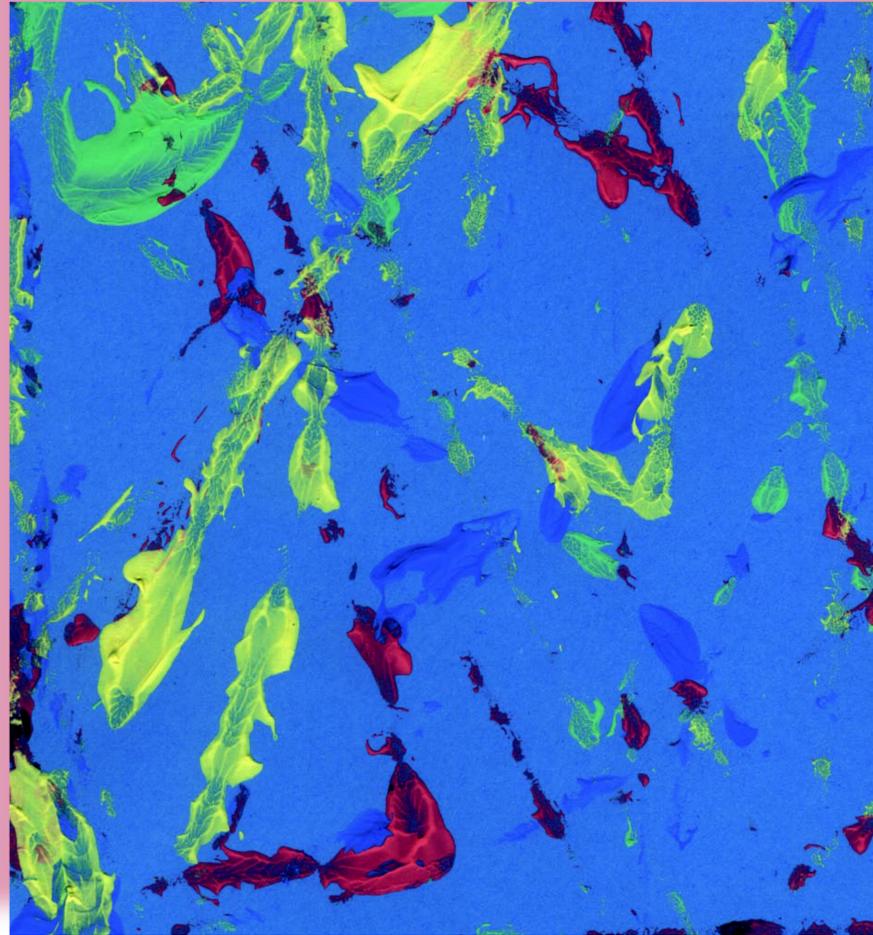


Meinolf Noeker



Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter

Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter

Klinische Kinderpsychologie

Band 11

Funktionelle und somatoforme Störungen
im Kindes- und Jugendalter

von Dr. Meinolf Noeker

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Franz Petermann

Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter

von
Meinolf Noeker

HOGREFE



GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · CAMBRIDGE, MA · AMSTERDAM · KOPENHAGEN

Dr. Meinolf Noeker, geb. 1958. 1977-1984 Studium der Psychologie an der Universität Bonn. 1991 Promotion. 1986-1991 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Zentrum für Kinderheilkunde Bonn. 1991 Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Klinische Psychologie der Universität Bremen. Seit 1991 Akademischer Oberrat und Leiter des psychologischen Dienstes des Zentrums für Kinderheilkunde der Universität Bonn. 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut (PP) und Psychologischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (KJP). Dozent, Supervisor und Selbsterfahrungsleiter in der postgraduierten Ausbildung zum PP und KJP.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

© 2008 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Wien · Paris · Oxford · Prag
Toronto · Cambridge, MA · Amsterdam · Kopenhagen
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien



Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Umschlagbild: Christina Teutoburg
Druck: Druckerei Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 978-3-8017-1676-9

Vorwort

Die vorliegende Monographie basiert auf meiner Habilitationsschrift aus dem Jahre 2007 für das Fach Psychologie, welche Prof. Dr. Franz Petermann, Zentrum für Klinische Psychologie und Rehabilitation der Universität Bremen, unterstützte. Mit Franz Petermann verbindet mich seit über zwanzig Jahren (vgl. Petermann, Noeker & Bode, 1987) das gemeinsame Anliegen, die Ressourcen und Synergien, die in einem Austausch zwischen Kinderheilkunde und Klinischer Kinderpsychologie für die körperliche und seelische Gesundheit von kranken Kindern und Jugendlichen liegen, weiter zu erschließen. Auf diese gemeinsame Wegstrecke schaue ich mit Dankbarkeit zurück, gepaart mit der nach vorne gerichteten Zuversicht, dass sie weitergehen wird.

Die Kooperation zwischen Pädiatrie und Klinischer Kinderpsychologie hat in den letzten zwei Jahrzehnten vor allem im Bereich der interdisziplinären Schulung und Beratung von chronisch-kranken Kindern und ihren Familien zum eigenständigen Krankheitsmanagement große Fortschritte erzielt. Die wissenschaftlichen und klinischen Potentiale gemeinsam getragener Konzepte sind jedoch nicht auf die Gruppe chronisch kranker Kinder begrenzt. Das vorliegende Buch soll für den deutschsprachigen Raum erstmals aufzeigen, dass auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit funktionellen bzw. somatoformen Störungen von der Entwicklung integrierter pädiatrisch-psychologischer Konzepte enorm profitieren kann. Konsequenterweise richtet sich das vorliegende Buch in gleicher Weise an Kinderärzte und Klinische Kinderpsychologen.

Als Ausgangspunkt für eine solche integrierte Behandlungskonzeption entwickelt die vorliegende Arbeit ein Störungsmodell zur somatoformen Störung im Kindes- und Jugendalter als Folge einer Fehlanpassung des Kindes oder seiner Eltern an eine medizinisch unklare, funktionelle Symptomatik. Dieses biopsychosoziale und entwicklungspsychopathologische Konzept wird prototypisch am Beispiel des funktionellen Bauchschmerzes entwickelt – mit der Möglichkeit zum Transfer auf andere klinische Manifestationsformen funktioneller und somatoformer Symptomatik. Die Entscheidung für den funktionellen Bauchschmerz als „Modellstörung“ ergibt sich aus klinischen, wissenschaftlichen und persönlichen Gründen:

- In klinischer Hinsicht stellt der funktionelle Bauchschmerz einen der häufigsten Vorstellungsanlässe beim Kinderarzt dar. Empirisch fundierte und klinisch umsetzbare Konzepte zum „Management“ des kindlichen funktionellen Bauchschmerzes entsprechen daher einem hohen Bedürfnis von Kinderärzten und Kinderpsychotherapeuten. Nicht selten bietet ein chronifizierter funktioneller Bauchschmerz den Anlass für eine nachhaltige Irritation der Beziehung zwischen Kinderarzt und Familie und bedroht so die wichtige Behandlungskontinuität durch das Risiko eines Arztwechsels.
- In wissenschaftlicher Hinsicht stellen die aktuellen Störungskonzepte zum funktionellen Bauchschmerz ein gelungenes Beispiel für den Erfolg einer interdisziplinär

ausgerichteten Forschung dar. Erst die Integration grundlagenorientierter und klinischer Forschung aus der pädiatrischen Gastroenterologie, der Schmerzforschung und der pädiatrischen Psychologie erzeugt ein neues und plastisches Verständnis dieses Störungsbildes, das uns klinisch durch die hohe Anzahl betroffener Kinder so vertraut und in einem profunden Sinne letztlich doch so rätselhaft geblieben ist.

- In persönlicher Hinsicht spiegelt die Fokussierung auf den funktionellen Bauchschmerz auch die fachliche Schwerpunktbildung wieder, die mein Chef Prof. Dr. med. M.J. Lentze als Leiter der Abteilung für Allgemeine Pädiatrie am Zentrum für Kinderheilkunde und Direktor des Universitätsklinikums Bonn in unserem Hause auf dem Gebiet der pädiatrischen Gastroenterologie geprägt hat. Gerade seine Expertise und Verankerung in den pathophysiologischen Grundlagen pädiatrisch-gastroenterologischer Störungen befördert seine unkomplizierte Aufgeschlossenheit und Unterstützung für verhaltensmedizinische und kinderpsychologische Konzepte – dafür danke ich ihm herzlich.

Ich widme dieses Buch mit Liebe und Dank Claudia, Milan und Leon.

Bonn, im Oktober 2007

Meinolf Noeker

Inhaltsverzeichnis

Einführung	13
------------------	----

Erster Teil

Störungsübergreifende Aspekte funktioneller und somatoformer Störungen

1	Beschreibung des Störungsbildes	21
1.1	Einführung	21
1.2	Biologische Krankheit, psychisches Kranksein, soziale Krankenrolle	22
1.3	Diskrepanz zwischen objektiver Diagnostik des Arztes und subjektivem Beschwerdeerleben des Patienten	24
1.4	Definition somatoformer Störung	25
1.5	Funktionelle Störungen	26
1.6	Auslösende Symptome einer somatoformen Störung: Entwicklung einer Typologie	28
1.7	Somatoforme Störung by proxy	30
2	Epidemiologie	33
2.1	Übersicht	33
2.2	Prävalenz funktioneller Beschwerden in der Bevölkerung	36
2.3	Prävalenz funktioneller Schmerzstörungen in der Bevölkerung	37
2.4	Prävalenz somatoformer Störungen in der Bevölkerung	39
2.5	Prävalenz somatoformer Störungen in einer multizentrischen klinischen Studie	41
2.6	Inanspruchnahme pädiatrischer und kinderpsychologischer Behandlung ...	44
2.7	Gesundheitsökonomische Auswirkungen	45
2.8	Implikationen der epidemiologischen Befunde für die Klassifikation und Störungstheorie funktioneller und somatoformer Störungen	46

3	Klassifikation und Differenzialdiagnose	48
3.1	Funktionelle und somatoforme Störungen im Fokus der Kinderpsychologie, Pädiatrie und Schmerztherapie	48
3.2	Klassifikation funktioneller Symptome im ICD-10	52
3.3	Klassifikation der somatoformen Störung im ICD-10	53
3.4	Klassifikation der somatoformen Störung im DSM-IV-TR	56
3.5	DSM-IV-TR und ICD-10 im Vergleich	58
3.6	Kritik an kategorialer Klassifikation	59
3.7	Dimensionale Klassifikation somatoformen Verhaltens	63
3.8	Schmerztherapeutische Klassifikation	65
3.9	Differenzialdiagnostische Abgrenzung von anderen psychischen Störungen	69
4	Erfassungsinstrumente	74
4.1	Übersicht	74
4.2	Erfassung der Schmerzstärke	75
4.3	Erfassung der Adaptation an eine funktionelle Schmerzstörung	79
5	Ein entwicklungspsychopathologisches Störungskonzept zur somatoformen Anpassungsstörung	92
5.1	Entwicklung eines Störungskonzepts in Übereinstimmung mit der Epidemiologie	92
5.2	Ein entwicklungspsychopathologisches Verständnis funktioneller und somatoformer Störungen	94
5.3	Äquifinalität und Multifinalität der Adaptation	95
5.4	Die somatoforme Anpassungsstörung	98

Zweiter Teil

Somatoforme Anpassungsstörung an funktionellen Bauchschmerz

6	Funktioneller Bauchschmerz	105
6.1	Beschreibung des Störungsbildes	105
6.2	Epidemiologie	108
6.3	Pädiatrische Differenzialdiagnostik	110

6.4	Erscheinungsbild und Klassifikation funktionell-abdomineller Störungen	115
6.5	Funktionelle Dyspepsie.....	121
6.6	Reizdarmsyndrom	122
6.7	Abdominelle Migräne	123
6.8	Funktioneller Bauchschmerz.....	124
6.9	Stabilität und Wandel im Erscheinungsbild funktioneller gastrointestinaler Störungen.....	125
7	Vorläuferstörungen bei den Eltern und Langzeitprognose des Kindes	128
7.1	Übersicht	128
7.2	Vorläuferstörungen bei den Eltern.....	129
7.3	Mechanismen einer Transmission von Eltern auf das Kind	135
7.4	Entwicklungspfade.....	137
7.5	Entwicklungsausgänge.....	138
8	Ätiopathogenese des funktionellen Bauchschmerzes	145
8.1	Hierarchische Organisation der Schmerzverarbeitung	145
8.2	Abdominelle Schmerzsensitivierung	149
8.3	Affektive Schmerzbewertung	152
8.4	Kognitive Schmerzbewertung.....	157
8.5	Absteigende Schmerzmodulation	159
8.6	Interaktion von zentralem und enterischem Nervensystem bei der Schmerzverarbeitung	161
9	Katastrophisierende Verarbeitung von Schmerz und Gesundheitsangst bei der somatoformen Anpassungsstörung	169
9.1	Übersicht	169
9.2	Coping.....	171
9.3	Katastrophisierung als Ausdruck dysfunktionaler Schmerzverarbeitung...	173
9.4	Katastrophisierung als klassisch konditioniertes Verhalten.....	175
9.5	Katastrophisierung als Aktivierung dysfunktionaler Schemata.....	177
9.6	Katastrophisierung im Kontext der transaktionalen Stresstheorie.....	179
9.7	Ein integratives Prozessmodell zur Katastrophisierung bei der somatoformen Anpassungsstörung	182

10	Somatoforme Anpassungsstörung im Kontext der Eltern-Kind-Interaktion	185
10.1	Übersicht.....	185
10.2	Schmerzausdruck des Kindes	186
10.3	Innerfamiliäre Interaktion um den Bauchschmerz	189
10.4	Operante Verstärkung somatoformen Schmerzverhaltens	192
10.5	Empathische Reaktionen der Eltern und die Rolle der Spiegelneurone	197
10.6	Integratives Bedingungsmodell	200
10.7	Implikationen für die therapeutische Praxis	201
11	Somatoforme Anpassungsstörung im Kontext der Interaktion zwischen Arzt und Familie	203
11.1	Übersicht.....	203
11.2	Prototypischer Ablauf einer dysfunktionalen Interaktion.....	204
11.3	Kognitive Schemata von Familien mit hoher Inanspruchnahme.....	205
11.4	Iatrogene Faktoren	207
11.5	Somatoforme Störung als wissenschaftstheoretisches Dilemma.....	209
12	Patientenaufklärung in der Kinderarztpraxis	211
12.1	Leitlinien für ein gestuftes Vorgehen	211
12.2	Formulierungsvorschlag für eine patientenorientierte Diagnosemitteilung.....	215
12.3	Vorteile der Patientenaufklärung.....	217
12.4	Aufklärung des Kindes	218
12.5	Schmerztherapeutischer Wirkungsmechanismus einer Angst reduzierenden Patientenaufklärung	220
12.6	Definition eines Zielverhaltes für zukünftige Schmerzepisoden.....	220
12.7	Screening-Fragebogen zum Risiko einer somatoformen Adaptationsstörung.....	221
13	Verhaltensmedizinische Diagnostik und Intervention	222
13.1	Auftrags- und Zielklärung	222
13.2	Anamnese und Exploration.....	225
13.3	Funktionale Bedingungsanalyse	227
13.4	Behandlungsplanung bei komorbiden psychischen Störungen	229
13.5	Psychotherapeutische Interventionen zur Gesundheitsangst	234
13.6	Überwindung von Schulabsentismus.....	238
13.7	Entspannungsverfahren zur Schmerzlinderung	242

Dritter Teil

Weitere spezifische Störungsbilder

14	Fibromyalgie	249
14.1	Beschreibung des Störungsbildes	249
14.2	Klassifikation	252
14.3	Ätiopathogenese: Ein entwicklungspsychopathologisches Verlaufmodell.....	254
14.4	Diagnostik	264
14.5	Medizinische Therapie.....	265
14.6	Verhaltensmedizinische Therapie.....	267
14.7	Therapieevaluation.....	271
14.8	Resümee: Einheitliches entwicklungspsychopathologisches Störungs- und Behandlungsmodell	273
15	Chronisches Erschöpfungssyndrom	276
15.1	Phänomenologie von Erschöpfung und Müdigkeit.....	276
15.2	Epidemiologie	277
15.3	Definition und Klassifikation.....	279
15.4	Ätiologie.....	281
15.5	Psychologische Diagnostik	286
15.6	Verhaltensmedizinische Therapie.....	293
	Literaturverzeichnis	299

Einführung

Körperliche Beschwerden bei Kindern und Jugendlichen, die auch nach gründlicher medizinischer Abklärung ohne erklärenden pathologischen Befund bleiben, sind weit verbreitet. Dazu zählen vor allem die häufigen funktionellen Schmerzsyndrome in Form von Bauch-, Kopf-, Glieder- und Rückenschmerzen, aber auch isolierte funktionelle Symptomatiken wie Schluckbeschwerden oder Synkopen und komplexe funktionelle Syndrome wie die chronische Erschöpfung oder die Fibromyalgie.

Von der Psychosomatik zum Konzept der somatoformen Störungen. Traditionell wurden diese medizinisch unklaren Beschwerdebilder als psychosomatische Störungen verstanden und behandelt. Dem klassischen psychosomatischen Paradigma lag ein dualistisches Störungsverständnis zu Grunde. Die Diagnose einer psychosomatischen Störung wurde vorrangig über den Ausschluss einer organmedizinischen Grunderkrankung gestellt. Fehlende medizinische Befunde galten als hinreichender Beleg für die Annahme einer Psychogenität der präsentierten Beschwerden. Die dichotome Abgrenzung zwischen somatogenen Krankheiten und psychogenen Störungen prägte den differentialdiagnostischen Untersuchungsgang und anschließend auch die Zuweisung an die jeweils zuständige therapeutische Disziplin, nämlich entweder an die internistischen/pädiatrischen Disziplinen oder die Psychotherapie. Dieses tradierte dualistische Konzept wird heute von einem biopsychosozialen Störungskonzept abgelöst. In einen multidimensionalen diagnostischen Befund fließen immer somatische, psychologische und familiäre Entstehungs- und Verlaufsfaktoren ein, unabhängig davon, ob es sich um eine chronisch-somatische Erkrankung, psychische Störung oder eben um medizinisch unklare, funktionelle Symptomatiken handelt.

Aufgrund dieser historischen Vorbelastung und der immanen ätiologischen Vorannahmen wurde der Begriff der Psychosomatik in den Klassifikationssystemen des ICD und des DSM aufgegeben. Es erfolgte ein Paradigmenwandel zum Konzept der somatoformen Störungen. Aspekte einer ausgeprägten Krankheitsangst und eines abweichenden und exzessiven Krankheits- und Inanspruchnahmeverhaltens bei medizinisch unklaren Symptomatiken rückten in den Vordergrund der Störungskriterien. Das Bild der polysymptomatischen Somatisierungsstörung, bei der die körperlichen Beschwerden im Störungsverlauf über verschiedene Organsysteme fluktuieren, wurde zum Leitbild dieses Konzepts.

Altersspezifische Eigenständigkeit des Störungs- und Behandlungskonzepts im Kindes- und Jugendalter. Die Entwicklung der Kategorien zur Gruppe der somatoformen Störungen fand weitgehend ohne Beteiligung derjenigen Disziplinen statt, die mit Kindern befasst sind. Im Unterschied zu den Erwachsenenfächern ist nach dem Abschied von der Psychosomatik bis heute das Konzept der somatoformen Störung für das Kindes- und Jugendalter nicht komplementär aufbereitet worden. In der Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie ist von der klassischen Psychosomatik ein konzeptuelles Vakuum hinterlassen worden.

Ziel des vorliegenden Buches ist es, dieses für den deutschen Sprachraum zum ersten Mal in systematisierter Weise zu füllen.

Dabei zeigt sich schnell, dass es den Entwicklungsbesonderheiten des Kindes- und Jugendalters in keiner Weise gerecht werden würde, wenn man dieses Vakuum einfach durch Rückgriff auf die Störungskategorien und Konzepte des Erwachsenenalters füllen wollte. Eine Bilanz der vorliegenden epidemiologischen und klinischen Studien führt unweigerlich zu der Schlussfolgerung, dass die Störungskategorien des Erwachsenenalters nicht geeignet sind, das Spektrum medizinisch unklarer Beschwerden des Kindes- und Jugendalters adäquat abzubilden. Auf der einen Seite leidet etwa ein Drittel aller Kinder und Jugendlichen an funktionellen Schmerzstörungen, auf der anderen Seite ist die Somatisierungsstörung des Erwachsenenalters mit ihrer extremen Variabilität im klinischen Erscheinungsbild bei Kindern und Jugendlichen nur selten zu finden. Analog zu vielen anderen Störungsbildern zeigt sich auch bei den funktionellen und somatoformen Störungen die hohe Eigenständigkeit der klinischen Störungsbilder und ihrer Entwicklung im Kindes- und Jugendalter.

Um den entwicklungspezifischen Besonderheiten des Kindes- und Jugendalters besser gerecht zu werden, wird im vorliegenden Buch eine neue Störungskategorie eingeführt: die somatoforme Anpassungsstörung an eine funktionelle Symptomatik. Diese erfasst die für das Kindes- und Jugendalter charakteristische Störungsentwicklung, wie sie prototypisch beim funktionellen Bauchschmerz erkennbar wird: In einer ersten Störungsetappe bildet sich auf der Basis biologischer und psychologischer Sensitivierungsprozesse eine funktionelle Schmerzstörung heraus. In einer zweiten Störungsetappe leitet diese über dysfunktionale Anpassungsprozesse beim betroffenen Kind, innerhalb der Familie und innerhalb der Interaktion zwischen Arzt und Familie zu einem somatoformen Störungsbild über. Dieses ist gekennzeichnet von einer übersteigerten Angst vor einer latenten, ernsten Erkrankung, einem intensiven Inanspruchnahmeverhalten, einem hohen Leidensdruck und multiplen Funktionseinschränkungen.

Die Untersuchung dieses Anpassungsprozesses zeigt eine weitere Besonderheit somatoformer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Der „Träger“ der funktionellen Beschwerden muss nicht identisch sein mit dem „Träger“ der somatoformen Fehlanspassung. Hypochondrisch gesteigerte Ängste werden oft nicht vom betroffenen Kind geäußert, sondern von einem oder beiden Elternteilen. Das Konzept der somatoformen Störung by proxy bezeichnet dieses Phänomen einer übersteigerten Gesundheitsangst von Eltern bei medizinisch ungefährlichen Beschwerdebildern ihres Kindes. Für die Intervention ergibt sich die Notwendigkeit einer geschickten Kombination von kind- und elternzentrierten Interventionen.

Das Konzept der somatoformen Anpassungsstörung an eine funktionelle Symptomatik ist im Kern ein entwicklungspsychopathologisches Verlaufsmodell. Nur ein Teil der Kinder mit einer funktionellen Symptomatik entwickelt eine somatoforme Anpassungsstörung, ein anderer Teil remittiert oder entwickelt eine gute Adaptation. Das Buch folgt einem einfachen dreigliederigen Aufbau:

Störungsübergreifende Aspekte. Im ersten Teil werden die störungsübergreifenden Aspekte dargestellt: Für die klinische Präsentation ist nicht nur das Beschwerdebild selbst charakteristisch, sondern vor allem Abweichungen zwischen dem professionellen und dem subjektiven Störungskonzept zur Erklärung der Symptomatik. Somato-

forme Störungen gehen daher häufig mit einer angespannten Behandlungsinteraktion zwischen Arzt und Familie einher.

Die epidemiologischen Studien zeigen, dass bei Kindern funktionelle Schmerzsyndrome deutlich im Vordergrund stehen. Diese sind im Unterschied zu erwachsenen Patienten eher monosymptomatisch, also an ein bestimmtes Organsystem gebunden.

Die psychopathologischen Störungskategorien aus dem ICD-10 und dem DSM-IV-TR sind nicht die einzigen Klassifikationssysteme zur Erfassung funktioneller und somatoformer Beschwerdebilder. Klassifikationssysteme aus der Schmerztherapie und pädiatrischer Fachdisziplinen komplettieren die diagnostischen Zugänge. Die Kritik an der geringen Passung der Störungskategorien im ICD-10 und DSM-IV-TR für das Kindes- und Jugendalter leitet über zu Perspektiven einer dimensional Klassifikation. Hier kann das exzessiv gesteigerte Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten bei objektiv benigner Symptomatik im Rahmen der somatoformen Störung dimensional der Non-Compliance gegenübergestellt werden. Bei der fehlenden Therapiemitarbeit liegt eine umgekehrte Situation vor. Die Angst und Sorge um die eigene Gesundheit und das medizinische Inanspruchnahmeverhalten ist in Relation zur objektiv vorliegenden, ernsten Gesundheitsgefährdung in unangemessener Weise gesteigert.

Die somatoforme Störung erfordert immer eine differentialdiagnostische Abgrenzung von anderen Störungsbildern mit einer Koexistenz von körperlichen und psychischen Symptomen. Klinisch besonders bedeutsam ist die Abgrenzung von Störungsbildern, die ebenfalls mit Abweichungen im Krankheitsverhalten einhergehen. Dazu zählen vor allem die Simulation und das Münchhausen by proxy Syndrom.

Psychometrisch fundierte Erfassungsinstrumente richten sich bei den funktionellen Schmerzstörungen zum einen auf die Messung der Schmerzstärke, im Kontext der somatoformen Anpassungsstörung aber vor allem auf die Effektivität der Schmerzbewältigung.

Als Zusammenfassung des störungsübergreifenden Teils wird das Konzept der somatoformen Anpassungsstörung auf der Basis entwicklungspsychopathologischer Modellvorstellungen entwickelt und in seiner Eigenständigkeit gegen die vorliegenden Kategorien aus der Erwachsenenliteratur abgegrenzt.

Funktioneller Bauchschmerz. Der zweite Teil des Buches widmet sich dem funktionellen Bauchschmerz als einer epidemiologisch und klinisch-therapeutisch hoch bedeutsamen und für die Konzeptentwicklung in prototypischer Weise prädestinierten „Modellstörung“. Die pädiatrische Diagnostik liefert beim funktionellen Bauchschmerz keinen pathologischen organischen Befund, komorbide psychische Auffälligkeiten sind allerdings häufig. Bei den Eltern treten nicht nur gastrointestinale Störungsbilder, sondern vor allem Angststörungen, depressive Störungen und somatoforme Störungen gehäuft auf. Die Prognose des funktionellen Bauchschmerzes weist für das Erwachsenenalter nicht nur erhöhte Risiken für die Entwicklung des Reizdarmsyndroms, sondern vor allem für psychische Störungen und hier besonders affektive Störungen auf. Eine adäquate Behandlung des funktionellen Bauchschmerzes im Kindesalter leistet damit eine wichtige sekundärpräventive Aufgabe für das Erwachsenenalter.

Eine Reihe von gastroenterologischen Konsensuskonferenzen (sogenannter Rom-Prozess) hat grundlagenwissenschaftlich und klinisch wertvolle Beiträge zum Ver-

ständnis der Pathogenese und Klassifikation des funktionellen Bauchschmerzes geleistet. Abdominelle Entzündungsprozesse verstärken die Schmerzwahrnehmung (Nozizeption). Wiederholte Bauchschmerzepisoden führen sekundär zu einer Sensitivierung der zentralen Schmerzverarbeitung. Eine kognitiv verzerrte und affektiv gesteigerte, „katastrophisierende“ Verarbeitung der medizinisch unklaren Schmerzsignale steigert nicht nur die subjektive Schmerzintensität, sondern vor allem eine Fehlverarbeitung als bedrohliches Signal für eine latente, vermeintlich sehr ernsthafte Grunderkrankung. Eine solche, jetzt somatoforme Symptomverarbeitung kann durch verzerrte Schemata einer komorbiden Angststörung oder Depression zusätzlich gesteigert werden.

Das Risiko für einen Störungsübergang von einer funktionellen Störung in eine somatoforme Anpassungsstörung steigt zusätzlich bei einer ungünstigen Interaktion zwischen Eltern und Kind. Eltern, die die Glaubwürdigkeit des kindlichen Schmerzerlebens in Zweifel ziehen, provozieren regelmäßig eine Aggravation des Schmerzausdruckes beim Kind, was wiederum die elterlichen Zweifel ansteigen lässt. Es droht eine erzieherische Verunsicherung, die auch in die Interaktion mit dem Kinderarzt hinein getragen wird, von dessen Diagnose gleichermaßen eine Klärung und Entlastung von der Angst vor einer ernsten Erkrankung und der Verunsicherung im erzieherischen Umgang mit dem Kind erhofft wird. Die negativen Untersuchungsbefunde der pädiatrischen Ausschlussdiagnostik können diese Klärung und Beruhigung oft nicht zur Zufriedenheit der Eltern erzielen. Die Eltern bestehen auf einer Weiterführung und Intensivierung der Diagnostik, für die der Arzt keine fachlich begründete Indikation sieht. Die Konsultationen münden in eine zunehmende, beiderseitige Frustration.

Vor diesem klinischen Hintergrund wird ausführlich das Prozedere der Diagnosemitteilung und Patientenaufklärung in der Kinderarztpraxis vorgestellt, das einer solchen kontraproduktiven Entwicklung vorbeugen kann. Neben die pädiatrische Ausschlussdiagnostik tritt eine positiv formulierte Diagnosestellung. Auf Basis der aktuellen Rome-III-Kriterien werden Formulierungsvorschläge für die Eltern- und Kindaufklärung zum Störungsbild präsentiert. Das vorgestellte Konzept zur Patientenaufklärung stellt eine einfach nachvollziehbare Erläuterung der komplexen wissenschaftlichen gastroenterologischen und verhaltensmedizinischen Störungskonzepte dar. Aufbauend auf die obligate Patientenaufklärung zum funktionellen Bauchschmerz werden verhaltensmedizinisch begründete Strategien der psychotherapeutischen Intervention für diejenigen Familien aufgezeigt, bei denen sich eine somatoforme Anpassungsstörung entwickelt hat. Diese Interventionen beziehen sich unter anderem auf die Regulation exzessiver Gesundheitsangst, die schulische Reintegration des Kindes bei längerem Schulabsentismus sowie Methoden der Entspannung und Imagination zur Schmerzlinderung. Die somatoforme Anpassungsstörung an den funktionellen Bauchschmerz zeigt exemplarisch auf, welche hohe Bedeutung der aktuellen neurobiologischen und verhaltensmedizinischen Grundlagenforschung auch für die Patientenaufklärung und Psychoedukation zukommt. Wenn es gelingt, aus den Forschungsbefunden Konzepte zur Patientenaufklärung abzuleiten, die nicht nur „wahr“, sondern auch klinisch „nützlich“ sind, weil sie Familien die Möglichkeit geben, ihre konkreten Schmerzerfahrungen kognitiv und affektiv sinnvoll einzuordnen und zu attribuieren, so kann einem ansonsten drohenden Übergang in eine somatoforme Anpassungsstörung präventiv entgegengewirkt werden.

Fibromyalgie und chronisches Erschöpfungssyndrom. Patientenaufklärung und Psychoedukation sind auch zentrale Interventionsmethoden bei den weiteren somatoformen Störungsbildern, die abschließend im dritten Teil des Buches vorgestellt werden. Trotz intensiver Forschung ist es beim Chronischen Erschöpfungssyndrom und der Fibromyalgie bisher nicht gelungen, eine schlüssige Ätiopathogenese aufzuzeigen. Analog zu den funktionellen gastrointestinalen Störungen sind aber auch hier Prozesse einer Sensitivierung der Symptom- und Schmerzverarbeitung auf peripherer, spinaler und zentraler Ebene wesentlich beteiligt. Unabhängig von der Ätiologie liegt die zentrale therapeutische Aufgabe im Bereich der Stärkung der Adaptation von Kind und Familie. Diese zielen auf eine adäquate, akzeptierende Schmerzverarbeitung sowie eine Mobilisierung trotz der Grenzen aufweisenden Symptomatik. Das Ziel der Aktivierung gilt umfassend im physiotherapeutischen und psychologischen Sinne.

Die heutigen Konzepte zu den funktionellen und somatoformen Störungsbildern im Kindes- und Jugendalter lassen kaum noch etwas von den frühen Wurzeln der klassischen Psychosomatik erkennen. Wie auch bei den chronisch-somatischen Erkrankungen liegt die Leitlinie für eine adäquate Adaptation in einer emotionalen Akzeptanz und aktiven Bewältigung der Beschwerden, Symptome und Schmerzen und ihrer assoziierten psychischen, familiären, sozialen und schulischen Herausforderungen. Um hier Unterstützung zu leisten, ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Erforschung der Störungsbilder und der klinischen Versorgung notwendig.

ERSTER TEIL

Störungsübergreifende Aspekte funktioneller und somatoformer Störungen

Kapitel 1

Beschreibung des Störungsbildes

1.1 Einführung

Somatoforme Störungen zeichnen sich durch eine auffällige Diskrepanz zwischen objektivem medizinischen Befund und subjektivem psychischen Befinden aus. Un auffälligen organmedizinischen Untersuchungsergebnissen des Arztes stehen subjektiv intensiv erlebte, körperliche Beschwerden und Schmerzen gegenüber, die starken Leidensdruck erzeugen. In der Kinderarztpraxis bleiben viele Beschwerdebilder trotz gründlicher organmedizinischer Abklärung ohne wegweisenden Befund als Erklärung oder zumindest Korrelat der Beschwerden. In vielen Fällen sind solche Beeinträchtigungen der körperlichen Befindlichkeit nur vorübergehend. Das Kind nimmt nach dem Abklingen der Beschwerden seine normalen Alltagsroutinen wieder auf. In anderen Fällen entwickelt sich ein chronisch-rezidivierender Verlauf, in dessen Verlauf das Kind zunehmend

- das Vertrauen in die Gesundheit und Regenerationsfähigkeit seines Körpers verliert,
- mit emotionalen Verstimmungen und Auffälligkeiten im Verhalten reagiert,
- sich auf Grund seiner Beschwerden bei seinen Alltagsaktivitäten in Schule, Freundeskreis und Familie beeinträchtigt fühlt und zurückzieht sowie
- einen hohen Leidensdruck herausbildet und diesen gegenüber den Eltern auch stark zum Ausdruck bringt.

Viele Eltern beobachten eine solche Entwicklung mit zunehmender Besorgnis:

- Sie haben Angst, dass den Beschwerden eine sehr ernste Erkrankung zu Grunde liegen könnte. Sie befürchten, durch weiteres Zuwarten gute Heilungschancen in einem frühen Krankheitsstadium zu veräumen. Die quälende Vorstellung, möglicherweise durch eigene Schuld die Heilung einer latenten, fortschreitenden Erkrankung zu verspielen, motiviert dazu, alle Anstrengungen zu unternehmen, um endgültige Sicherheit über die Ursachen der Beschwerden zu bekommen. Den Schutz der Gesundheit ihres Kindes erleben sie als Kernaufgabe ihrer elterlichen Verantwortung. Versäumnisse in diesem Bereich lassen keine Entschuldigung zu. Auch die Gefahr, sich bei Ärzten unbeliebt zu machen oder der Lächerlichkeit preiszugeben, darf sie nicht davon abhalten, so lange medizinische Untersuchungen einzufordern, bis ein greifbares Ergebnis Sicherheit bietet.
- Die Eltern erleben die Beschwerden und Schmerzen ihres Kindes als eindringlichen Appell, ihm sein Leiden zu nehmen. Sie fühlen sich jedoch weitgehend hilf-

los, ihm seinen Bauch-, Kopf- oder Gliederschmerz zu nehmen. Ein erneuter Besuch beim Arzt kann dem Kind in dieser Situation immerhin signalisieren, dass sie bereit sind, alles nur Erdenkliche zu unternehmen, um Abhilfe zu schaffen. Zumindest wird ihr Kind ihnen später nicht vorwerfen können, nicht alles für seine Heilung versucht zu haben.

- Sie registrieren mit Beunruhigung die psychischen Beeinträchtigungen im Erleben und Verhalten sowie die sozialen und schulischen Auswirkungen, die zunehmend die körperlichen Beschwerden begleiten.
- Parallel zur Sorge um die Gesundheit ihres Kindes beschleicht manche Eltern eine zunehmende Irritation um die Ernsthaftigkeit und Glaubwürdigkeit der Beschwerden ihres Kindes. Sie fühlen sich zunehmend in ihrer erzieherischen Haltung gegenüber ihrem Kind verunsichert. Wenn das Kind seine Beschwerden zeigt, schwanken sie zwischen Strenge und Überprotektion. Unter der Annahme einer realen, unentdeckten Erkrankung verdient das Kind eine legitime Einnahme der Krankenrolle und entsprechende Rücksichtnahme und Fürsorge der Eltern. Sie befürchten, dem Kind möglicherweise ein schweres Unrecht zuzufügen und sein Vertrauen in die Eltern zu erschüttern, falls sie ihm seine Beschwerden nicht glauben, und zu einem späteren Zeitpunkt sich doch eine schwere Erkrankung herausstellen sollte. Umgekehrt fürchten sie, ihr Kind zu verwöhnen, wenn sie es ohne wirklichen Grund ständig als krank behandeln.

Alle diese Gründe motivieren die Eltern, auf eine ärztliche Ursachenklärung der Beschwerden ihres Kindes zu drängen. Die Aussicht auf eine umschriebene Diagnose verspricht nicht nur eine therapeutische Perspektive, sondern auch Entlastung vom Verantwortungsdruck und einen Rückgewinn erzieherischer Orientierung. Alle diese Motive begünstigen eine exzessive ärztliche Inanspruchnahme und damit eine somatoforme Störungsentwicklung.

1.2 Biologische Krankheit, psychisches Kranksein, soziale Krankenrolle

Krankheit beinhaltet eine biologische, eine psychische und eine soziale Dimension. Bei der somatoformen Störung ergeben sich im Kontrast zu genuinen („echten“) somatischen Erkrankungen spezifische Diskrepanzen zwischen diesen drei Dimensionen. Um diese Diskrepanzen zu illustrieren, lohnt ein Blick in die korrespondierenden angloamerikanischen Begriffe. Dort werden die biologische, psychische und soziale Dimension von Krankheit mit der Unterscheidung zwischen *disease*, *illness* und *sickness* (Susser, 1990) sehr viel nuancierter als in der deutschen Sprache zum Ausdruck gebracht:

- *Disease*: Dieser Begriff bezieht sich auf die biologische Definition der *Krankheit*. Er erfasst die Ebene der Pathologie von Struktur, Funktion und Symptomatik des Organismus. Für die somatoforme Störung ist charakteristisch, dass eine *disease* nicht nachweisbar ist.

- *Illness*: Dieser Begriff bezieht sich auf die psychische Dimension des *Krankseins*. Er erfasst die Ebene der psychischen (sensorischen, kognitiven und vor allem affektiven) Repräsentanz der Krankheit (vgl. auch den Begriff des Krankheitsgefühls). Die gleiche *disease* (z.B. Migräne) kann auf der Ebene der *illness* (z.B. pochende, quälende Kopfschmerzen, Bedürfnis nach Rückzug und Reizarmut) interindividuell sehr unterschiedlich erlebt, verarbeitet und erlitten werden. Für die somatoforme Störung ist charakteristisch, dass ein gesteigertes Krankheitsgefühl (*illness*) bei fehlendem Nachweis einer *disease* vorliegt.
- *Sickness*: Dieser Begriff bezieht sich auf die soziale und kommunikative Dimension von Krankheit. Er erfasst die Einnahme der Krankenrolle mit den assoziierten sozialen Verhaltenserwartungen im Sinne typischer Rechte (Entpflichtung von sozialen oder schulischen Aufgaben) und Verpflichtungen (Erwartung von Kooperation bei der Behandlung). Somatoforme Störungen können die typischen, an die Einnahme der Krankenrolle geknüpften Verhaltenserwartungen irritieren und verletzen. Aus Sicht des Beobachters entfaltet der Patient ein exzessiv gesteigertes Krankheitsverhalten (*sickness*), ohne dazu durch eine nachweisbare biologische Krankheit (*disease*) legitimiert zu sein.

Kinder mit einer somatoformen Störung fordern beispielsweise eine Befreiung vom Schulunterricht als äußere Anerkennung ihrer *sickness* ein. Sie verweisen dazu auf ihre intensive Erfahrung von *illness*. Für das Kind selbst ist sein Gefühl des Krankseins die ausschlaggebende Instanz. Dieses Krankheitsgefühl ist für den Beobachter (Eltern, Lehrer) nicht direkt zugänglich und nachprüfbar. Diese suchen daher beim Arzt nach Belegen für das Vorhandensein von Krankheit auf der biologischen Ebene (*disease*). Wenn der Arzt eine *disease* diagnostiziert, so ist die Einheit von biologischer Krankheit, psychischem Krankheitsgefühl und der legitimen Einnahme der sozialen Krankenrolle wieder hergestellt. Bei der somatoformen Störung ist diese Einheit nicht mehr gegeben: Die Stärke von *illness* und *sickness* stehen in eklatantem Widerspruch zur Abwesenheit von *disease*.

Im Rahmen eines biopsychosozialen Störungsverständnisses kommt der biologischen Ebene (*disease*) bei den somatoformen Störungen kein Primat zu. Das starke psychische Krankheitsgefühl und die starke Ausgestaltung der sozialen Krankenrolle und der Krankheitskommunikation sind essentiell für das Störungsbild und daher auch diagnostisch relevant. Tabelle 1.1 stellt den biologischen, psychischen und sozialen Dimensionen somatoformer Störungen korrespondierende diagnostische Zugänge gegenüber.

Tabelle 1.1: Biopsychosoziale Dimensionen der somatoformen Störung und ihrer diagnostischen Erfassung

Biopsychosoziale Ebene somatoformer Störung	Dimensionen	Diagnostischer Zugang
Biologische Ebene: Krankheit (disease)	Pathogenese (Genetik, Entzündung, Neurotransmitter etc.) und deren Manifestation in störungsspezifischen Symptomen	Objektivierende, beurteilerunabhängige medizinische Diagnostik (Labor, Bildgebung etc.)

Psychische Ebene: Kranksein (illness)	Subjektive Beschwerden und assoziierte Empfindungen (Beschwerden), Kognitionen (z.B. Bedrohung), Affekte (z.B. Niedergeschlagenheit)	Selbstbericht im Rahmen der Anamneseerhebung (Schilderung von Beschwerden und Schmerzen)
Sozial-kommunikative Ebene (sickness)	Krankheit als soziale Rolle (Entpflichtung von Aufgaben) und Kommunikation (z.B. Appell nach Entlastung und Trost)	Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung sowie Fremdanamnese (z.B. von den Eltern)

1.3 Diskrepanz zwischen objektiver Diagnostik des Arztes und subjektivem Beschwerdeerleben des Patienten

Bei der somatoformen Störung ergibt sich regelmäßig ein Widerspruch zwischen dem Störungs- und Behandlungsverständnis professioneller Therapeuten und betroffener Laien. Dieser Widerspruch ergibt sich aus den unterschiedlichen diagnostischen Zugängen.

Beschwerdewahrnehmung als Urteilsquelle des Patienten. Der Ausgangspunkt für die laendiagnostische Urteilsbildung des Patienten liegt in der Interozeption und Attribution körperlich wahrgenommener Beschwerden. Der Patient registriert Abweichungen von seinem normalen körperlichen Zustand und Wohlbefinden. Diese Empfindungen attribuiert er selektiv als Ausdruck von „Krankheit“. Auch wenn die Art und Ursache der vermuteten Krankheit nicht genau zu spezifizieren sind, so vermittelt das unmittelbare Körper- und Beschwerdeerleben dem somatoformen Patienten eine zweifelsfreie Gewissheit, „dass mit der Gesundheit etwas nicht in Ordnung sein kann“. Uneindeutige Körperempfindungen kann der somatoforme Patient schlecht tolerieren. Im Zweifel vertraut der Patient stärker auf sein Körpergefühl als auf die Aussagen seines Arztes, der sich ja auch irren oder etwas übersehen könnte.

Objektive Medizindiagnostik als Urteilsquelle des Arztes. Der subjektiven, nach innen auf den Körper gerichteten Perspektive des Patienten steht die objektivierende Perspektive des Arztes gegenüber. Der Arzt verifiziert die subjektiven Beschwerdeschilderungen des Patienten durch den Nachweis objektiver Symptomatik. Dabei stützt er sich komplementär zur Anamneseerhebung bewusst auf objektive diagnostische Untersuchungsmethoden, die pathologische Veränderungen im Organismus unabhängig vom Körpererleben und der Beschwerdeschilderung des Patienten anzeigen (z.B. Laboruntersuchungen, Histologie, Bildgebung).

Wenn der somatoforme Patient mit dem ärztlichen Befund konfrontiert wird, dass keine medizinischen Hinweise für eine Erkrankung erkennbar sind, reagiert dieser zwiespältig mit Entlastung und erneuter Belastung. Einerseits reduziert die Mitteilung des Arztes kurzfristig seine akute Gesundheitsangst. Andererseits steht der ärztliche Befund in Diskrepanz zur eigenen Körperwahrnehmung und erzeugt so eine kognitive Inkonsistenz. Ohne eine schlüssige Alternativerklärung, wie es sein kann,

dass er sich trotz Abwesenheit von Krankheit subjektiv dennoch weiterhin krank fühlt, bleibt diese Inkonsistenz unaufgelöst.

Eine Strategie zur Auflösung dieser Inkonsistenz kann darin liegen, das fachliche Urteil des Arztes und die Präzision medizintechnischer Diagnostik anzuzweifeln. Wenn die diagnostischen Instrumente des Arztes nicht geeignet waren, um die Ursache der Erkrankung aufzuspüren, so kann das Vertrauen in die eigene Körperwahrnehmung weiterhin aufrechterhalten bleiben. Um das subjektive Krankheitsgefühl dennoch in Übereinstimmung mit einem objektiven Befund zu bringen, ergibt sich als augenscheinliche Konsequenz, die medizinische Diagnostik so lange zu erweitern und zu wiederholen, bis sie Ergebnisse liefert, die mit dem eigenen Körper- und Beschwerdeerleben kompatibel sind. Der somatoforme Patient hofft und insistiert, eine ärztliche Bestätigung für die Richtigkeit und Integrität der eigenen Körper- und Beschwerdeerfahrung zu erhalten. Wenn sich der Widerspruch zwischen subjektiven Beschwerden und objektivem Befund auch durch weitere Diagnostik nicht auflösen lässt, so gerät das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zunehmend unter Druck.

1.4 Definition somatoformer Störung

In der tiefenpsychologischen Psychosomatik bezieht sich die Somatisierung nicht nur auf eine Störungskategorie, sondern vielmehr auf einen Pathomechanismus im Rahmen der psychoanalytischen Abwehrlehre (vgl. Kasten 1.1). Vor allem bei den Konversionsstörungen wirkt dieses klassische Verständnis der Somatisierung fort. Eine Definition der somatoformen Störungen nach Lipowski (1988) greift diese Tradition auf, findet aber auch bei verhaltensmedizinisch ausgerichteten Autoren breite Akzeptanz. Nach dieser Definition handelt es sich bei der Somatisierung um „eine 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“ (Lipowski, 1988, S. 1359). Es ist bemerkenswert, dass diese Definition nicht nur störungswertige Merkmale des Patienten enthält („Tendenz, körperlichen Stress zu erleben und zu kommunizieren“), sondern ebenso Merkmale, die bei anderen Störungsbildern nicht als Kriterium herangezogen werden, nämlich:

- Merkmale des Arztes bzw. Medizinsystems („nicht hinreichend durch pathologische Befunde zu erklären“),
- Aspekte eines charakteristischen subjektiven Krankheitskonzeptes im Sinne spezifischer Kausalattributionen („auf körperliche Erkrankung zurückzuführen“) sowie
- eine spezifische Wahrnehmung der Krankenrolle und Inanspruchnahme medizinischer Leistung („medizinische Leistung aufzusuchen“).

Die Definition der somatoformen Störung nimmt damit eine Sonderstellung ein. Sie erfasst nicht nur Patientenmerkmale, sondern konstitutiv auch Arzt- bzw. Interaktionsmerkmale. Schon die Definition enthält damit weitreichende Implikationen für die Therapie. Es genügt nicht, die *intrapsychischen* Störungsmerkmale des Patienten zu

diagnostizieren und zu behandeln, sondern das Therapieziel liegt immer auch im *interpersonellen* Bereich der Kind-Eltern-Kinderarzt-Interaktion bzw. sogar der Kind-Eltern-Kinderarzt-Kinderpsychologe-Interaktion.

Kasten 1.1: Tiefenpsychologische Konzeption der Somatisierung

In den aktuellen Klassifikationssystemen wird die somatoforme Störung als eigenständige, primäre Störungskategorie geführt. Dieses Verständnis weicht von der traditionellen tiefenpsychologischen Verwendung des Somatisierungsbegriffs ab:

- In der klassischen, psychoanalytisch geprägten Psychosomatik wurde Somatisierung nicht als *Kategorie* für eine Störungseinheit genutzt, sondern vielmehr als Bezeichnung für einen *Prozess* bzw. *Pathomechanismus*, der sich auf den Vorgang der *Konversion* psychischer Konflikte in eine somatische Symptombildung bezieht (vgl. z.B. Hoffmann, 1996a; Küchenhoff, 2001). Demnach liegt primär ein Triebwunsch (z.B. Aggression) vor, der in Konflikt mit äußeren und inneren Normen gerät (Über-Ich). Der Wunsch wird zunächst verdrängt, kann jedoch plötzlich in herausfordernden Situationen reaktualisiert werden. Als Kompromissbildung zwischen Trieb und Abwehr wird das Bedürfnis nun in Form eines körperlichen Symptoms verschlüsselt zum Ausdruck gebracht. Durch diesen symbolischen Ausdruck wird die Triebenergie gebunden, dringt jedoch nicht in das Bewusstsein. Die Angst vor Strafe (Über-Ich) kann erfolgreich abgewehrt werden, weil der Triebwunsch durch die Verschlüsselung für Andere nicht erkennbar wird.
- In diesem tiefenpsychologischen Verständnis galt die Somatisierung nicht als eigenständige Störungseinheit, sondern als Symptom einer anderen zu Grunde liegenden psychopathologischen Störung, vor allem der Hysterie (Hoffman, 1996b) sowie der (larvierten) Depression (vgl. Bridges & Goldberg, 1985).

1.5 Funktionelle Störungen

Tabelle 1.2 zeigt Beschwerdebilder auf, die bei Kindern und Jugendlichen gehäuft auftreten und bei denen sich im Rahmen der medizinischen Diagnostik kein objektifizierbares Korrelat für die subjektiven Beschwerden identifizieren lässt.

Die Abgrenzung solcher funktioneller Störungen zu organmedizinisch begründeten Krankheitsbildern mit strukturellen Veränderungen in der Morphologie stellt eine der fundamentalsten Differenzierungen in der medizinischen Nosologie dar. So sehr diese Differenzierung klinisch hilfreich zur Orientierung und fachlichen Kommunikation ist, so sehr beginnen grundlagenwissenschaftlich die Grenzen zwischen diesen beiden übergeordneten Störungskategorien fließender und durchlässiger zu werden (vgl. Kasten 1.2).

Tabelle 1.2: Beispiele für funktionelle und somatoforme Störungsbilder bei Kindern und Jugendlichen, die auch bei fachgerechter medizinischer Abklärung zu keinem biomedizinisch positiven Befund führen. Die Symptomaten werden geordnet nach den pädiatrischen Subdisziplinen, in denen sie regelmäßig zur klinischen Vorstellung führen.

Pädiatrische Subdisziplin	Medizinisch nicht erklärbares Symptom oder Syndrom
Gastroenterologie	Funktioneller (rekurrerender) Bauchschmerz, Durchfall (Diarrhö), Verstopfung (Obstipation), Aufstoßen

HNO	Globusgefühl („Kloß im Hals“), Schluckbeschwerden, Dysphonie (Stimm- und Sprechstörungen)
Neuropädiatrie	Kopfschmerz (Spannungskopfschmerz, Migräne), Schwindel, motorische und sensorische Funktionsausfälle (Lähmungen, Sensibilitätsstörungen), nichtepileptische Anfälle
Infektiologie	Chronisches Erschöpfungssyndrom
Rheumatologie	Fibromyalgie, unspezifische Gelenk- und Gliederschmerzen
Kardiologie	Schmerz und Druckgefühl im Brustbereich, Synkope (Ohnmacht)
Orthopädie	Rückenschmerzen, Gang- und Standstörungen („Wachstumsschmerzen“)
Pneumologie	Hyperventilation

Kasten 1.2: Strukturelle organmedizinische Krankheiten versus funktionelle Störungen: Distinkte Kategorien?

Funktionelle Symptome sind das Ergebnis gesteigerter physiologischer Reaktionen des Organismus auf externe oder interne Reize. Im Kontext der somatoformen Störungen werden funktionelle Symptome diagnostisch von organmedizinischen Erkrankungen mit strukturellem Befund abgegrenzt. Diese fundamentale Differenzierung zwischen den beiden Störungsgruppen ist für die klinische Therapieplanung nützlich. Die Diagnose einer funktionellen Symptomatik schließt die Indikation für eine Reihe von medizinischen Standardtherapien (z.B. Chirurgie, antientzündliche Therapie, antibiotische Therapie) nahezu aus. Diese klinisch geläufige Abgrenzung zwischen funktionellen Störungen versus strukturellen (z.B. histologisch oder radiologisch belegbaren) Erkrankungen kann zu der vor schnellen Schlussfolgerung verleiten, dass bei funktionellen Störungen keine strukturellen Veränderungen vorliegen würden. Dem ist nicht so.

Auch funktionelle Störungen gehen auf der biologischen Mikroebene mit morphologischen Veränderungen einher. Diese betreffen vor allem Veränderungen in der Mikroarchitektur neuronaler Netzwerke innerhalb des zentralen, vegetativen, peripheren oder enterischen Nervensystems, der neuronalen Verknüpfungsmuster dieser Nervensysteme untereinander sowie der Schnittstellen zwischen Nervensystem, Endokrinum und immunologischem System. Morphologische Veränderungen als Grundlage funktioneller Störungen basieren u.a. auf der Basis der Plastizität der verschiedenen Nervensysteme. Diese Plastizität wird geformt im Zuge von Anpassungs- und Lernvorgängen bei der Konfrontation des Organismus mit spezifischen, wiederholten Reizen aus der äußeren Umgebung (z.B. soziale Zuwendung bei Schmerzverhalten) wie aus dem Körperinneren (interozeptive und nozizeptive Signale).

Aus der Psychophysiologie ist das Prinzip der Habituation bekannt. Demnach führt eine wiederholte Reizkonfrontation zu einer Abnahme der Frequenz (Häufigkeit) bzw. Amplitude (Stärke) der Reaktion des Organismus. Dieses Prinzip kann man sich therapeutisch bei der systematischen Desensibilisierung einer phobischen Reaktion zu Nutze machen. Im Kontext einer funktionellen Störung liegt oft ein umgekehrtes Anpassungsprinzip des Organismus vor, nämlich das Prinzip der Sensitivierung. Dieses Prinzip ist für die Entstehung und Chronifizierung funktioneller Schmerzstörungen besonders relevant. Ein identischer Schmerzreiz führt bei wiederholter Darbietung nicht zu einer Abnahme der Schmerzreaktion im Sinne einer Gewöhnung (Habituation), sondern im Gegenteil zu einer Steigerung der Schmerzreaktion von Episode zu Episode. Sensitivierungsprozesse können auf allen Ebenen der Schmerzverarbeitung erfolgen (peripher, spinal, zentral).

Eine solche Sensitivierung in Form einer erworbenen, gesteigerten Schmerzempfindlichkeit ist strukturell in veränderten Schwellenwerten bei der Ausschüttung von Neurotransmittern, schmerzhemmenden Botenstoffen, Immunmodulatoren und Hormonen sowie in umgestalteten neuronalen Assoziationsbahnen verankert. Der makroskopische Aufbau der neuronalen Netzwerke bei funktionellen Schmerzpatienten ist nicht von dem bei gesunden Kontrollen zu unterscheiden, sodass sich im Rahmen medizintechnischer Diagnostik (z.B. Bildgebung) keine pathologische Anomalie findet. Die gesteigerte Reagibilität bestimmter Organsysteme, die sich klinisch in Form einer funktionellen Symptomatik manifestiert, stellt keine direkte Folge einer Gewebsläsion dar, sondern ist Entwicklungsergebnis einer vorangegangenen Sensitivierung im Rahmen wiederholter Lern- und Anpassungsprozesse des Organismus. Dieser Sensitivierungsprozess geht mit einer morphologischen Umorganisation auf der Mikroebene einher. Dieser entzieht sich in der Regel der klinischen Routinediagnostik. Moderne diagnostische Verfahren zum Beispiel im Bereich der funktionellen Kernspintomografie machen allerdings zunehmend auch die mikrostrukturellen Korrelate funktioneller Störungen sichtbar (vgl. z.B. Wood, 2005). Spätere Kapitel zu ausgewählten funktionellen Störungsbildern (funktioneller Bauchschmerz, Fibromyalgie, chronisches Erschöpfungssyndrom) werden dies auf der Basis aktueller empirischer Befunde aufzeigen.

1.6 Auslösende Symptome einer somatoformen Störung: Entwicklung einer Typologie

Die in Tabelle 1.2 aufgeführten medizinisch unklaren Beschwerdebilder haben aus medizinischer Sicht einen unterschiedlichen nosologischen Status. Das Spektrum reicht von Beschwerdebildern, die einen eigenständigen Status als Krankheitsentität haben (Migräne, Synkope) bis hin zu einfachen, wechselnden Veränderungen der körperlichen Befindlichkeit. Allen Beschwerdebildern ist gemeinsam, dass sie von einem Teil der Betroffenen in übersteigerter und verzerrter Weise fehlverarbeitet werden, sodass die Beschwerden in ein somatoformes Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten münden. Es soll an dieser Stelle eine Typologie entwickelt und vorgeschlagen werden, die die nosologisch sehr heterogenen Beschwerdebilder ordnet. Die Typologie kann übergreifend für Patienten des Kindes- und Jugend-, wie auch des Erwachsenenalters gelten. Im Einzelfall kann ein Patient Beschwerdebilder aus mehreren Beschwerdetypen aufweisen. Diese Typologie umfasst folgende fünf Kategorien körperlichen Symptombilder:

1. Benigne (gutartige) Symptome einer organmedizinischen Bagatellerkrankung
2. Symptome einer kryptogenen (ideopathischen) Störung
3. Isolierte funktionelle Symptome
4. Physiologische Anpassungsreaktionen an Veränderungen des äußeren oder inneren Milieus
5. Psychophysiologische Stresskorrelate

Benigne Symptome einer organmedizinischen Bagatellerkrankung. Die Ursache der Symptome ist klinisch gut einschätzbar, auch wenn ein positiver medizindiagnostischer Nachweis nicht oder nur mit unverhältnismäßig hohem Aufwand zu erbringen ist. Ein einfaches Beispiel stellt die banale Viruserkrankung im Sinne einer Erkältung

dar. Die Diagnose beruht wesentlich auf der klinischen Untersuchung. Die Erkrankung wird als „banal“, selbst limitierend und insgesamt prognostisch benigne beurteilt. Somatoforme Patienten können eine solche banale Erkrankung als hoch bedrohlich erleben. Analog zu einer Phobie besteht ein Missverhältnis zwischen niedriger objektiver Gesundheitsgefahr und subjektiver hoher Gesundheitsangst. Dieser Kategorie können auch bekannte Nebenwirkungsreaktionen von Medikamenten zugerechnet werden, die Beschwerden ohne gravierende langfristige Gesundheitsrisiken auslösen (z.B. Müdigkeit bei Antihistaminika der älteren Generation; Blutdruckabfall und damit Benommenheit bei Betablockern).

Symptome einer kryptogenen (ideopathischen) Störung. Als kryptogen bzw. ideopathisch wird traditionell eine Symptomatik bezeichnet, bei der zwar eine organmedizinische Pathogenese vermutet wird, diese Vermutung aber diagnostisch nicht bestätigt werden kann. Der Verdacht auf eine kryptogene, ideopathische Ätiologie wird umso wahrscheinlicher, je einheitlicher ein charakteristischer Symptomkomplex bei vielen Patienten auftritt. Die hohe interindividuelle Ähnlichkeit im Beschwerdebild weist auf eine homogene, aber unbekannte Ätiologie hin. Es kann daher mit gewisser Berechtigung vermutet werden, dass mit Fortschritt der Medizin zu einem späteren Zeitpunkt die ätiologische Aufklärung eines kryptogenen Störungsbildes gelingen wird. Prototypische Störungsbilder im Kontext der somatoformen Störungen, die nach Ansicht des Autors den kryptogenen bzw. ideopathischen Störungsbildern zugerechnet werden können, sind die Fibromyalgie und das chronische Erschöpfungssyndrom. Beide Störungsbilder weisen ungeachtet einer gewissen interindividuellen Variabilität sehr ähnliche Muster in der Konfiguration der einzelnen Beschwerden auf. Eine Genese im Sinne eines zufälligen Zusammentreffens der vielen charakteristischen Einzelsymptome wäre enorm unwahrscheinlich.

Funktionelle Störungen. Es handelt sich um Beschwerdebilder mit einer ebenfalls interindividuell relativ homogenen Symptomatologie, die aber ursächlich nicht in Beziehung zu einer nachweisbaren strukturellen Pathologie gesetzt werden kann. Typische Beispiele sind der funktionelle Bauchschmerz, die Migräne und der Spannungskopfschmerz, der Rückenschmerz und Gliederschmerz sowie die funktionelle Synkope (Ohnmacht). Die Störungsbilder sind epidemiologisch häufig und medizinisch gut beschrieben. Aus den Verläufen einer Vielzahl von Patienten weiß man um die prinzipiell benigne Prognose. Die Diagnosestellung erfolgt aus einer Kombination einer Ausschlussdiagnostik klinisch ähnlich in Erscheinung tretender organmedizinischer Erkrankungen und einer positiven klinischen Bestätigung einer Passung zwischen dem individuellen Beschwerdebild des Patienten und den bekannten Störungskriterien andererseits.

Isolierte funktionelle Symptome. Die oben genannten funktionellen Störungen stellen in der Regel Symptomkomplexe im Sinne eines funktionellen Syndroms dar, das sich als Muster verschiedener Einzelbeschwerden darstellt. Die Migräne beispielsweise stellt ein typisches Muster von einzelnen Symptomen dar, das im Einzelfall mit halbseitigem Kopfschmerz, Lichtempfindlichkeit (Photophobie), Lärmempfindlichkeit (Phonophobie) und visuellen Symptomen einhergeht. Manche Patienten mit einer