, Kopfschmerz, Gliederschmerz!“*

Typische Eltern-Arzt-Interaktion

- Akute Beschwerdeepisode
- Arztkonsultation
- Ärztliche Befundmitteilung: Keine organische Grunderkrankung, ggf. „Stress“ als Erklärungskonzept
- Fehlender Konsens Arzt-Eltern zu Störungsgenese und weiterem Procedere
- Beiderseitige Frustration
- Erneute Beschwerdeepisode
- Erneutes Insistieren auf eingehendere Differentialdiagnostik, ggf. Arztwechsel

Spektrum typischer Beschwerden in der Kinderheilkunde

Pädiatrische Fachdisziplin

Medizinisch nicht erklärbares resp. diagnostizierbares Symptom oder Syndrom

Gastroenterologie

Rekurrierender, funktioneller Bauchschmerz,
funktionelle Diarrhö / Obstipation

HNO

Globusgefühl, Schluckbeschwerden, Dysphonie

Neuropädiatrie

Kopfschmerz, Schwindel,
Konversionsstörungen: Nicht-epileptische Anfälle
Dissoziative Lähmungen, Sensibilitätsstörungen

Infektiologie

Chronic fatigue syndrome

Rheumatologie

Fibromyalgie, unspezifische Gelenkschmerzen

Kardiologie

Schmerz und Druckgefühl im Brustbereich,
Synkope

Orthopädie

Rückenschmerzen, Gang- und Standstörungen

Pneumologie

Hyperventilation

Epidemiologie

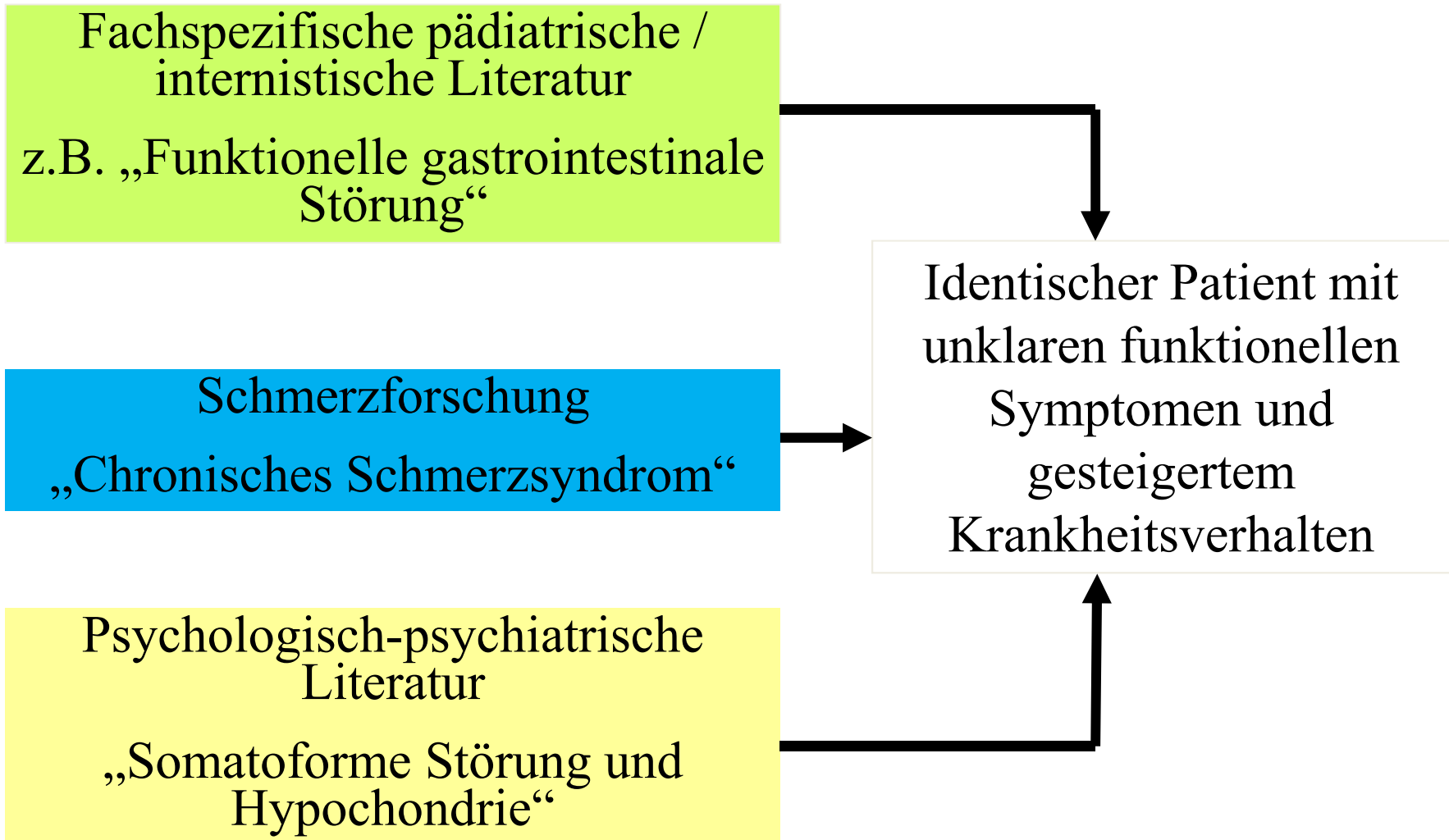
Studien

- niederländische Studie zu chronischen Schmerzstörungen [Perquin et al, *Pain*, 2006],
- Studie aus Ostholstein zu Schmerzsymptomen [Roth-Isenberg et al., *Pediatrics*, 2005],
- norwegische Studie zu unspezifischen Schmerzsymptomatiken [Groholt et al., *Eur J Epidem*, 2003],
- Bremer Jugendstudie mit einem Teilprojekt zu somatoformen Störungen [Essau et al., *ZPPP*, 2004],
- Leipziger Studie zu somatoformen Störungen im Jugendalter [Hessel et al., *Psychotherapeut*, 2003],

Ergebnisse

- **Etwa ein Drittel der Kinder und Jugendlichen** in der Allgemeinbevölkerung leidet an mindestens einer unklaren körperlichen Beschwerde.
- Im Unterschied zu den polysymptomatischen, fluktuierenden Beschwerdebildern des Erwachsenenalters dominieren im Kindesalter **monosymptomatische Beschwerdebilder**.
- Die häufigsten Beschwerden beziehen sich auf funktionelle Schmerzstörungen. Im Vordergrund stehen **Kopf- und Bauchschmerzen** mit einer Häufigkeit von jeweils etwa zehn Prozent.
- Kinder und Jugendliche mit unklaren Schmerzen erfahren eine deutliche Beeinträchtigung von Wohlbefinden, **Lebensqualität** und psychosozialer Funktionsfähigkeit; diese Beeinträchtigung betrifft ebenso die Familie.
- Assoziation unklarer körperlicher Beschwerden mit psychischen Störungen, insbesondere **Angststörungen und Depression** auf.

Verschiedene Disziplinen, gleicher Patient, divergierende Terminologie



ICD F40-F48

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen

F40.- Phobische Störungen

F41.- Andere Angststörungen

F42.- Zwangsstörung

F43.- Reaktionen auf schwere Belastungen und
Anpassungsstörungen

F44.- Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]

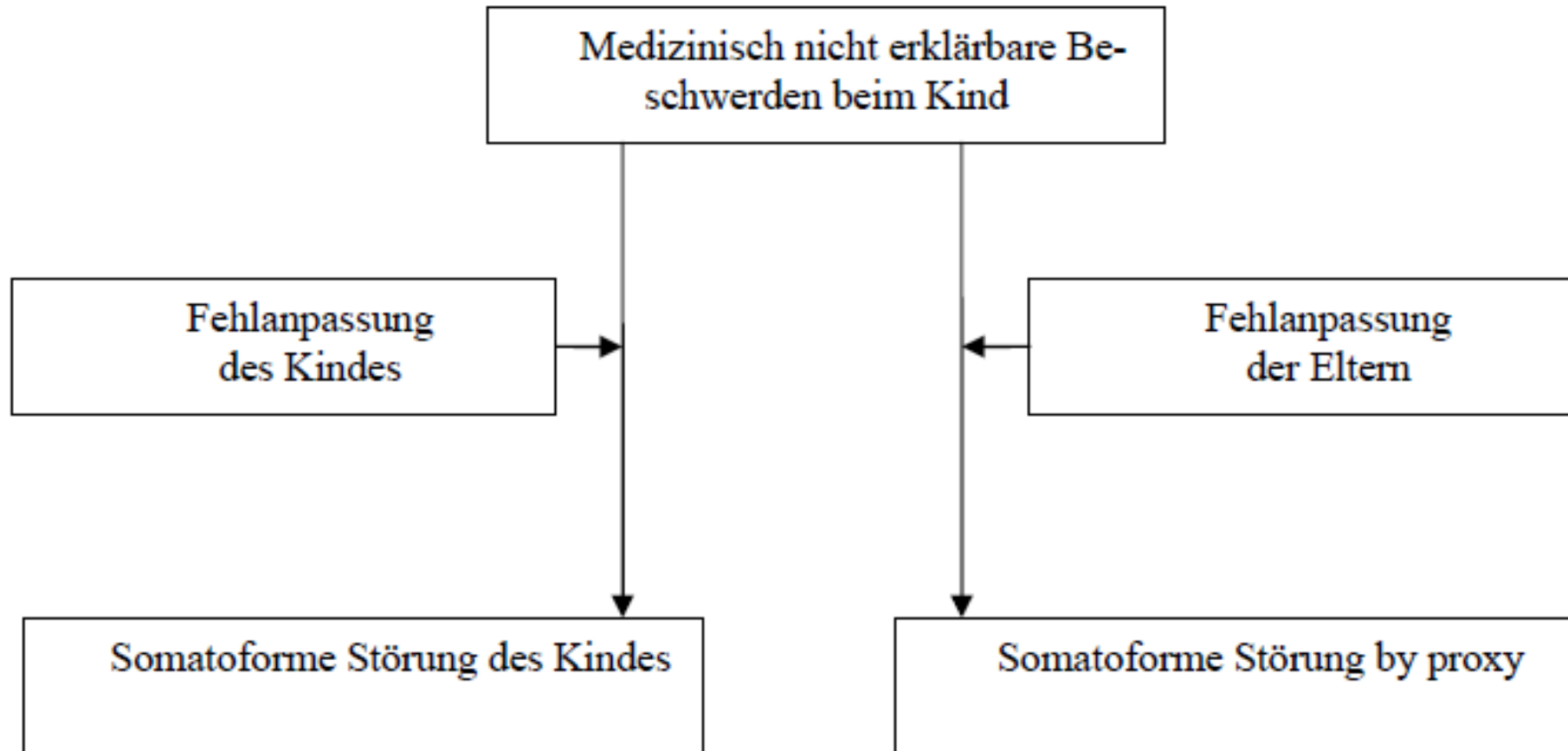
F45.- Somatoforme Störungen

F48.- Andere neurotische Störungen

Somatoforme Störung (ICD)

- **Somatisierungsstörung (F45.0)**
Polysymptomatische, über den Verlauf stark fluktuierende Beschwerdebilder; bei Kindern und Jugendlichen selten.
- **Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1)**
Mäßige Variabilität der Beschwerden
- **Hypochondrische Störung (F45.2)**
- **Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)** Kardiovaskuläres, gastrointestinales, respiratorisches, urogenitales System
- **Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4)**
Medizinisch unklare Schmerzstörungen über mindestens 6 Monate

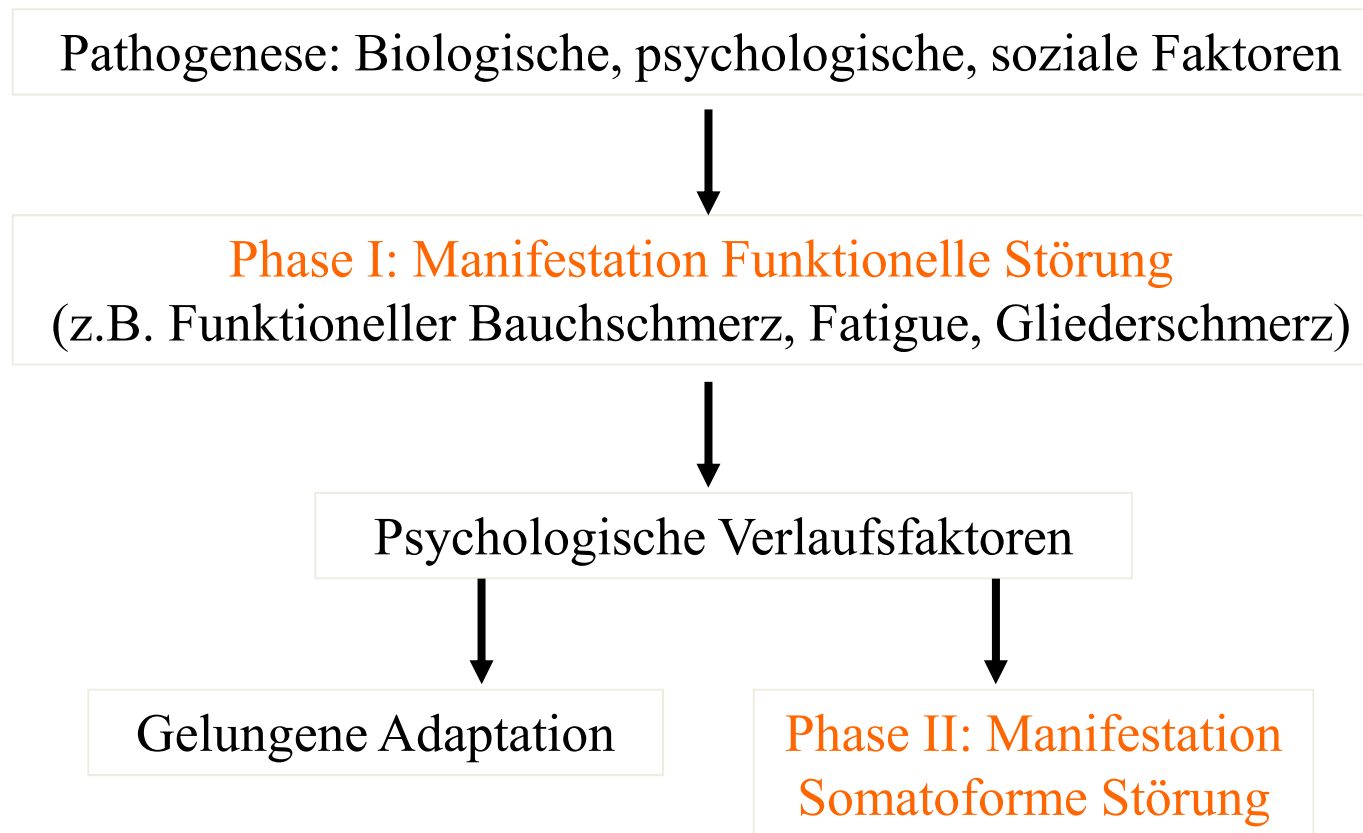
Somatoforme Störung in der Pädiatrie



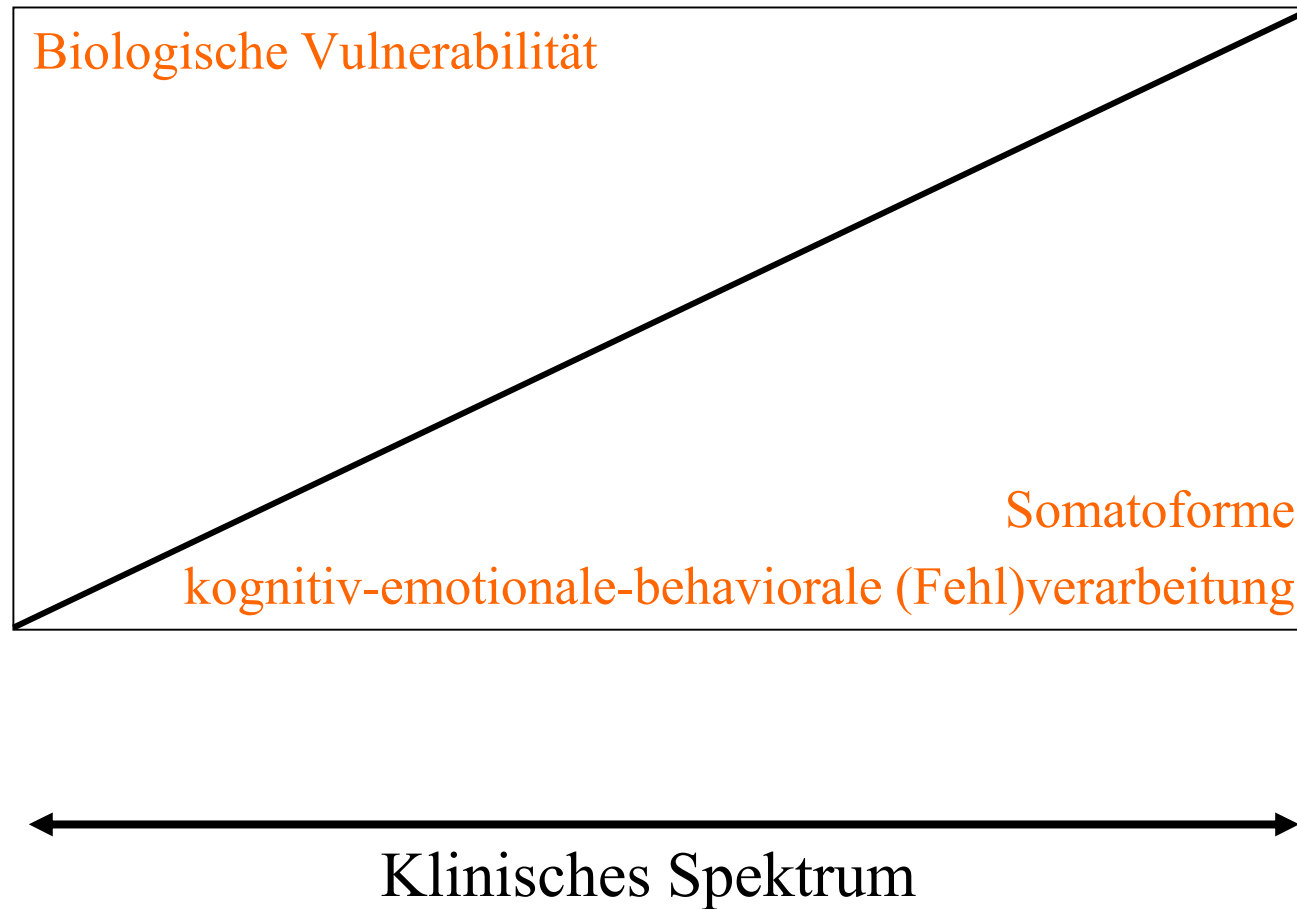
Zusammentreffen psychischer, funktioneller, organischer Befunde: Weitere Diagnosen

	ICD-10
1. Somatoforme Störungen	F45
2. Dissoziative Störungen (incl. motorische und sensorische Konversionsstörungen, nichtepileptische psychogene Anfälle)	F44
3. Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten somatischen Krankheiten (z.B. Asthma bronchiale)	F54
4. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (z.B. Essstörungen, Schlafstörungen)	F5
5. (Koinzidenzielle) Komorbidität von organischer Erkrankung und psychischer Störung	
6. Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (artifizielle Störung/MbpS; Simulation)	F68.0
7. Spezif. Verhaltens- & emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit & Jugend (z.B. nicht organische Enuresis, Enkopresis)	F98.0

Funktionelle und somatoforme Störungen: Einfaches 2-Phasen-Modell



Jenseits eines psychosomatischen Dualismus: Biologische versus psychologische Störungsanteile



Funktionelle gastrointestinale Störungen (Rome-IV-Kriterien)

Funktionelle abdominelle Schmerzstörungen

1. funktionelle Dyspepsie
2. Reizdarmsyndrom
3. abdominelle Migräne
4. funktionelle abdominelle Schmerzen, nicht weiter spezifiziert

Drossman et al., 2017; Hyams et al., 2016; Faure, Thapar & Di Lorenzo, 2018)

Definition funktionelle abdominelle Schmerzen nach Rome IV-Klassifikation (Hyams et al., 2016)

Die folgenden Kriterien müssen mindestens 4-mal pro Monat erfüllt sein:

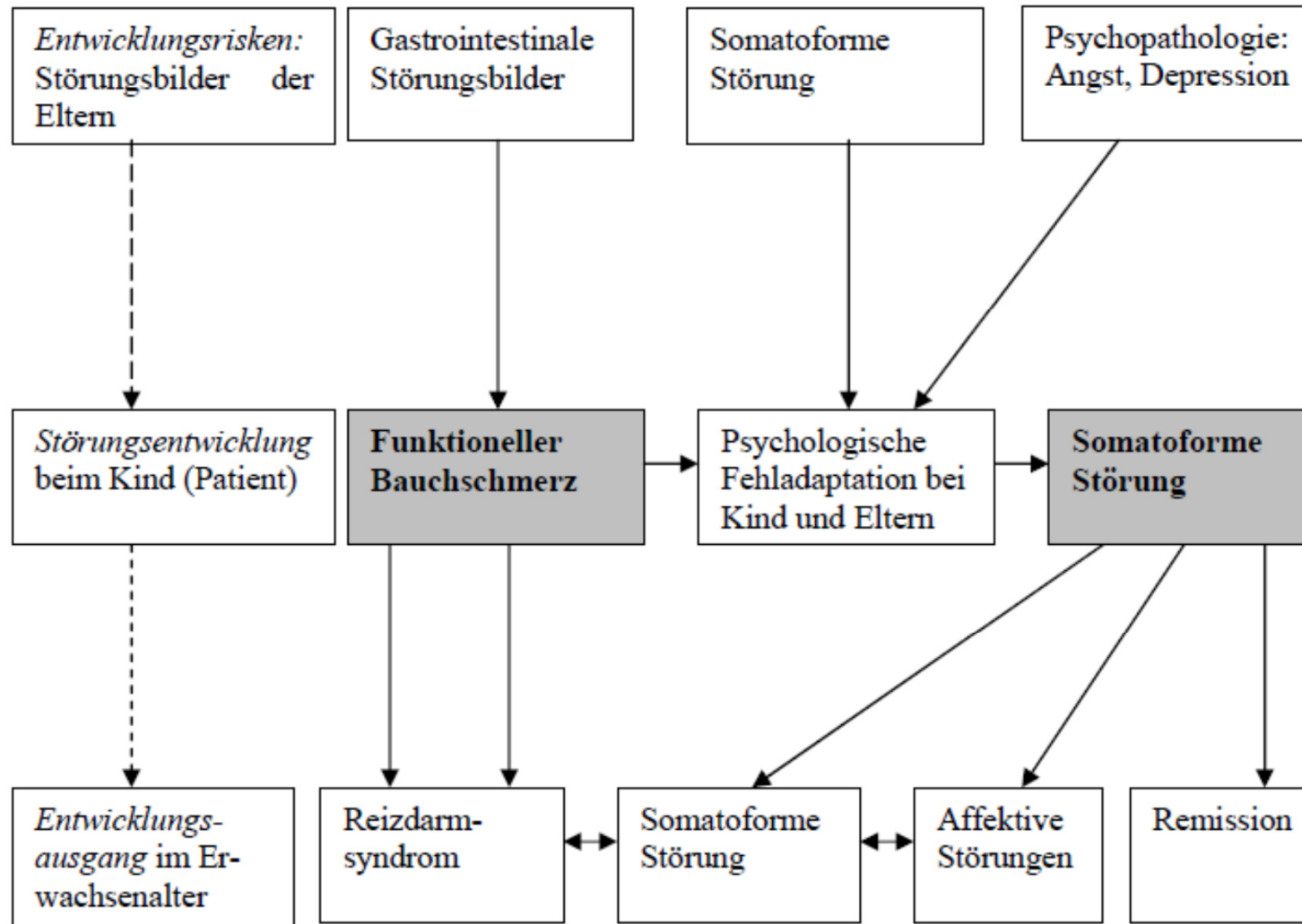
1. Episodische oder kontinuierliche Bauchschmerzen, die nicht nur während physiologischer Ereignisse auftreten (z.B. Essen, Menses)
2. Unzureichende Erfüllung der Kriterien für das Reizdarmsyndrom, funktionelle Dyspepsie oder abdominelle Migräne
3. Nach angemessener Untersuchung können die Bauchschmerzen nicht vollständig durch ein anderes Krankheitsbild erklärt werden

Die Kriterien müssen mindestens seit zwei Monaten vor der Diagnosestellung erfüllt sein.

Mögliche Alarmzeichen bei chronischen Bauchschmerzen (Red flags nach Rome IV)

- Familienanamnese zu entzündlichen Darmerkrankungen, Zöliakie oder Ulkus
- Anhaltender rechter oberer oder rechter unterer Quadrantenschmerz
- Dysphagie
- Anhaltendes Erbrechen
- Gastrointestinaler Blutverlust
- Nächtlicher Durchfall
- Arthritis
- Unwillkürlicher Gewichtsverlust
- Verlangsamung des linearen Wachstums
- Verzögerte Pubertät
- Unerklärliches Fieber

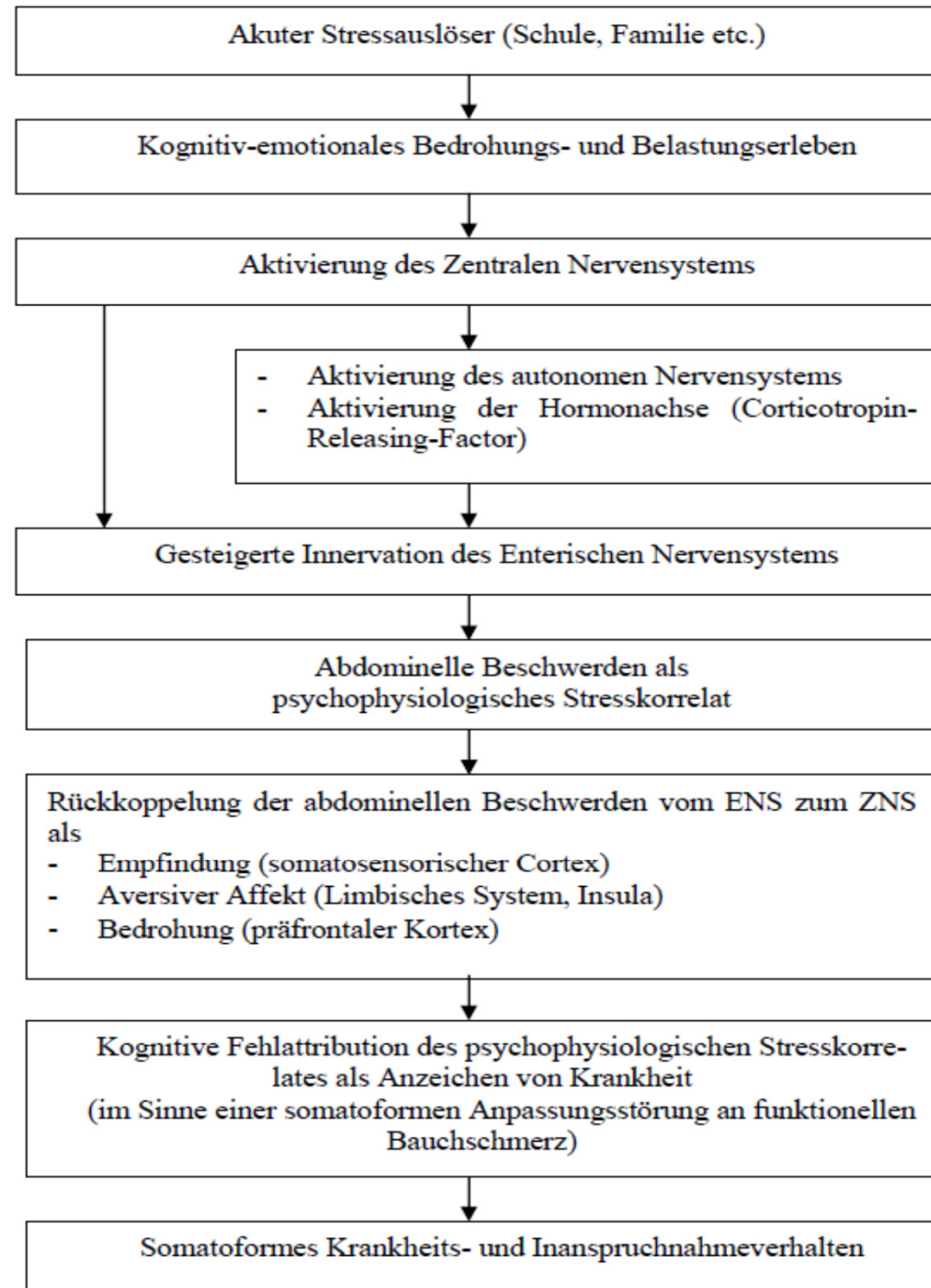
Funktioneller Bauchschmerz und somatoforme Störung: Transmission



STRESS:

ZNS &

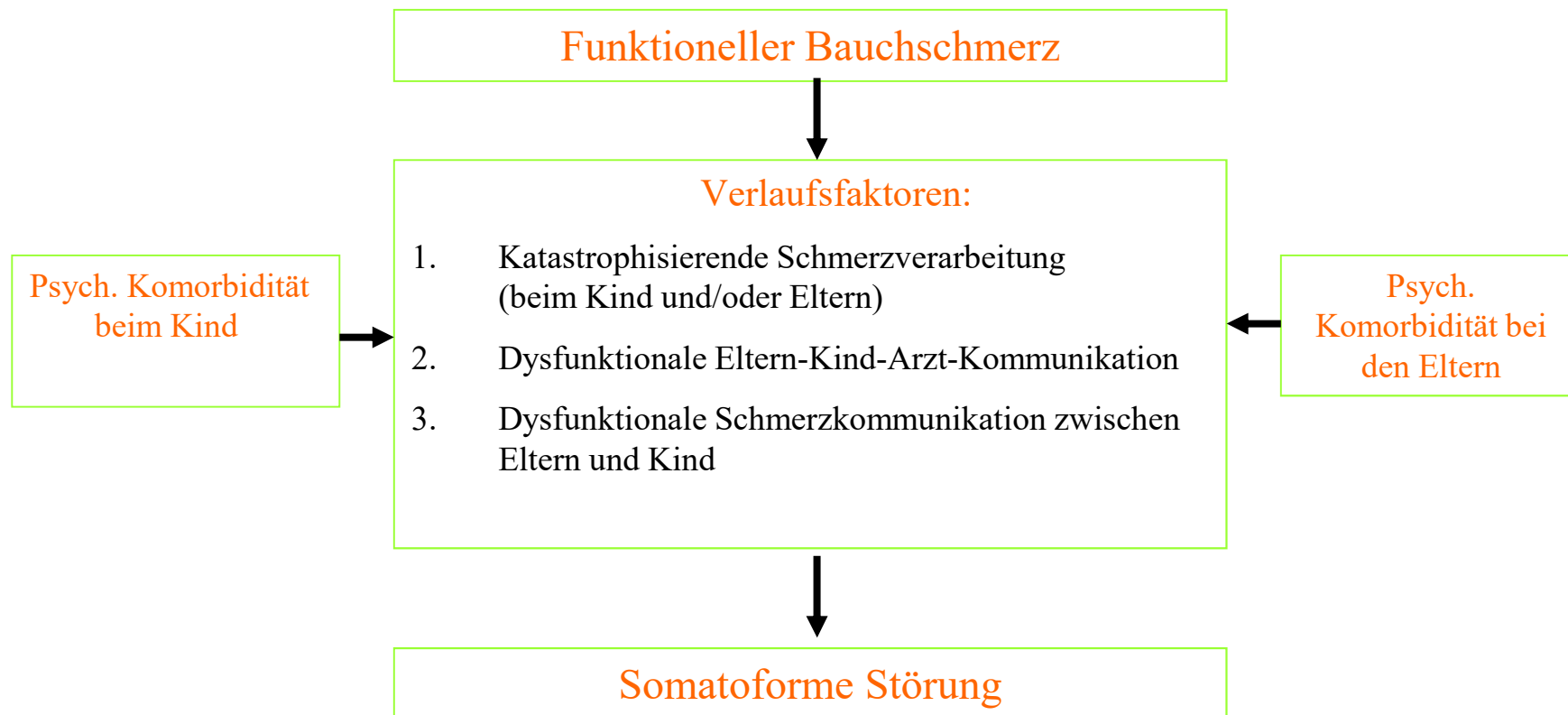
ENS



Pathomechanismen des funktionellen Bauchmerzes (Disorder of brain-gut interaction)

1. Störungen der Darmmotilität/passage
2. Veränderte Schleimhaut (Mucosa)- und Immunfunktion
3. Verändertes Mikrobiom im Darm
4. Viszerale (periphere) Hypersensitivität
5. Veränderte Signalverarbeitung im ZNS (Zentrale Hypersensitivität)

Übergang von einer funktionellen in somatoformen Störung



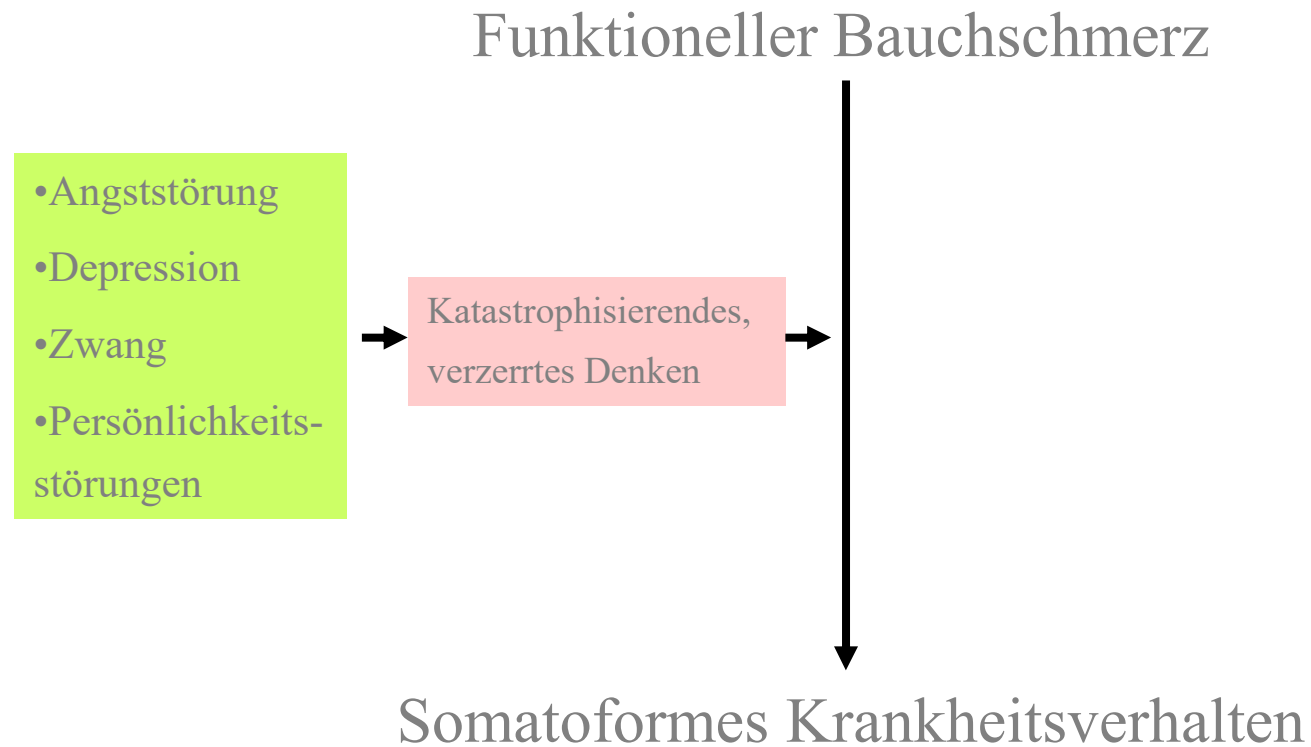
Katastrophisierende Schmerzverarbeitung: Kognitive Verzerrungen

Denkfehler	Definition	Beispiel
Übergeneralisierung	Aus den Erfahrungen einer spezifischen Situation werden weitreichende negative Schlussfolgerungen für die Zukunft gezogen.	„Bei meiner Nichte wurde der Appetitmangel auch schnell als Magersucht erklärt. Und dann war es doch ein Hirntumor. Daher werden wir uns nicht zufrieden geben, bis ein pathologischer Befund gefunden ist.“
Selektive Wahrnehmung	Überwertige Konzentration auf ein Detail unter Vernachlässigung anderer Einflussfaktoren	„Unser Sohn sieht oft so blass aus, wenn er Bauchschmerzen hat. Blässe ist doch ein Symptom von Leukämie!“
Gedankenlesen	Davon überzeugt sein zu wissen, was andere denken, ohne nachzufragen.	„Der Klassenlehrer hat unser Kind neulich so argwöhnisch angeschaut. Der denkt sicher, dass unser Nils simuliert.“
Alles-oder-nichts-Denken	Eine Situation in Form zwei dichotomer Kategorien denken und nicht als Kontinuum.	„Herr Doktor, bitte geben Sie mir eine einfache Antwort: Sind die Schmerzen unseres Kindes nun organisch oder psychisch?“
„Sollte“-Aussagen	Orientierung an rigiden Vorstellungen, wie die Welt beschaffen sein sollte.	„Ein Kinderarzt sollte doch in der Lage sein, die Ursache für einen Bauchschmerz heraus zu bekommen, sonst hat er doch seinen Beruf verfehlt.“
Etikettieren	Undifferenzierte, negative Zuschreibungen	„Wenn die Ärzte nicht mehr weiter wissen, schieben sie immer alles auf die Psyche.“
Über-/Untertreibung	Maximieren des Negativen, Minimieren des Positiven	„Mit diesen Bauchschmerzen ist das für unser Kind und für uns Eltern kein lebenswertes Leben mehr!“
Emotional verengtes Denken	Aus dem Erleben eines Gefühls auf Tatsachen schließen	„Wenn ich mein Kind so leiden sehe, dann weiß ich mit Sicherheit, dass etwas Gefährliches dahinter stecken muss!“

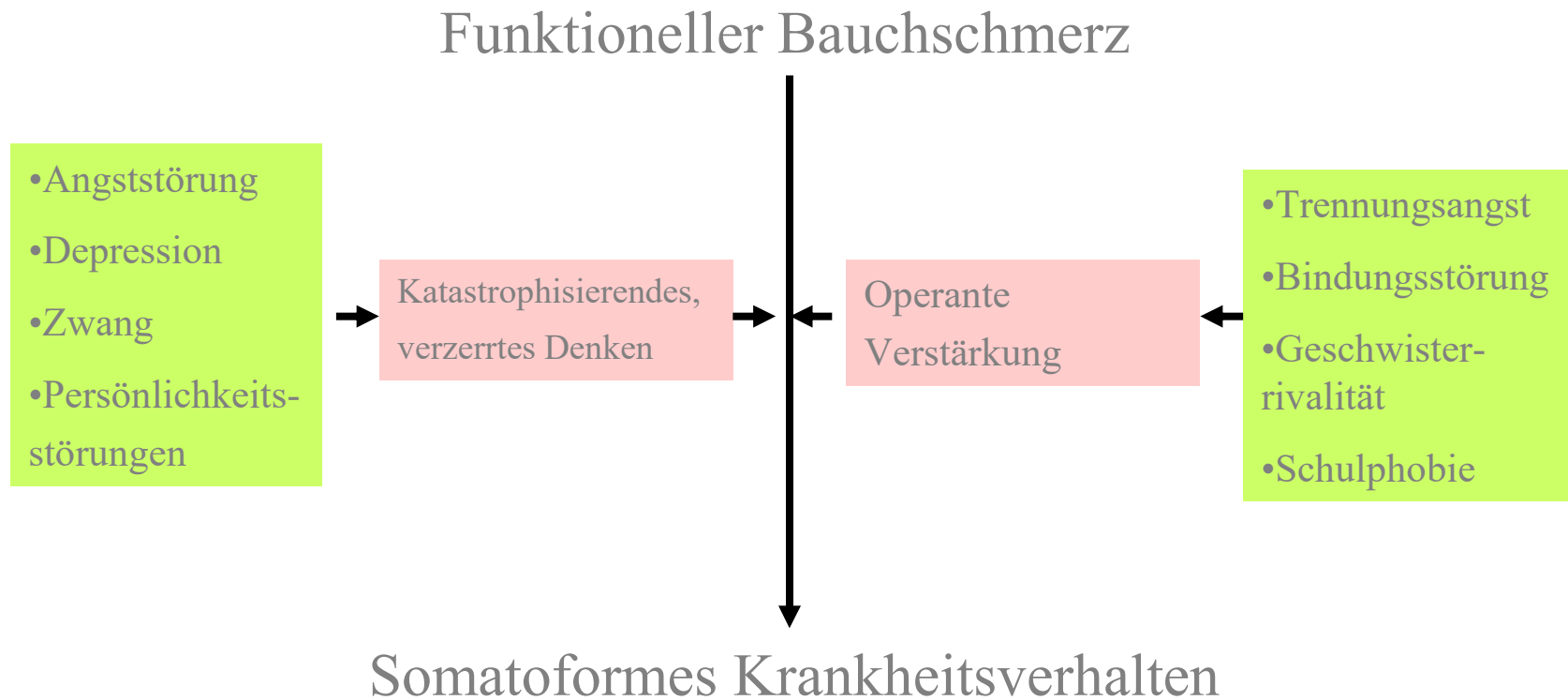
Katastrophisierende Schmerzverarbeitung (Angst > Gefahr)

- *Magnifikation*: Dramatische, unrealistische Übersteigerung der Symptomatik
- *Rumination*: Unproduktive Gedankenketten zu irrationalen gesundheitlichen Bedrohungen
- *Subjektive Hilflosigkeit* gegenüber Beschwerdeverlauf

Störungsübergang bei psychopathologischer Komorbidität



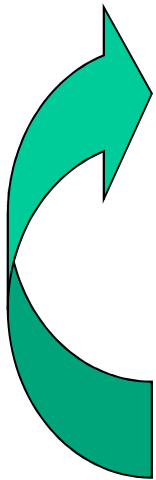
Störungsübergang bei psychopathologischer Komorbidität



Dysfunktionale Eltern-Kind-Interaktion (z.B. morgens vor Schulbesuch)

Eltern

Anzweifeln der Glaubwürdigkeit der
Bauchschmerzen



Demonstrative Aggravation mit dem Ziel
der Gesichtswahrung



Kind

Übersicht

Grundlagen

1. Funktionelle und somatoforme Störung
 - Klinisches Spektrum, Definition, Klassifikation, Differentialdiagnose,
2. Eigenes Ätiologiekonzept: 2-Phasen-Modell
 - Die somatoforme Anpassungsstörung an funktionelle Symptomatik
3. Prototypisches Störungsbild: Funktioneller Bauchschmerz
4. Mediatoren des Übergangs von einer einfachen funktionellen Symptomatik in eine komplexe somatoforme Störung

Diagnostik und Intervention

5. Leitprinzipien der Intervention
6. Patientenaufklärung / Psychoedukation
7. Verhaltensmedizinische Intervention
8. Zusammenfassung

Indikation zur Verhaltenstherapie

1. Ausgeprägte Katastrophisierung, Hypochondrie
2. Somatoformes Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten
3. Extremer Leidensdruck
4. Schulabsentismus, Schulphobie
5. Psychopathologische Komorbidität(Angst, Depression)

Übergeordnete Behandlungsprinzipien

1. Evidenzorientierung

Rationale u. gezielte Eingrenzung der Störung

2. Gesundheitsökonomie

Sparsame, gezielte apparativ-invasive Diagnostik

3. Patientenorientierung

Nach Ausschlussdiagnostik Fokus legen auf subjektives Beschwerdeerleben und Einschränkungen der LQ

4. Psychoedukation

Entwicklung eines konsensuellen und bio-psycho-sozialen Störungs- und Therapieverständnisses

5. Stufung der Intervention

Psychologische Diagnostik: Einfacher Fragebogen mit 3 Items

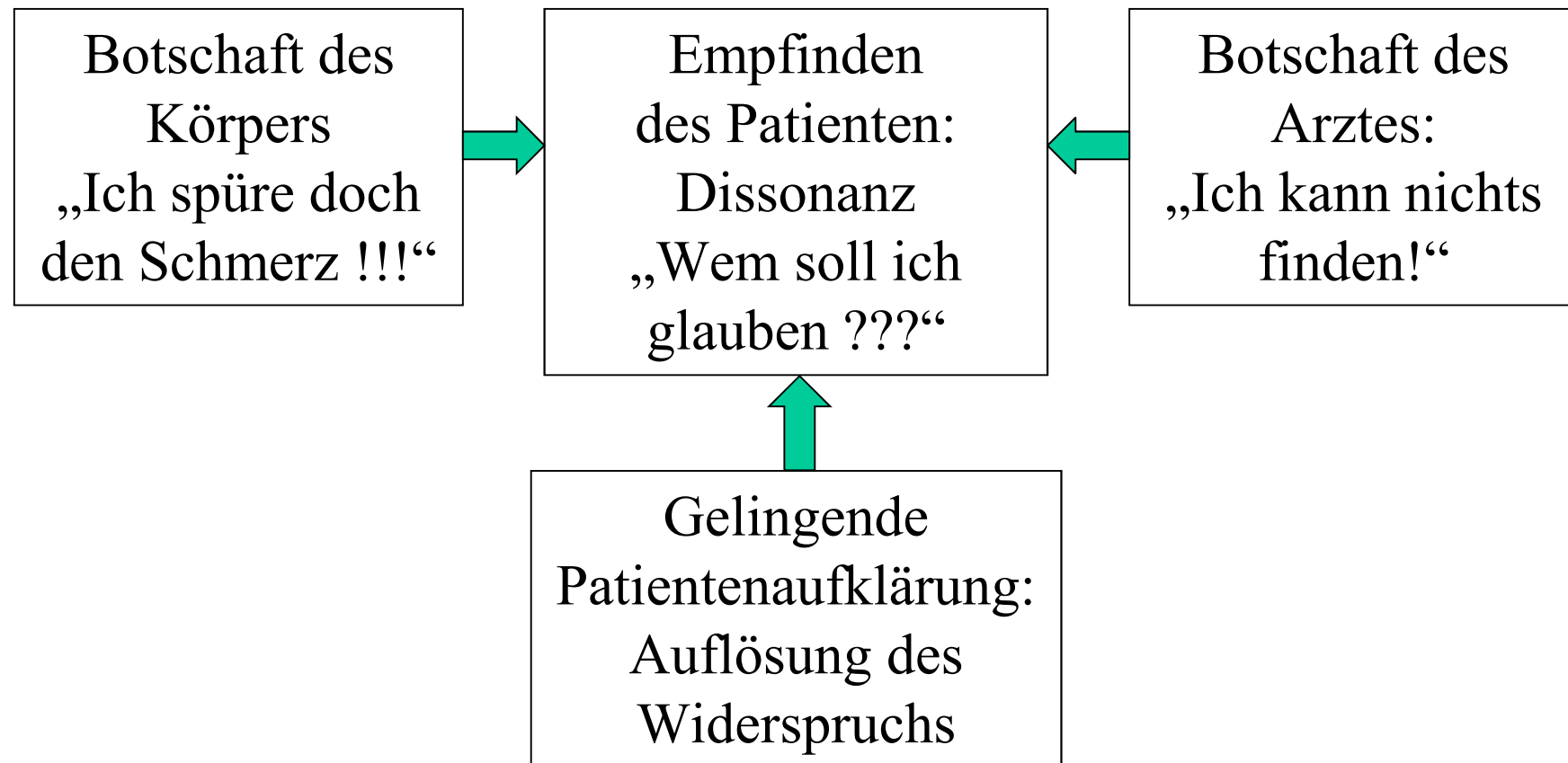
Kasten 12.6: Screening-Fragebogen zum Risiko einer somatoformen Anpassungsstörung.
(skaliert von 0=gar nicht bis 6=sehr stark)

Elternversion

- | | |
|---|-----------------------|
| 1. Wie stark fühlt sich der Schmerz für Ihr Kind an? | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 2. Wie stark ist Ihre Angst vor einer ernsten Krankheit Ihres Kindes? | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 3. Wie stark hält der Schmerz Ihr Kind davon ab, bestimmte Dinge zu tun (Freunde treffen, Schule, Hobbys, Familie)? | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |

Kinderversion

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. Wie stark fühlt sich der Schmerz in Deinem Körper an? | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 2. Wie stark ist Deine Angst vor einer schlimmen Krankheit? | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |
| 3. Wie stark hält Dich Dein Schmerz davon ab, bestimmte Dinge zu tun (Freunde treffen, Schule, Hobbys, Familie)? | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 |



Patientenorientierte Formulierungen

Konzept der Hypersensitivität 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 sein oder durch frühere Entzündungen erworben sein.“

„Im Darm sind besonders viele Nervenzellen, die bei Ihrem Kind schon auf kleinste Reizungen wie z.B. 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.“

Patientenorientierte Formulierungen

Akzeptanz der Veranlagung / Vulnerabilität

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

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.“

Check

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

Patientenaufklärung für das hypochondrische Kind: Anknüpfen an vertraute funktionelle Körperreaktionen ohne Krankheitswert

→ Funktionelle Anpassungsreaktionen des Körpers

- Schwindel, Übelkeit, Erbrechen (Karrussel fahren)
- „Seitenstiche“, „Muskelkater“, Puls (bei sportlicher Belastung)
- Schwitzen (Hitze), Gänsehaut, Zittern (Kälte)

→ Psychophysiologische Reaktionen

- Rot werden bei Scham, Blass werden bei Schreck, Zittern vor Angst
- Flaues Gefühl im Bauch bei Klassenarbeit (Nervosität)

Verhaltensmedizinische Intervention

1. Sensorisch-aversive Missempfindung

- Aufmerksamkeitssteuerung: Ablenkung vs. Fokussieren
- Entspannung & Imagination
- Kognitive Techniken: Hilfreiche Sätze zur Schmerzbewertung

2. Psychophysiologische Stressreaktion

- Identifikation von Belastungsauslösern („Stimuluskontrolle“);
Versuch der „kausalen“ Behandlung
- Utilisieren als Botschaft des Körpers

Verhaltensmedizinische Intervention

3. Operant verstärktes Schmerzverhalten

- Sekundäre Bekräftigung zurücknehmen
- Regeln zwischen Eltern & Kind vereinbaren zum Zielverhalten bei der nächsten Schmerzepisode
(„Lösungsorientiertes“ Vorgehen; Definition des Zielverhaltens)
- Gestufter Plan zum Schulbesuch

4. Signal für Gesundheitsbedrohung (hypochondrische Sorge)

- Verlaufsargument nutzen
- Vereinbarungen zum Untersuchungsgang treffen
- Aufklärung zu funktioneller Genese & benigner Prognose
- Training in Reattribution bei neuen Beschwerdeepisoden

Levy et al. (2010): Interventionsbausteine

1. Entspannungstraining
2. Veränderung der Reaktion der Eltern auf Bauchschmerzäußerungen
3. Modifikation ungünstiger Gedanken zum Bauchschmerz

Therapeutische Kernbotschaft

