

<http://hdl.handle.net/20.500.11780/3737>

Erstveröffentlichung bei Vandenhoeck & Ruprecht (<http://www.v-r.de/de/>)

**Autor(en):** Besson, Stefanie

**Titel:** Verhaltenstherapie einer somatoformen autonomen  
Funktionsstörung

**Erscheinungsjahr:** 2013

**In:** Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 2013, 62  
(9), 670-690

#### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nichtkommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

#### **Kontakt**

Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID)  
Universitätsring 15  
54296 Trier  
Telefon: +49 (0)651 201-2877  
Fax: +49 (0)651 201-2071  
[info@zpid.de](mailto:info@zpid.de)

# AUS KLINIK UND PRAXIS

## Verhaltenstherapie einer somatoformen autonomen Funktionsstörung

Stefanie Besson

### Summary

*Cognitive Behavioral Therapy of Somatoform Autonomic Disorders*

The treatment of a somatoform autonomic dysfunction with a psychogenic form of irritable bowel syndrome will be demonstrated on the example of a 16 year old girl (Sandra) using cognitive behavioural therapy (CBT). After a comprehensive psychological assessment and identification of the dysfunctional cognitive and behaviour patterns, CBT treatment methods will be described regarding the following problem areas: biased somatic attribution, selective perception of interoceptive stimuli, catastrophization as a thought pattern, avoidance behaviour and maintaining factors within the family system.

*Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 62/2013, 670-690*

### Keywords

somatoform autonomic dysfunction – functional abdominal pain – irritable bowel syndrome (IBS) – somatosensory amplification – cognitive-behavioural therapy (CBT)

### Zusammenfassung

Am Beispiel der 16-jährigen Sandra wird die verhaltenstherapeutische Behandlung einer somatoformen autonomen Funktionsstörung mit Reizdarmsyndrom dargestellt. Nach einer umfassenden Diagnostik und der Erstellung eines individuellen Störungsmodells werden kognitiv-behaviorale Interventionen zu folgenden Problembereichen beschrieben: Einseitig somatische Ursachenzuschreibung, selektive Wahrnehmung interozeptiver Reize, katastrophisierende Bewertungsprozesse, Schon- und Vermeidungsverhalten sowie aufrechterhaltende Faktoren im Familiensystem.

## Schlagwörter

somatoforme autonome Funktionsstörung – funktioneller Bauchschmerz –  
Reizdarmsyndrom – somatosensorische Verstärkung – kognitiv-behaviorale Therapie

## 1 Vorstellungsgrund und Beschwerden

„Wir wissen nicht so genau, ob wir hier richtig sind, ...“ leitete die Mutter der 16-jährigen Sandra das Vorstellungsgespräch in der psychotherapeutischen Ambulanz ein. Sandra, ein attraktives Mädchen, lange Haare, offener Blick, freundliches Lächeln, sitzt zwischen ihren Eltern und hört den Ausführungen ihrer Mutter zu: „Wir haben schon so viel hinter uns, ... und sind jetzt direkt aus der kinder- und jugendmedizinischen Ambulanz einer Klinik zu Ihnen geschickt worden. Aber: „Psychisch krank ist unsere Tochter nicht!“

Seit einem Magen- und Darminfekt nach einem Sommerurlaub litt Sandra unter wiederkehrenden Bauchschmerzen und gelegentlich „breiigem Stuhl“. Diverse allgemeinmedizinische und fachärztliche Untersuchungen blieben ohne ausreichenden medizinischen Befund zur Erklärung der Beschwerden. Zweimal wurde eine Koloskopie durchgeführt, auch hier ein unauffälliger Befund. Bei stationären und ambulanten gastroenterologischen Untersuchungen wurden Fruktoseunverträglichkeit, Lactose-Malabsorption und abdominelle Migräne ausgeschlossen. Übrig blieben die Diagnosen: rekurrende Bauchschmerzen, Reizdarmsyndrom (Colonirritabile) und Reizdarmsyndrom ohne Diarrhoe. Medikationsversuche mit den Schmerzmitteln Ibuprofen und Buscopan, mit Medikamenten zur Verbesserung der Magenmotilität und Darmflora sowie der Verzicht auf Fruchtzucker und Milchprodukten hatten keinen wesentlichen Erfolg ergeben. Sandra gab an, aktuell eine Bedarfsmedikation von max. 4-5 Tabletten Imodium<sup>1</sup>/Tag zu haben, die sie nur nehmen solle, wenn sie Durchfall bekomme.

Im ersten Einzelgespräch erschien Sandra deutlich ernster und mit hohem Leidensdruck. Sie befürchtete, bei einem unerwarteten Durchfall „in die Hose zu machen“ und sich fürchterlich zu blamieren. Um möglichen Kots Spuren vorzubeugen, zog sie ausschließlich dunkle Hosen an. Sobald sie ein „Grummeln“ in der Magengegend verspürte, nahm sie sofort Imodium, um überhaupt in die Schule oder zu anderen Verpflichtungen gehen zu können. Ihre Bedarfsmedikation führte sie immer bei sich. Zudem mied sie Orte ohne Toilette und musste sich bei Unternehmungen vorab informieren, wo eine Toilette zur Verfügung steht und wie sie diese erreichen kann. In den letzten drei Wochen sagte sie aufgrund der Bauchschmerzen vermehrt Verabredungen mit Freunden ab, verschob Treffen mit ihrem Freund und ging zweimal früher aus der Schule nach Hause.

<sup>1</sup> Imodium® akut: Medikament gegen Durchfall, Wirkstoff Loperamid.

## 2 Anamnese

Nach Angaben der Mutter habe während der Schwangerschaft der Verdacht auf Toxoplasmose bestanden. Sie habe sich sehr große Sorgen um ihr ungeborenes Kind gemacht und befürchtet, es könne bleibende Schäden davontragen. Der Verdacht sei dann aber ausgeschlossen worden. Weiterhin war Sandras Mutter allerdings davon überzeugt, dass bereits vor der Geburt der Grundstein für Sandras Bauchschmerz gelegt wurde. Die Geburt ihrer Tochter sei komplikationslos und termingerecht erfolgt, ebenso wie die frühkindliche Entwicklung. Nach dem ersten Lebensjahr sei die Mutter ganztags als Angestellte einer Bank, der Vater als freischaffender Künstler beschäftigt gewesen. Sandra sei mit einem Jahr in die Krippe und mit drei Jahren in den Kindergarten gekommen, wo sie bei Erziehern und Kindern als sehr beliebt gegolten habe. Die Einschulung sei ebenfalls zeit- und regelgerecht erfolgt. Aktuell besuche Sandra die 10. Klasse einer Gesamtschule bei guten Leistungen. Sie sei immer eine gute Schülerin gewesen, allerdings „rutschten die Noten seit einem halben Jahr in den 3er-Bereich“. Sandra gehe gerne in die Schule und besuche den Unterricht trotz Bauchschmerzen regelmäßig. Sie berichtete von einem großen Freundeskreis, wo „immer etwas los ist“.

Sandra habe nach eigenen Angaben noch keine längere Beziehung zu einem Freund gehabt, aber kurzweilige Romanzen. Seit zwei Wochen habe sie einen neuen Freund. Die letzte Beziehung sei wegen ihrer Bauchschmerzen beendet worden. Ihr vorheriger Freund habe nicht verstehen können, warum sie „aus heiterem Himmel krank“ werde und ständig Verabredungen mit ihm absage.

Die Mutter berichtete, dass Sandra bereits im Kleinkindalter häufig unter Bauchschmerzen gelitten habe, diese aber meist mit einer „Wärmflasche und Bauchstreicheln“ gut behoben werden konnten. Somatische oder psychische Erkrankungen mütterlicher- oder väterlicherseits wurden zunächst verneint. Später allerdings berichtete die Mutter von ihrer bereits Jahre bestehenden Migräne. Bei akuten Migräneattacken könne sie manchmal tagelang nur im abgedunkelten Zimmer liegen. Sie nehme auch verschiedene Schmerzmittel, die aber alle keinen ausreichenden Erfolg gebracht hätten. Aber: „Das sind halt so die Zipperleins, mit denen man sich durchs Leben schlagen muss.“ Zwei entscheidende familiäre Probleme wurden von allen Familienmitgliedern lange verschwiegen: Der 28-jährige Bruder habe das Abitur nicht geschafft, mehrere Ausbildungen abgebrochen und lebe mehr oder weniger auf der Straße. Zu Hause komme er nur vorbei, um sich Geld abzuholen, was er auch bekomme. Darüber hinaus sei Sandras Vater seit zwei Jahren arbeitslos und davon „depressiv“ geworden. Sandra beschrieb das Verhältnis zu beiden Eltern als sehr gut, ihren Bruder treffe sie manchmal in der Stadt und habe zu ihm noch den meisten Kontakt.

### 3 Diagnostik

#### 3.1 Testdiagnostik

Als Screeninginstrumente wurden vor dem Erstgespräch der Mannheimer Eltern- und Jugendlichenfragebogen (MEF, MJF; Esser, 2006a, b) sowie die Child Behavior Checklist (CBCL) und Youth Self Report (YSR) von der Deutschen Arbeitsgruppe CBCL (Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist, 1998a, b) eingesetzt. Sandra gab im MJF an: „Ich mache mir viele Sorgen um meine Gesundheit“, „Ich bin sehr wählerisch beim Essen“, „ich bin schwer auf andere Gedanken zu bringen, wenn ich traurig bin“, „rauche mindestens eine Schachtel Zigaretten pro Woche“. Die Mutter kreuzte im MEF alle Items als unauffällig an, was entweder dafür spricht, dass die Mutter wenig Zugang zu den Gefühlen ihrer Tochter hat, sie die Ansicht vertritt, dass negative Aspekte nicht öffentlich besprochen werden sollten oder sie Angst hat, ihre Tochter als „psychisch krank“ zu pathologisieren. Sandra beschrieb im YSR steigende schulische Leistungsanforderungen als problematisch, Bauchweh, Durchfall, Schwindel und Übelkeit als quälend und notierte: „Bevor ich Probleme mit meinem Bauch bekam war ich immer gut gelaunt.“ Zudem nannte sie Gedanken, die um ihr Bauchweh kreisen und sie am Einschlafen hinderten. Die Mutter gab in der CBCL nur „Bauchschmerzen oder Magenkrämpfe“ an und „Fühlt sich schwindelig“. Der Vater füllte keinen Fragebogen aus. Sandras intellektuelle Fähigkeiten sind mit einem T-Wert von 59 (Grundintelligenztestskala 2, CFT 20-R; Weiß, 2008) im oberen Durchschnittsbereich anzusiedeln.

Im Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R) von Fahrenberg, Hampel und Selg (2010) beschrieb sich Sandra auf der Skala „Gehemmtheit“ als überdurchschnittlich ungezwungen, selbstsicher und kontaktbereit. Zudem ergab sich eine hohe Ausprägung auf der Skala „Gesundheitsorgen“. Mit einem Summenwert von 12 im Beck Depression Inventory (BDI-II) von Hautzinger, Keller und Kühner (2006) blieb die Ausprägung der depressiven Symptomatik im klinisch unauffälligen Bereich.

Der Gießener Beschwerdefragebogen (GBB) von Barkmann und Brähler (2009) wurde von Sandra und ihrer Mutter ausgefüllt. Im Selbstbild ergab sich eine überdurchschnittliche Ausprägung auf den Skalen „Magen- und Kreislaufbeschwerden“, im Fremdbild wurde nur die Skala „Magenbeschwerden“ auffällig.

#### 3.2 Klassifikation nach ICD-10

Die Anwendung der Internationalen Diagnose Checkliste (IDCL) von Hiller, Zaudig und Mombour (1995) bestätigt die Diagnose einer Somatoformen autonomen Funktionsstörung des unteren Gastrointestinaltraktes (F 45.32) auf der ersten Achse des Multiaxialen Klassifikationsschemas nach ICD-10 (Remschmidt, Schmidt, Poustka, 2001). Die Diagnosekriterien A; B 2,4,5; C 10,12; D und E waren für Sandra bei Behandlungsbeginn erfüllt.

Als somatische Diagnose wurde das so genannte „Reizdarmsyndrom“ (K58 nach ICD-10) vergeben. Allerdings ergaben sich divergierende medizinische Befunde bezüglich des Durchfalls (einmal mit und einmal ohne Diarrhoe). Auch bei der psychologischen Exploration gab Sandra zunächst an, häufig Durchfall zu haben. Das Bauchschmerztagebuch zeigte allerdings das Gegenteil, Sandra gab zu Beginn der Behandlung zwar sehr unregelmäßigen Stuhlgang an, aber keinen Durchfall. Anamnestisch wurden breiige Stühle berichtet, Sandra selbst definierte bereits etwas weicheren Stuhlgang als Durchfall.

### 3.3 Differenzialdiagnostik

*Vorliegen einer organischen Erkrankung.* Es ist davon auszugehen, dass Sandra und ihre Mutter nahezu alle diagnostischen Möglichkeiten im Bereich der pädiatrischen Gastroenterologie ausgeschöpft haben. Letztendlich blieb die Diagnose Reizdarmsyndrom übrig, welche den funktionellen Bauchschmerzen zugeordnet wird (Noeker, 2008), dies in klarer Abgrenzung zu organischen Bauchschmerzen (z. B. chronisch-entzündliche Darmerkrankungen). Mit dem Reizdarmsyndrom liegt demnach keine organische Erkrankung vor, die ausreicht, um das Ausmaß der vorliegenden Bauchschmerzsymptomatik erschöpfend zu erklären. Anders gesagt: Die Diagnose „Reizdarm“ schließt die Diagnose einer somatoformen Störung nicht aus (Rief u. Heuser, 2000).

Das Reizdarmsyndrom wurde im Störungsmodell als ein organisch prädisponierender und aufrecht erhaltender Faktor gewertet und Sandras Symptomatik als „organisch“ anerkannt. Dennoch wurden in der Therapie psychische und soziale Aspekte fokussiert, um die Bauchschmerzen zu beeinflussen.

*Abgrenzung zur Somatisierungsstörung.* Die somatoforme autonome Funktionsstörung ist der Somatisierungsstörung hierarchisch übergeordnet (Rief u. Hiller, 1998). Die Somatisierungsstörung darf somit nicht diagnostiziert werden, wenn Symptome vegetativer Erregung wie im vorliegenden Fall im Vordergrund des klinischen Erscheinungsbildes stehen. Noeker (2008) ist sogar der Ansicht, dass die Diagnose der somatoformen autonomen Funktionsstörung für das Kindes- und Jugendalter gerade wegen des engeren Organbezugs in vielen Fällen angemessener ist als die Somatisierungsstörung.

*Abgrenzung zu depressiven Störungen.* Die Kriterien für eine affektive Störung waren bei Sandra nicht erfüllt. Zwar können auch bei depressiven Erkrankungen körperliche Symptome auftreten, allerdings müssten zudem depressive Leitsymptome wie Stimmungsbeeinträchtigung, Antriebslosigkeit und Interessenverlust vorhanden sein. Weder der klinische Eindruck noch die Ergebnisse des BDI-II stützen eine derartige Diagnose. Zwar zog sich Sandra von vielen sozialen Aktivitäten zurück, was aber nicht als Interessensverlust bewertet werden kann, sondern im direkten Zusammenhang mit ihren Krankheitsängsten steht.

*Abgrenzung zu Angst- und Zwangsstörungen.* Phobien oder Panikstörungen sind auch mit vegetativen Begleiterscheinungen wie Schwitzen oder Magenproblemen verbunden, allerdings traten diese Symptome dann ausschließlich in angstbesetzten Situ-

ationen auf. Zwar spielten bei Sandra Aufregung und Angst auch eine Rolle bei Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Bauchschmerzen (vgl. SORC-Schema), aber nicht ausschließlich. Die Bauchschmerzen treten bei ihr auch völlig unabhängig von einer angstauslösenden Situation auf. Der Gedanke: „Wenn ich einkote, könnte ich mich fürchterlich blamieren!“ könnte auf eine soziale Phobie hindeuten. Diese Diagnose ist allerdings auch sicher auszuschließen, da Sandra ein sehr extrovertiertes Mädchen ist, das keine Probleme hat, generell im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stehen.

Der Gedanke: „Ich könnte Durchfall bekommen und in die Hose machen!“ ist von einem Zwangsgedanken abzugrenzen, welcher aufdrängenden Charakter hätte und jederzeit Sandras Gedanken beherrschen könnte. Im vorliegenden Fall steht der Gedanke als isolierter Angstgedanke in unmittelbarem Zusammenhang zum Auftreten oder in Antizipation von Bauchschmerzen und ist damit Teil der dysfunktionalen Symptombewertung im Rahmen der somatoformen Störung.

*Somatoforme Störung by proxy.* Bei einer somatoformen Störung by proxy wäre das Kind zwar Träger der funktionellen Symptomatik (hier: Bauchschmerzen), die Eltern wären aber diejenigen, welche primär mit einem somatoformen Krankheitsverhalten reagieren (Noeker, 2008). Dieser Gedanke hat in dem hier vorliegenden Fall eine gewisse Berechtigung: Bezüglich ihrer eigenen Migräne verhält sich Sandras Mutter eher bagatellisierend, während sie Gesundheitsorgen vermehrt auf ihre Tochter richtet. Sandra selbst ließ sich schnell von einem biopsychosozialen Störungsmodell überzeugen, die Mutter hielt lange an einem rein medizinischen Ursachenmodell fest. Zudem war sie bei der wiederkehrenden Arztsuche sicherlich eine treibende Kraft. Andererseits stieß sie bei ihrer 16-jährigen Tochter diesbezüglich auf keinen Widerstand. Sandra selbst spürte Erleichterung nach jeder medizinischen Untersuchung ohne organischen Befund und entwickelte unabhängig von der Mutter eine dysfunktionale katastrophisierende Symptomverarbeitung, Vermeidungsverhalten und einen hohen Leidensdruck.

#### 4 Störungsmodell

Folgendes Störungsmodell (Abb. 1, folgende Seite) wurde im Rahmen der probatorischen Sitzungen mit Sandra zusammen entwickelt und im Laufe der Therapie immer wieder ergänzt und vervollständigt.

Wichtig war es, im Rahmen des biopsychosozialen Störungsmodells keine Gegensätze zwischen organischen und psychischen Faktoren aufzubauen, sondern zu vermitteln, dass biologische, psychische und soziale Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Bauchschmerzen zusammenspielen.

Als prädisponierender Faktor zeichnete sich bei Sandra bereits im Kleinkindalter eine gewisse Anfälligkeit für Bauchschmerzen ab, die sich im Laufe der Jahre in Form eines Reizdarmsyndroms manifestierte. Infektionen, Entzündungen, allergische Prozesse könnten zu einer veränderten Darmmotilität geführt haben, die wiederum eine gesteigerte Schmerzwahrnehmung zur Folge hatten (Noeker, 2008).

Sandra besitzt also eine erhöhte Bereitschaft, auf äußere Reize wie Stress, schlechtes Essen oder Angst mit Darmbeschwerden zu reagieren.

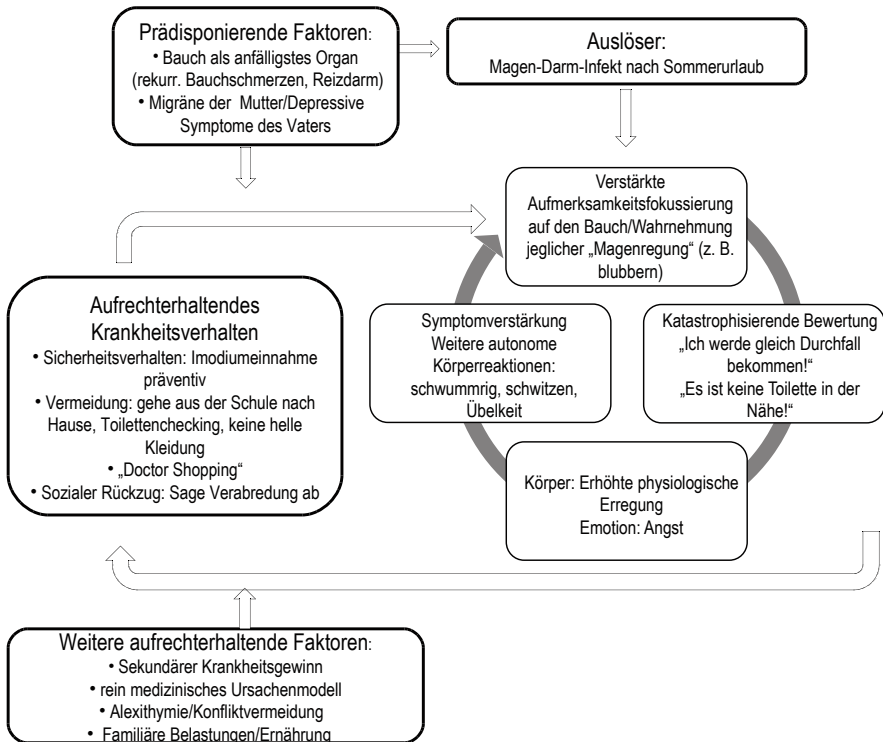


Abbildung 1: Störungsmodell in Anlehnung an Rief und Hiller (1998)

Viele Studien bestätigen einen Zusammenhang zwischen elterlicher Depression, Angst, Somatisierung und funktionellem Bauchschmerz bei ihren Kindern (Noecker, 2008). Auch die mütterliche Anamnese einer Migräne stellt ein Risiko für die Entwicklung funktioneller Bauchschmerzen beim Kind dar (Campo et al., 2007). In Sandras Fall waren die mütterliche Migräne und väterliche Depression als prädisponierende und aufrechterhaltende Faktoren von Bedeutung:

Sandra lernte durch das mütterliche Krankheitsverhalten bei Migräne, dass man Zuwendung bekommt, wenn man krank ist, sich von unangenehmen Arbeiten zurückziehen darf und Medikamente schlucken muss. Zudem wurden die väterliche Arbeitslosigkeit, die bereits zu depressiven Symptomen führte, sowie die Sorgen, um den „verschwundenen“ Bruder in der Familie nicht offen thematisiert. Dieses Familienklima der Verschwiegenheit, Verdrängung und Konfliktscheu stellte eine gute Voraussetzung für die Entwicklung einer somatoformen Störung dar.



Vor diesem Hintergrund ist das auslösende Ereignis, die Magen-Darminfektion mit schwerem Durchfall während eines Familienurlaubs zu betrachten. Erstmals erlebte Sandra die Angst einzukoten und es nicht mehr rechtzeitig auf die Toilette zu schaffen. Dieses Schlüsselerlebnis setzte den als *somatosensorische Verstärkung* (somatosensory amplification; Barsky u. Wyshak, 1990) bezeichneten Mechanismus in Gang, der wesentlich zur Chronifizierung der Symptomatik beitrug: Ein gegenseitiger Aufschaukelungsprozess von Aufmerksamkeitsfokussierung, katastrophisierender Bewertung und verstärkter Körperwahrnehmung setzte ein. Geringste Magenregungen wurden von Sandra als Ankündigung für Durchfall interpretiert, was zu Angst und erhöhter physiologischer Erregung mit entsprechenden vegetativen Begleiterscheinungen führte. Diese körperlichen Veränderungen wurden wieder verstärkt wahrgenommen und fehlinterpretiert. Letztlich bildeten sich verschiedene Krankheitsverhaltensweisen aus, die wiederum symptomverstärkend wirkten: Wesentliche Mechanismen hierbei waren Vermeidung, Sicherheitsverhalten in Form von präventiver Imodiumaufnahme und „Doctor-Shopping“, welches nur kurzfristig eine Erleichterung brachte. Hierbei war Sandras Mutter eine treibende Kraft, indem sie wiederholt Arztbesuche initiierte und die ärztlichen Feststellungen nicht akzeptieren wollte. Weitere aufrechterhaltende Bedingungen werden unter 6.5 näher erläutert.

## 5 Behandlungsplan

Aus den Problembereichen des Störungsmodells wurden die in Tabelle 1 (folgende Seite) zusammengefassten Behandlungsziele und -interventionen abgeleitet.

## 6 Behandlungsverlauf

Es wurde eine ambulante Langzeittherapie mit 33 Einzelsitzungen und 10 Sitzungen mit den Eltern durchgeführt. Die gesamte Behandlungsdauer betrug knapp ein Jahr, anfangs hochfrequent mit zwei wöchentlichen Sitzungen, später einer Sitzung pro Woche und in der letzten Phase einer zweiwöchentlichen Frequenz.

Die probatorische Sitzungen dienten neben der Diagnostik dem Beziehungsaufbau sowie der Schaffung einer gemeinsamen Arbeitsgrundlage für die Therapie. Diese gemeinsame Grundlage bedeutete, dass zumindest die Bereitschaft geschaffen wurde, neben medizinischen Ursachen auch situative Aspekte wie Stress, Konflikte, Ärger als Einflussfaktoren der Bauchschmerzen anerkennen zu können. Dies gelang bei Sandra nahezu problemlos bereits im Rahmen der Diagnostiksitzen, ihrer Mutter dagegen fiel es schwer, sich von einem rein somatischen Modell zu lösen.

Die psychoedukativen Interventionen wurden mit Eltern und Sandra parallel bearbeitet. Die Eltern erhielten dazu einen Artikel zu Somatoformen Störungen (Rief u. Heuser, 2000), sowie Informationen zu funktionellen Bauchschmerzen aus dem Bauchschmerz-

**Tabelle 1:** Behandlungsziele und -interventionen (vgl. Rief u. Heuser, 2000)

Behandlungsziele nach Problembereichen	Intervention
<b>Ursachenzuschreibung der Bauchschmerzen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbau eines rein körpermedizinischen und Aufbau eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses</li> <li>• Zusammenhänge und Abhängigkeiten erkennen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoedukation: Erklärung der Diagnose Somatoforme Störung (Literatur, auch Eltern)</li> <li>• Verhaltensanalysen nach dem S-O-R-C-Schema</li> <li>• Selbstbeobachtung (Schmerztagebuch) zur Erfassung der Häufigkeit, Intensität der Bauchschmerzen sowie Entdeckung von Zusammenhängen zwischen situativen Einflüssen und somatischen Beschwerden.</li> <li>• Imaginationsübungen</li> <li>• Gemeinsame Erarbeitung eines individuellen psychosomatischen Störungsmodells (auch Eltern)</li> </ul>
<b>Selektive Wahrnehmung interozeptiver Reize</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abbau körperbezogener Ängste: Veränderung von Wahrnehmung, Bewertung und Beeinflussung körperlicher Sensationen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grundlage: Modell der somatosensorischen Verstärkung nach Barsky und Wyshak (1990)</li> <li>• Verhaltensexperimente zur Aufmerksamkeitslenkung</li> <li>• Entspannungstraining, Bauchatmung</li> </ul>
<b>Dysfunktionale Kognitionen</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysfunktionale Kognitionen und „Katastrophengedanken“ erkennen und abbauen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Katastrophengedanken ermitteln (SORC, Selbstbeobachtungsprotokolle) und</li> <li>• verändern (kognitive Umstrukturierung: sokratische Dialoge, Pro-Contra-Liste, Realitätstests, Gedankenstopp)</li> </ul>
<b>Dysfunktionales Krankheitsverhalten ablegen/Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• keine präventive Imodium-Einnahme</li> <li>• Sozialer Rückzug: Vermeidung wahrnehmen und ändern</li> <li>• Abbau von Sicherheitsverhalten („Toiletten-Checking“)</li> <li>• Doctorshopping: Keine unnötigen Arztbesuche mehr</li> <li>• Röcke und farbige Hosen anziehen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• wöchentliche Auswertung in Zielerreichungsskala und des Bauchschmerztagebuchs</li> <li>• Exposition mit Reaktionsverhinderung</li> <li>• Verhaltensübungen, Vereinbarungen</li> </ul>
<b>Aufrechterhaltende Bedingungen verändern</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährung</li> <li>• Alexithymie</li> <li>• Familiäre Belastungen und Konflikte ansprechen und lösen</li> <li>• Negatives Modellverhalten der Mutter verändern</li> <li>• Sekundärer Krankheitsgewinn / Funktionalität der Bauchschmerzen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ernährungsberatung</li> <li>• Emotionen erkennen, benennen und beobachten (Gefühlskarten, Fotos, Pantomime); Körperschema, Zusammenhang Gedanken, Gefühlen und Verhalten</li> <li>• Elternsitzungen: Migräne, Modellverhalten, familiäre Probleme</li> <li>• Konfliktermittlung und -bewältigung (Rollenspiele, Kommunikationstraining)</li> </ul>

training von Groß und Warschburger (2012): Unter anderem wurde besprochen, dass Bauchschmerzen auf einer Intensivierung normaler, gesunder Darmfunktionen und einer verstärkten Wahrnehmung dieser beruhen. Zudem erhielt die Mutter ein Arbeitsblatt mit Warnzeichen, bei denen ein Arzt aufgesucht werden sollte. Dies sollte ihre Befürchtungen reduzieren, ihrer Tochter eine notwendige medizinische Behandlung vorzu-enthalten. Diese Informationen schien die Mutter dankend anzunehmen. Des Weiteren wurden die Therapieziele besprochen. Ziel sollte sein, mit den Bauchschmerzen besser klar zu kommen, keine Beschwerdefreiheit. Insbesondere wird es darum gehen, unnötige Arztbesuche abzubauen, die Bedarfsmedikation nur „bei Bedarf“ zu nehmen sowie Vermeidungs- und Schonverhalten aufzugeben. Diese Planungen stießen bei der Mutter zunächst auf Skepsis, sie gab aber grünes Licht, es mit Sandra mal auf diese Weise zu probieren, da ihre Tochter ja anscheinend sehr motiviert war, Hoffnung schöpfte und ihren „Schreibkram“ (Bauchschmerztagebuch) zu Hause als nützlich empfinden würde. Die Mutter wurde darauf hingewiesen, dass eine enge Absprache mit dem behandelnden Hausarzt stattfinden soll, wofür sie gerne ihr Einverständnis erteilte. Mit Mutter und Sandra wurde vereinbart, dass keine weiteren Arztwechsel erfolgen sollten. Der behandelnde Hausarzt hatte alle Befunde, wusste über die psychotherapeutische Behandlung mit dem Ziel, Imodium abzusetzen, Bescheid. Er hielt selbst weitere Untersuchungen für unnötig. Dennoch wurde auf Initiative der Mutter zusätzlich eine weitere Ärztin zur Akupunktur herangezogen, Sandra brach aber nach einigen Terminen die Behandlung ab. Den Vorschlag, eine Ernährungsberatung hinzuzuziehen, griff die Mutter gerne auf. Der Vater war nur beim Erst- und Katamnesegespräch anwesend. Wiederholte Einladungen, den Elternsitzungen beizuwohnen, schlug er aus.

6.1 Zusammenhänge und Abhängigkeiten erkennen

Verhaltensanalysen waren ein erster Schritt zur Entdeckung eines Zusammenhangs zwischen situativen und körperlichen Aspekten. Anhand einer aktuellen Situation, die Sandra bereits in der zweiten Stunde einbrachte, wurde folgendes SORC-Schema (vereinfacht nach Kanfer u. Saslow, 1965) entwickelt (s. Tab. 2).

Tabelle 2: Verhaltensanalyse nach dem SORC-Schema

S → Situation	O → Organismus	R → Reaktion	C Konsequenz
Treffen mit Freund steht unmittelbar bevor	Reizdarm	<i>Gedanke:</i> „Oh, nein, jetzt fängt das schon wieder an, wenn ich gleich Durchfall bekomme, will der nichts mehr von mir wissen!“ <i>Gefühl:</i> Schmerzen <i>Körper:</i> Blubbern im Bauch, Übelkeit, Bauchschmerzen, mir wird schwummerig, nasse Hände	Ich sage das Treffen ab, bin er- leichtert (¢-) Nehme Imodium, Schmerzen lassen nach (¢-) Mutti macht mir Tee (c+) Bin traurig, Freund nicht zu treffen (c-)

Anhand dieser Situationsanalyse wurde Sandra einerseits verdeutlicht, dass auch emotionale Zustände wie Angst oder Aufregung zu körperlichen Symptomen führen können, andererseits wurden aufrechterhaltende Faktoren anhand der Konsequenzen deutlich. Sandra verstand, dass durch ihr Copingverhalten nur eine kurzfristige Erleichterung eintritt. Zudem machte sich Sandra bewusst, dass auch intime Nähe zu ihrem Freund durch die Beschwerden und Befürchtungen verhindert wird. Die Aussicht, daran etwas ändern zu können, motivierte Sandra sehr, was ihre hohe Compliance während der Therapie mitbedingte.

Zur weiteren „gelenkten Entdeckung“ des Zusammenhangs zwischen Emotionen und Körperreaktionen wurde Sandra gebeten, sich an eine frühere Situation in ihrem Leben zu erinnern, in der sie Aufregung verspürt hat. Nach langem Überlegen gab sie an, vor Kindergeburtstagen immer sehr aufgeregt gewesen zu sein. Mithilfe einer kurzen Imaginationsübung sollte sie sich in die damalige Situation tiefer hineinversetzen. Dann wurde Sandra gefragt, wie sich ihr Körper in dieser Situation angefühlt habe: „Gut! ... und ja, (lacht) ich musste ganz häufig pullern vor lauter Aufregung!“ Damit konnte festgehalten werden, dass allein durch Aufregung körperliche Veränderungen erfolgen, welche sehr unterschiedlich ausfallen können. Manche Menschen verspüren einen starken Harndrang, bei den meisten Menschen klopft das Herz schneller, die Hände fangen an zu schwitzen, alles Zeichen autonomer Erregung. Sandra nannte sogleich ein weiteres Beispiel: Das Austeilen der Klassenarbeiten führte bei ihr immer zu Herzklopfen und schwitzenden Händen.

Zur systematischen Erfassung der Häufigkeit und Intensität der Beschwerden im Verlauf, sowie der Entdeckung von Abhängigkeiten wurde Sandra gebeten, von nun an ein Bauchschmerztagebuch zu führen, welches Sie regelmäßig abends ausfüllte (Abb. 2, folgende Seite).

Sandra machte anfangs drei bis fünf Eintragungen pro Woche, die Schmerzintensität wurde auf einer 7-stufigen Skala beurteilt (0 keine Schmerzen, 7 stärksten Schmerzen, die ich je hatte). Auf eine visuelle Analogskala wurde aufgrund des Alters verzichtet. Die Schmerzintensität schwankte anfangs zwischen 3 und 6, Durchfall gab sie während der gesamten Behandlung einmal im Rahmen eines erneuten Magen-Darminfekts an. Das Bauchschmerztagebuch gab weiterhin Aufschluss über folgende Aspekte: Sandra hatte Schwierigkeiten, Gefühle bei sich zu erkennen bzw. Schmerzen und Gefühle zu unterscheiden. Dabei schien sie gut zwischen verschiedenen Arten von Schmerzen wie Menstruations- und Verdauungsbeschwerden differenzieren zu können, nicht aber zwischen Schmerzen und (normalen) Verdauungssymptomen wie „blubbern“ und „ziehen“. Zudem zeigte sich, dass die Einnahme von Imodium sowohl nach Bemerken erster Bauchsensationen als auch in Antizipation (Mi) möglicher Beschwerden eingenommen wird. In einigen Situationen treten die Bauchschmerzen in einer emotionalen oder konflikthaften Situation auf (Mo), in anderen Situationen erschienen sie ohne jeglichen Auslöser (So), in manchen Situationen scheint ein Krankheitsgewinn vorhanden (Mo), in anderen nicht (Fr).

Bauchschmerztagebuch										Woche vom 8.5. – 14.05.		Durchfall?		Ja		Nein X								
	Mo			Di			Mi			Do			Fr			Sa			So					
Bauchweh ?	Nein			Nein	X		Nein	X		Nein	X		Nein	X		Nein	X		Nein	X				
Ja		X		Ja			Ja			Ja			Ja			Ja			Ja					
Welche?	ziehen												blubbern			Krämpfe								
Wie stark?	0 1 2 3 4 5 6 7			0 1 2 3 4 5 6 7			0 1 2 3 4 5 6 7			0 1 2 3 4 5 6 7			0 1 2 3 4 5 6 7			0 1 2 3 4 5 6 7			0 1 2 3 4 5 6 7					
Was war vorher?	Papa will, dass ich den Müll runter bringe, ich muss aber lernen						Freund kommt gleich						Tina holt mich gleich zum Kino ab			Habe meine Tage			Habe gelesen					
Was habe ich gedacht?	Ich kann jetzt nicht, habe Bauchweh						Ich darf auf keinen Fall Bauchweh bekommen						Wenn ich im Kino Durchfall bekomme						Oh nein, nicht schon wieder					
Was habe ich gefühlt?	Fühle mich unwohl						Aufregung						Schmerzen			Schmerzen			Schmerzen					
Was habe ich gemacht?	Aufs Sofa mit Wärmflasche												Habe Tina abgesagt			Aufs Sofa mit Wärmflasche								
Imodium genommen?	Nein			Nein	X		Nein	X		Nein	X		Nein	X		Nein	X		Nein	X				
Ja		X		Ja			Ja			Ja			Ja			Ja			Ja					
Wieviel?	1						4						4			Ibuprofen			4					

Abbildung 2: Sandras Bauchschmerztagebuch

6.2 Selektive Wahrnehmung und Katastrophenbewertung interozeptiver Reize

Nachdem Sandra erfahren hat, dass ihre Bauchschmerzen situationsgebunden auftreten, wurde ein weiterer entscheidender Aspekt des Störungsmodells mit Sandra näher erörtert: Die Fehlbewertung körperlicher Sensationen und die dadurch entstehende somatosensorischen Verstärkung (Barsky u. Wyshak, 1990). Wie in Abbildung 1 dargestellt, entwickelte Sandra bei einem Magen- und Darminfekt erste Befürchtungen, unerwartet Durchfall zu bekommen. Als der Infekt schon längst abgeklungen war, persistierte ihr Sicherheitsverhalten. Die Befürchtung, unerwartet Durchfall zu bekommen und in die Hose zu machen, wurde vorherrschend und führte dazu, dass Sandra ihre Aufmerksamkeit ständig auf Ihren Bauch lenkte, um möglichst früh Anzeichen erkennen zu können, die „Vorboten“ des Durchfalls sein könnten. Kleinste Regungen wie normale Verdauungsgeräusche und -empfindungen werden fehlbewertet und sofortige Maßnahmen zur Verhinderung des Unglücks getroffen (Imodiumeinnahme, Toilettensuche). Gleichzeitig führt die Überbewertung zu Angst und Panik, was wiederum zu weiteren körperlichen Symptomen wie Schwindel und Schwitzen führt, welche erneut sofort wahrgenommen und als Vorboten des Durchfalls interpretiert werden.

Ein Verhaltensexperiment sollte den Aspekt der Bewertung körperlicher Sensationen veranschaulichen. Sandra wurde gebeten, sich eine Minute auf ihren Herzschlag zu konzentrieren. Anschließend führte sie mehrere Liegestütze hintereinander aus und konzentrierte sich erneut auf ihren Herzschlag. Nach der Veränderung befragt, gab sie an, nach den Liegestütz ihr Herz schneller und lauter pochen zu hören, sie außerdem außer Atem sei und angefangen habe zu schwitzen. Auf die Frage wie schlimm sie dies finde, antwortete sie, dass es normal sei, da das ja wohl von der körperlichen Anstrengung komme. Sie konnte also eine ungefährliche Ursache für die körperlichen Veränderungen benennen.

Zudem wurde ihr eigenes Beispiel vom Schwitzen der Hände bei der Rückgabe der Klassenarbeiten wieder aufgegriffen. Auch diesen körperlichen Signalen schenkte Sandra wenig Beachtung, da dies ja auch einen plausiblen Grund habe. Das bedeutete, dass körperliche Symptome, die nicht als Katastrophe bewertet werden, auch weniger wahrgenommen werden.

Ein weiteres Experiment zur Wahrnehmungslenkung fand Sandra beeindruckend. Sie wurde gebeten, sich einige Minuten ausschließlich auf ihren Hals zu konzentrieren. Sie fing an zu schlucken, da sie ihren Hals plötzlich als trocken empfand, sie hustete schließlich und atmete unregelmäßig. Allein die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf ein Organ erzeugte diese Symptome.

Um Sandra eine erste Möglichkeit an die Hand zu geben, selbständig ihre Bauchschmerzen positiv zu beeinflussen, wurde mit ihr die Bauchatmung eingeübt. Zur richtigen Durchführung wurde die Übung zunächst einmal demonstriert. In Rückenlage wurde ein Gegenstand auf den Bauch gelegt, der sich bei tiefer Atmung in den Bauch heben und senken sollte. Auch mithilfe der Entspannungs-CD „Der kleine blaue Luftballon“ von Fricke und Lehmkuhl (2006) wurde diese Übung verfestigt. Später wurde die Atemübung noch durch eine Imagination ergänzt: „Beim Einatmen bringt mir die Luft Ruhe und Kraft. Beim Ausatmen nimmt sie allen meinen Schmerz mit.“ (Groß u. Warschburger, 2012).

Ein positiver Nebeneffekt: Anfangs brauchte Sandra für diese Übung noch sehr viel Konzentration, welche dann nicht mehr zur Fokussierung auf Schmerzen zur Verfügung stand. Sandra sollte diese Übung anfangs regelmäßig einmal täglich zu Hause durchführen, sie wandte sie aber selbständig auch schon bei auftretenden Bauchproblemen zu Hause erfolgreich an. Sandra berichtete, dass durch die Bauchatmung und die Attribution des Bauchblubbers auf den Verdauungsprozess das Blubbern häufiger wieder verschwand und sie so länger wartete, bis sie Imodium zu sich nahm.

### 6.3 Dysfunktionale Kognitionen erkennen und verändern

Durch die vorangegangenen Interventionen hatte Sandra einen ersten Reattributionsprozess bereits selbständig vollzogen: Die wahrgenommenen Körpersymptome können auch gewöhnliche Verdauungsgeräusche sein. Sie begann stärker

zwischen verschiedenen Empfindungen in der Magengegend zu unterscheiden und bewertete die Intensität der Schmerzen jetzt meist geringer.

Aus Bauchschmerztagebuch und Verhaltensanalysen wurden folgende dysfunktionale und katastrophisierende Kognitionen und Überzeugungen ermittelt: „Ziepen und Blubbern führen zwangsläufig zu Durchfall!“, „Wenn ich nicht rechtzeitig Imodium nehme, kote ich ein!“, „Es ist nur eine Frage der Zeit, bis ich mal in die Hose mache!“ aber auch „Wenn ich nicht gut drauf bin, mögen mich die anderen nicht so!“ „Man sollte negative Gefühle nicht zeigen!“ Typische Eigenarten dysfunktionaler Gedanken wie Übergeneralisierung, Schwarz-Weiß-Denken, selektive Abstraktion etc. wurden anschließend erörtert.

Am Beispiel des Gedankens „Wenn ich nicht rechtzeitig Imodium nehme, kote ich ein!“ soll die Kognitive Umstrukturierung im Folgenden beispielhaft dargestellt werden: Zunächst wurde Sandra gebeten, auf einer Skala von 0 (gar nicht) bis 100 (absolut sicher) einzuschätzen, wie sehr sie davon überzeugt ist, dass dieser Gedanke zutrifft. Sie gab 70 an. Anschließend ergab sich folgender sokratischer Dialog zwischen Therapeutin (Th.) und Sandra (S.): Th.: „Welche Gründe gibt es, die Dich davon überzeugt sein lassen?“ S.: „Ich habe es ja schon fast einmal erlebt, damals im Sommerurlaub.“ Th.: „Aber es ist ja dann nochmal gut gegangen.“ S.: „Ja, aber es hätte genauso gut in die Hose gehen können.“ Th.: „Also, die Tatsache, dass du schon mal fast erlebt hättest, dass du in die Hose machst, führt dazu, dass du es für wahrscheinlich hältst, dass es morgen auch passieren könnte?“ S.: „Na ja, damals hatte ich ja den Infekt, das war schon etwas wahrscheinlicher.“ Th.: „Also, wie wahrscheinlich war es damals und wie wahrscheinlich ist es heute?“ S.: „Damals 99 und heute 50.“ Th.: „Was spricht noch dafür?“ S.: „Mein Reizdarmsyndrom.“ Th.: „Dein Reizdarmsyndrom führt dazu, dass du einkotest?“ S.: „Nein, nicht direkt, aber ich bekomme Durchfall.“ Th.: „Ja, das kann sein, dass du öfter Durchfall hast, und Durchfall führt zum Einkoten?“ S.: „Nein, nicht immer.“ Th.: „Gibt es Beobachtungen, die gegen die Annahme sprechen, dass du einkoten musst, wenn du kein Imodium nimmst?“ S.: „Kann ich nicht sagen, ich nehme ja immer Imodium.“ Th.: „Schon immer?“ S.: „Seit etwa einem halben Jahr.“ Th.: „Und was war in den letzten 1 ½ Jahren davor?“ S.: „etwas ratlos.“ Th.: „Stimmt, ich hab nie in die Hose gemacht. Vielleicht Zufall.“ Th.: „Was spricht vielleicht noch dagegen?“ (...). Nach diesem Dialog wurde Sandra gebeten, alle Argumente für und gegen die Annahme in einer Liste festzuhalten. Anschließend wurde sie noch einmal befragt, wie sehr sie von dem Gedanken „Wenn ich nicht rechtzeitig Imodium nehme, kote ich ein!“ überzeugt ist, wenn sie alle Pros und Contras berücksichtigt. Die Antwort war 30.

Auf dieser Grundlage ließ sich Sandra auf einen „Realitätstest“ ein. Sie hatte die Aufgabe, Imodium die folgende Woche wegzulassen, um zu beobachten, ob ihre Annahme stimmt. Dies klappte nicht sofort, sondern konnte erst nach weiteren Expositionen und Verhaltensübungen zunehmend umgesetzt werden. Ebenso wurde mit der Überzeugung „Wenn ich nicht gut drauf bin, mögen mich die anderen nicht“ verfahren. Hier hatte Sandra die Aufgabe, im Anschluss an die kognitive Umstrukturierung eine

gute Freundin danach zu fragen. Als diese betonte, dass sich eine Freundschaft ja gerade dadurch auszeichnete, dass man gemeinsam auch durch schwere Zeiten gehe, und Sandras Freund sich ebenfalls durch schlechte Stimmung nicht aus der Ruhe bringen ließ, begann Sandra die Allgemeingültigkeit dieser Annahme zu hinterfragen.

Weiterhin wurde Sandra die Methode des Gedankenstopps erklärt, um sich bei Auftreten des Katastrophengedankens nicht weiter „hineinzusteigern“.

#### 6.4 Abbau von Schon- und Vermeidungsverhalten

An dieser Stelle bot es sich an, anhand der Verhaltensanalyse (s. Tab. 2) das Prinzip der negativen Verstärkung zu erläutern: Die Angst, die Sandra durch ihren Katastrophengedanken erzeugt, wird durch sofortige Medikamenteneinnahme und ihr Schonverhalten zunächst einmal schnell reduziert, führt aber langfristig zu chronifiziertem Vermeidungsverhalten. Genauso verhält es sich mit den Arztbesuchen, die kurzfristig Erleichterung verschaffen, langfristig jedoch zur Chronifizierung beitragen können. Um diesen Verstärkungsprozess aufzubrechen, wurde die Technik der Exposition mit Reaktionsverhinderung mit Sandra durchgeführt. Ziel der Übung ist wieder die Erfahrung, dass auch ohne Imodiumeinnahme nicht eingekotet wird.

Eine erste Exposition wurde nach ausführlicher Einführung (vgl. Schneider, 2004) unter therapeutischer Begleitung durchgeführt. Ansonsten wurde von der Patientin ein hohes Maß an Eigeninitiative gefordert, da die meisten Situationen, in denen sie Imodium nahm, nicht vorherzusehen waren und therapeutische Hilfe nicht sofort verfügbar war. Die Mutter fiel als Co-Therapeutin in Sandras Alter aus. Anfangs wurde Sandra angeboten, sich im Rahmen der Sprechzeiten an die Therapeutin wenden zu können, falls sie sich in einer schwierigen Situation befinde.

Für die gemeinsame Exposition wurde eine längere S-Bahnfahrt gewählt, die sie fürchtete, weil keine Toilette im Zug war. Imodium durfte nicht mitgenommen werden. Stärke von Angst (0-10) und Bauchschmerzen (0-7) wurden während der gesamten Fahrt geratet. Es zeigte sich, dass die Bauchschmerzen vor dem Einsteigen am stärksten waren, sodass Sandra 2 Züge wegfahren ließ. In den dritten stieg sie ein. Eine Habituation (Abfall des Angstratings von 10 auf 2) konnte während der knapp einstündigen Fahrt erreicht werden. Bei Auswertung der Angstkurven nach der Exposition wurde deutlich, dass Angst- und Bauchschmerzintensität nahezu parallel verliefen. Bei einem weiten Streckenabschnitt zwischen zwei Haltestellen stieg die Angst wieder etwas an, gleichzeitig traten wieder Bauchschmerzen auf, die kurz zuvor mit 1 angegeben wurden. Sandra wurde erneut deutlich, dass ihre Angst ihre Bauchschmerzen mit beeinflusst.

So erhielt Sandra von Woche zu Woche gezielte Expositions- und Verhaltensübungen. Die Ergebnisse wurden am Anfang der nächsten Therapiestunde ausgewertet, Schwierigkeiten besprochen und in einer Zielerreichungsskala (GAS nach Kiresuk u. Sherman, 1968) festgehalten. Konkrete Aufgaben waren: Imodiumeinnahme reduzieren bzw. Einnahme hinauszögern, Medikamente zu Hause lassen, alle Einladungen,



Verabredungen und Vorhaben durchführen, Vermeidung erkennen, ehrlich zu sich selbst sein! Vorab-Checks von Toiletten sein lassen, auf alle fremden Toiletten gehen, Röcke und farbige Hosen anziehen, keinen Arztwechsel mehr.

Der Verzicht auf Imodium fiel Sandra zunächst sehr schwer, wobei sie relativ schnell die Dosis reduzieren konnte. Es schien mehr darum zu gehen, *dass* sie etwas nimmt, nicht wieviel. Die Tabletten hatten einen sehr starke „Sicherheitsfunktion“, weshalb Sandra auch erst gegen Ende der Therapie einwilligte, die Medikation zu Hause zu lassen, anstatt sie immer bei sich zu führen.

Sandra wurde immer wieder dazu angehalten, sich vor Absage eines Vorhabens zu fragen, ob sie hier vermeide oder es wirklich triftige Gründe für die Absage gibt. Anfangs gab sie nämlich zunehmend Gründe an wie: „Ich wollte mir mal wieder einen Abend ganz für mich alleine gönnen!“ Bei näherer Auswertung erkannte Sandra, dass sie nicht bei der Geburtstagsparty ihrer besten Freundin übernachten wollte, weil es im Falle eines Durchfalls in der Toilette schrecklich gestunken hätte, was ihr sehr peinlich gewesen wäre. Weiterhin wurde deutlich, dass Sandra deswegen zunehmend vermied, generell auf fremde Toiletten zu gehen. Ihre nächste Aufgabe bestand deswegen darin, bewusst auf fremde Toiletten zu gehen und nicht den Nachhauseweg anzutreten, wenn sie merke, dass ein größeres Geschäft naht.

Für die Kleidungswahl wurde zunächst eine „Angsthierarchie“ erstellt. Am schwierigsten war es, eine weiße, enge Hose zu tragen, mit zunehmender Dunkelheit der Farben wurde es dann leichter. In den folgenden Therapiestunden wurde nun immer auf die Farbwahl der Hosen geachtet und irgendwann erschien Sandra stolz mit weißer Hose. Auch Röcke zog sie zunehmend an.

## 6.5 Aufrechterhaltende Bedingungen verändern

Nachdem die stärker symptombezogenen therapeutischen Interventionen umgesetzt waren, die zunächst ja den eigentlichen therapeutischen Auftrag darstellten, konnten weitere aufrechterhaltende Themen in die Therapie eingebracht werden. Die therapeutische Beziehung war mittlerweile so gefestigt, sowie das psychosomatische Störungsmodell angenommen, dass gute Voraussetzungen dafür bestanden.

## 6.6 Ernährung

Unterstützend zu den psychologischen Interventionen wurde eine Ernährungsberatung empfohlen, die Sandra auch in Anspruch nahm. Eine regelmäßige und ballaststoffreiche Ernährung sollten sich positiv auf die Verdauung auswirken. Sandra selbst bemerkte im Laufe der Zeit, dass sie durch die Wahl der Nahrungsmittel die Konsistenz ihres Stuhls beeinflussen konnte. Aus dem Bauchschmerzprotokoll ging hervor, dass sie insbesondere nach fetthaltigem Essen wie z. B. „Pommes mit Mayo“ aber auch nach einem Döner, den sie sehr gerne aß, Verdauungsprobleme bekam. Außerdem aß Sandra relativ unregelmäßig, auch, weil es zu Hause selten gemeinsame Mahlzeiten

gab. Sandra setzte sich selbst als Ziel, nur noch an Wochenenden auf Partys zu Rauchen und kontrollierte dies selbstständig in ihrem Bauchschmerztagebuch.

### 6.7 Gefühle erkennen und ausdrücken können (Alexithymie)

Bereits bei der Bearbeitung des Bauchschmerztagebuchs fiel es Sandra schwer, eigene Gefühle an sich zu erkennen bzw. setzte sie Gefühle mit Schmerzen gleich. Aus der Anamnese der Eltern und bei der Entwicklung dysfunktionaler Grundüberzeugungen mit Sandra wurde weiterhin deutlich, dass die Erwartung bestand, immer fröhlich sein zu müssen. Von den Eltern wurde dies verstärkt („wenn wir unseren kleinen Sonnenschein nicht hätten, ...“).

In einem ersten Schritt wurden mit Sandra psychoedukativ die Grundemotionen Freude, Ärger/Wut, Trauer und Angst unterschieden und deren nonverbale Merkmale anhand der Emotionsgesichter von Ekman und Friesen (1976) erarbeitet. Es fiel Sandra relativ leicht, anhand der Fotos das Gefühl der jeweiligen Person zu erraten. Schwieriger wurde es für Sandra, bei sich selbst die Gefühle zu erkennen. Sandra wurde gebeten, sich zu überlegen, wann sie vergangene Woche ärgerlich, traurig oder ängstlich war. Dies gelang ihr nur für das Gefühl Freude. Des weiteren wurden körperliche Korrelate der Grundemotionen in ein Körperschema eingemalt. Als körperliche Ärgersymptome malte Sandra ein „Grummeln“ in der Bauchgegend, ebenso wie bei Angstsymptomen. Einen Unterschied zwischen den beiden Bauchgefühlen verneinte sie. Um eine bessere Differenzierungsfähigkeit zu erreichen, sollte Sandra die darauffolgende Woche ihre Gefühle genau beobachten, die Situation vermerken, in der das Gefühl auftritt und ihre körperlichen Reaktionen beschreiben. Sandra brachte gleich mehrere Situationen mit, in denen sie sich geärgert hatte, versuchte dies jedoch gleich wieder herabzuspielen mit „das geht ja wahrscheinlich jedem so im Alltag!“. Alle Ärgersituationen hatten mit den häuslichen Abläufen zu tun. Es wurde deutlich, dass Sandra viele Haushaltsaufgaben auszuführen hatte, da die Mutter arbeitete und der Vater diese Aufgaben an Sandra weiter delegierte, obwohl er dazu Zeit hätte. Im Laufe weiterer Gespräche wurde deutlich, dass Sandra doch sehr viel Wut gegenüber ihrem arbeitslosen Vater entwickelte, der nach ihren Angaben bis mittags im Bett lag und nichts tat und sie selbst noch ihre Hausaufgaben erledigen muss. Dies führte auch zu Streit mit ihrer Mutter, vor der sie sich darüber beklagte, die aber auf „Papas Seite“ zu sein schien. Diese und weitere Emotionen wurden in der Stunde grundsätzlich validiert, die Botschaft lautete: Es ist berechtigt, sich zu ärgern oder wütend zu sein. An dieser Stelle wurde ein Elterngespräch initiiert, zu dem wieder nur die Mutter erschien.

### 6.8 Familiäre Belastungen und Konflikte ansprechen und lösen

Die Mutter berichtete diesmal gleich zu Beginn, dass sie froh sei, dass ihre Tochter die Therapie mache, ihr gehe es wirklich viel besser. Allerdings gebe es in letzter Zeit vermehrt Streit zu Hause. Sandra schien von sich aus ihrem Ärger, den sie nun

entdeckt hatte, Luft gemacht zu haben. Auf die Konflikte mit ihrer Tochter angesprochen berichtete die Mutter ebenfalls von den Haushaltspflichten. Anschließend begann sie von ihren eigenen Sorgen zu sprechen: Die Arbeitslosigkeit ihres Mannes belaste die Ehe sehr, eigentlich würde sie sich trennen, wenn Sandra nicht wäre, außerdem mache ihr ältester Sohn ihr fortwährend Sorgen, sie vermute, er sei auf die „schiefe Bahn“ geraten. Sie selbst arbeite viel und bilde sich am Wochenende weiter. Sie fühle sich schlecht, weil Sandra so viel auf sich gestellt sei, vielleicht habe das ja auch etwas mit Sandras Bauchschmerzen zu tun.

Die Mutter wurde darin bestärkt, Sandra darin zu unterstützen, Konflikte ansprechen zu können und ihr bei der Lösung zu helfen. Der Vorschlag, eine feste Verteilung der Haushaltspflichten zu etablieren, kam von der Mutter selbst. Es wurden weitere Elterngespräche vereinbart, um mit der Mutter Möglichkeiten zu eruieren, was sie tun kann und möchte, um die angesprochenen Probleme anzugehen. Die Mutter entschied sich nach einiger Zeit, ihren Sohn finanziell nicht mehr zu unterstützen und damit sein „Straßenleben“ zu finanzieren. Dies führte dazu, dass ihr Sohn mit einer Alkoholintoxikation in einer psychiatrischen Klinik landete, ein Abhängigkeitsproblem attestiert wurde und er nach einer Entwöhnungsbehandlung ebenfalls eine längere Psychotherapie in Angriff nehmen wollte. Die Mutter berichtete von einer großen Erleichterung, da sie schon lange vermutet hatte, dass ihr Sohn ein Alkoholproblem habe, dies aber irgendwie „verdrängt“ habe. Nun sei er „in guten Händen“. Auch Sandra fühlte zunehmend Verantwortung von sich genommen, da sie die einzige war, die noch gelegentlich Kontakt zu ihrem Bruder unterhielt und sich hilflos gefühlt hatte. Eine Eheberatung wollte die Mutter zunächst nicht aufsuchen. Sie habe sich nach vielen Jahren des „Schweigens“ mit ihrem Mann ausgesprochen. Sie hätten beschlossen, es noch einmal miteinander zu versuchen. Von einer Psychotherapie wolle ihr Mann allerdings nichts wissen. Sandra berichtete in der Folgezeit von zunehmenden Veränderungen in ihrer Familie: Ihr Vater stehe jetzt morgens auf, kaufe sogar alleine, ohne sie, ein und verabrede sich auch häufiger mit einem Freund, mit dem er ein neues „Projekt“ plane. Zudem koche er jetzt gelegentlich für gemeinsame Mahlzeiten.

Mit Sandra wurde in Rollenspielen gezielt geübt und ausprobiert, wie sie Konflikte mit ihrem Vater und ihrer Mutter ansprechen kann. Auch Elemente eines Kommunikationstrainings wurden integriert.

## 6.9 Negatives Modellverhalten der Mutter verändern

Nachdem Sandras Mutter selbst Vertrauen gefasst hatte, wurde auch ihre Migräne und ein möglicher Zusammenhang mit Sandras Bauchschmerzsymptomatik thematisiert. Im Gegensatz zur anfänglichen abwehrenden Haltung räumte die Mutter nun ein, dass sie wahrscheinlich viel dazu beigetragen habe, Sandras Bauchschmerzen aufrecht zu erhalten. Sie habe ja den Artikel ausführlich durchgelesen und einiges verstanden. Schon als kleines Kind habe Sandra ihre Mutter bei Migräneattacken gesehen, sei dann immer besonders „lieb“ gewesen und habe ihrer Mutter Tee ans

Bett gebracht. Insofern habe es sicherlich ein gewisses Modellverhalten gegeben. Allerdings habe sie in den letzten Jahren keine Zeit mehr gehabt, sich mit ihrer Migräne zu beschäftigen, da ja die Bauchschmerzen ihrer Tochter im Mittelpunkt standen. Es könne auch sein, dass sie dadurch ihre eigenen Probleme, insbesondere die mit ihrem Mann habe verdrängen wollen. Außerdem habe sie an ihrer Tochter bemerkt, wie diese gelernt habe, viel besser mit den Bauchschmerzen umzugehen, wenn sie denn überhaupt noch welche hätte. Ihre Tochter habe ihr sogar geraten, mit ihrer Migräne auch zu einem Psychotherapeuten zu gehen. Sie habe tatsächlich überlegt, sich eine Auszeit in einer psychosomatischen Klinik zu gönnen, um nach allem, was geschehen sei, wieder etwas zu sich zu kommen.

#### 6.10 Sekundärer Krankheitsgewinn und Funktionalität der Bauchschmerzen

Erst später im Therapieverlauf wurden mit Sandra potenziell positive Aspekte der Bauchschmerzen erarbeitet. Auch hier hätte ein zu früher Zeitpunkt zu Misstrauen gegenüber Therapie und Therapeut führen können und einem Gefühl, mit den Schmerzen nicht ernst genommen zu werden. Bereits die kontinuierlichen Verhaltensanalysen ergaben viele Hinweise für positive Verstärker. Sandra erhielt durch ihre Bauchschmerzen viel Zuwendung durch Mutter, Freund oder Freundinnen. Des Weiteren vermied sie durch die Bauchschmerzen auch unangenehme Aufgaben. Es war leichter, ihrem Vater Bauchschmerzen als Grund dafür zu nennen, dass sie nicht mit einkaufen gehen könne, als sich offen mit ihm auseinanderzusetzen. Auch in der Schule wurden die Anforderungen angezogen. Mit Sandra konnte erarbeitet werden, dass sie sich durch die Bauchschmerzen den Anforderungen entzieht, was irgendwann zu wirklichen Wissenslücken führen kann. Als weitere Funktion nannte Sandra selbst: „Die Bauchschmerzen waren mein Sprachrohr, um meine Wut auszudrücken.“ Schmerzen zu haben war in der Familie legitim, Emotionen und Konflikte zu zeigen dagegen weniger.

### 7 Therapieverlauf und Zielerreichung

Verschiedene Änderungen im Therapieverlauf konnten mittels Kopfschmerztagebuch und Zielerreichungsskala objektiviert werden: Abbildung 3 (folgende Seite) veranschaulicht exemplarisch den Rückgang der Symptomatik anhand der Parameter Imodiumaufnahme und Anzahl der Bauchschmerztage pro Woche.

Bereits in den ersten sechs Behandlungswochen konnte eine deutliche Reduktion der Bauchschmerzen und Imodiumaufnahme erreicht werden. Es ist anzunehmen, dass bereits die ersten psychoedukativen Maßnahmen und die Anerkennung der körperlichen Symptomatik zu diesen Verhaltensänderungen geführt haben. Der Anstieg in der 10. Woche erklärt sich durch eine einmalige erneute Magen-Darm-Infektion mit Durchfall. Nach etwa fünf Monaten war keine Imodiumaufnahme mehr zu verzeichnen, auch wenn Sandra weiterhin noch gelegentliche Bauchschmerzen angab.

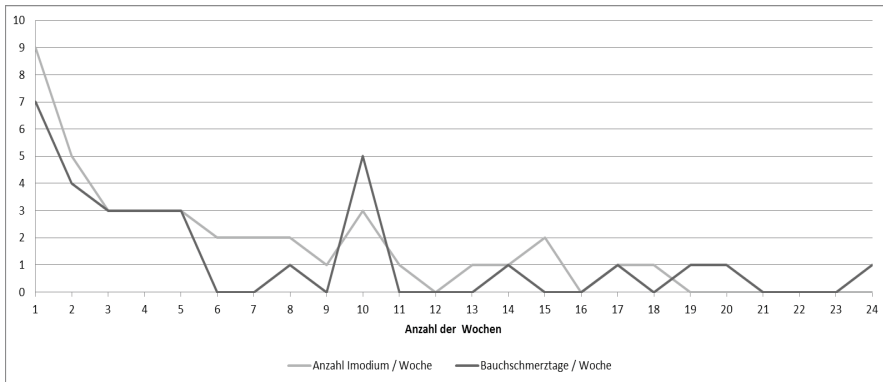


Abbildung 3: Anzahl der Bauchschmerztage und Imodiumaufnahme im Therapieverlauf

Sandra hat zu Therapieende gelernt, ihre Bauchschmerzen zu akzeptieren und ihr Sicherheitsverhalten abzulegen. Dies bestätigten auch die Ergebnisse des Gießener Beschwerdefragebogens, der in der Posttestung unauffällig ausfiel. Magensensationen wie „blubbern“ machten Sandra keine Angst mehr, sie vermied keine Aktivitäten, Toiletten und farbige Kleidung mehr. Das „Doctor-Shopping“ blieb aus und wurde auch von der Mutter nicht mehr initiiert. Die Familie berichtete in einem Abschlussgespräch von einem offeneren Familienklima. Sowohl Sandra als auch beide Eltern zeigten sich sehr zufrieden mit den Veränderungen, die auch bei einem Katamnesetermin ein halbes Jahr später konstant blieben.

## Literatur

- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998a). Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen; deutsche Bearbeitung der Child Behavior Checklist (CBCL/4-18; 2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Arbeitsgruppe Deutsche Child Behavior Checklist (1998b). Fragebogen für Jugendliche; deutsche Bearbeitung der Youth Self Report Form der Child Behavior Checklist (YSR; 2. Aufl.). Köln: Arbeitsgruppe Kinder-, Jugend- und Familiendiagnostik (KJFD).
- Barkmann, C., Brähler, E. (2009). Gießener Beschwerdebogen für Kinder und Jugendliche (GBB; 2., vollst. überarb. und neu normierte Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Barsky, A. J., Wyshak, G. L. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, 157, 404-409.
- Campo, J. V., Bridge, J., Lucas, A., Savorelli, S., Walker, L., Di Lorenzo, C., Iyengar, S., Brent, D. A. (2007). Physical and emotional health of mothers of youth with functional abdominal pain. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, 131-137.
- Ekman, P., Friesen, W. V. (1976). *Pictures of Facial Affect (POFA)*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.

- Esser, G. (2006a). Mannheimer Elternfragebogen für 14-16jährige (MEF). In BVKJ (Hrsg.), Gesundheitscheckheft des BVKJ. Köln: BVKJ.
- Esser, G. (2006b). Mannheimer Jugendlichenfragebogen (MJF) für 12-16jährige zur J2. In BVKJ (Hrsg.), Gesundheitscheckheft des BVKJ. Köln: BVKJ.
- Fahrenberg, J., Hampel, R., Selg, H. (2010). Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI-R; 8., Erw. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Fricke, L., Lehmkuhl, G. (2006). Entspannungsübungen bei Schlafstörungen für Kinder und Jugendliche. Göttingen: Hogrefe.
- Groß, M., Warschburger, P. (2012). Chronische Bauchschmerzen im Kindesalter. Das „Stopp den Schmerz mit Happy-Pingu“-Programm. Göttingen: Hogrefe.
- Hauzinger, M., Keller, F., Kühner, C. (2006). Beck Depressions Inventar (BDI-II), Revision. Frankfurt: Harcourt Test Services GmbH.
- Hiller, W., Zaudig, M., Mombour, W. (1995). Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 (IDCL). Bern: Hans Huber.
- Kanfer, F. H., Saslow, K. (1965). Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 529-538.
- Kiresuk, T. J., Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: a general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-53.
- Noeker, M. (2008). Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. In F. Petermann (Hrsg.), *Klinische Kinderpsychologie*, Bd.11. Göttingen: Hogrefe.
- Remschmidt, H., Schmidt, M., Poustka (2006). Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO (5., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Rief, W., Heuser, J. (2000). Somatoforme Störungen. In W. Senf, M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch: Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie* (S. 515-523; 2., neu bearb. und erw. Aufl.) Stuttgart: Thieme.
- Rief, W., Hiller, W. (1998). Somatisierungsstörung und Hypochondrie. In D. Schulte, K. Grawe, K. Hahlweg, D. Vaitl (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapie, Manuale für die Praxis*, Bd.1. Göttingen: Hogrefe.
- Schneider, S. (2004). Spezifische Phobien. In S. Schneider (Hrsg.), *Angststörungen bei Kindern und Jugendlichen. Grundlagen und Behandlung*. Heidelberg: Springer.
- Weiß, R. H. (2008). Grundintelligenztest Skala 2-Revision (CFT20-R). Göttingen: Hogrefe.

**Korrespondenzanschrift:** Stefanie Besson, Akademie für Psychotherapie- und Interventionsforschung an der Universität Potsdam (API), Friedrich-Ebert-Str. 112, 14467 Potsdam; E-Mail: stefanie.besson@api-potsdam.de