



ModuS • Fit für ein besonderes Leben

Modulares Schulungsprogramm für chronisch kranke Kinder und Jugendliche sowie deren Eltern

FunBauch – Schulung für chronisch funktionelle Bauchschmerzen

*Meinolf Noeker, Martin Claßen, Martina Faiß,
Christian Steuber*





Dipl.-Psych. Priv.-Doz. Dr. Meinolf Noeker
Landschaftsverband Westfalen-Lippe-Abteilung
für Krankenhäuser und Gesundheitswesen
Landschaftsverband Westfalen-Lippe
Hörsterplatz 2
48147 Münster

Dr. Martin Claßen
Kindergastroenterologe
Chefarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum links der Weser
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen

Dipl.-Psych. Martina Faiß
Neuropsychologin
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum links der Weser
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen

Dr. Christian Steuber
Kinder- und Jugendarzt
Kindergastroenterologie, Psychotherapie
Oberarzt für Pädiatrische Psychosomatik
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Klinikum Links der Weser
Senator-Weßling-Str. 1
28277 Bremen

Kompetenznetz Patientenschulung e.V.
KomPaS
Sitz:
Kinderhospital Osnabrück
Am Schölerberg
Iburger Str. 187
49082 Osnabrück

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

Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

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

Wichtiger Hinweis: Medizin als Wissenschaft ist ständig im Fluss. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Kenntnis, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Werk eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass Autoren, Herausgeber und Verlag größte Mühe darauf verwendet haben, dass diese Angaben genau dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes entsprechen. Dennoch ist jeder Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel der verwendeten Präparate zu prüfen, um in eigener Verantwortung festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in diesem Buch abweicht. Das gilt besonders bei selten verwendeten oder neu auf den Markt gebrachten Präparaten und bei denjenigen, die vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in ihrer Anwendbarkeit eingeschränkt worden sind. Benutzer außerhalb der Bundesrepublik Deutschland müssen sich nach den Vorschriften der für sie zuständigen Behörde richten.

© 2014 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich
Konvertierung: Armin Vahrenhorst

ISBN 978-3-89967-904-5



Vorwort	7
----------------------	---

Modul II für Eltern: Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose des funktionellen Bauchschmerzes	8
--	---

2.1 Die Eltern können ihre bisherigen Vorstellungen und Annahmen zur Natur, den Ursachen, dem weiteren Verlauf, der Prognose, den Konsequenzen und ihrer Einflussmöglichkeiten auf den BS formulieren	11
2.2 Die Eltern verstehen, dass funktionelle BS das Ergebnis eines Zusammenwirkens von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren sind, die sich wechselseitig bedingen und zur Chronifizierung beitragen.....	13
2.3 Die Eltern können das biopsychosoziale Störungsmodell auf konkrete BS-Episoden ihres Kindes anwenden	16
2.4 Die Eltern können die Diagnose des funktionellen BS bei ihrem Kind mit ihren eigenen Worten, inhaltlich korrekt formulieren	17

Modul III für Eltern und Kinder gemeinsam: Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall	20
--	----

3.1 Eltern und Kinder können die für ihre BS-Episoden relevanten Stressauslöser nennen	22
3.2 Eltern und Kinder können das Problemlösetraining auf ihre Stressoren anwenden	23
3.3 Eltern und Kinder können auftretenden BS-Episoden auch eine positive Bedeutung zuschreiben	24
3.4 Eltern und Kinder reflektieren, ob in der Schule aversive Bedingungen vorliegen, die ein Vermeiden des Schulbesuchs begünstigen	25
3.5 Eltern und Kinder können ihren gemeinsamen Plan zur Wiederaufnahme eines stetigen Schulbesuchs beschreiben (fakultativ für den Fall, dass eine exzessive Schulvermeidung / Schulabsentismus vorliegt)	26
3.6 Eltern und Kinder wissen, wie sie mögliche ernährungsbezogene Auslöser von BS-Episoden meiden (fakultativ)	28

Modul IV für Eltern: Kompetenzen für die Regulation der Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise: Notfallvermeidung und Notfallmanagement	29
---	----

4.1 Die Eltern können die funktionelle Analyse bei einer BS-Episode anwenden	33
4.2 Die Eltern verstehen, dass ein erneutes Vorstellen beim Kinderarzt bei BS-Episoden wenig hilfreich ist	36
4.3 Die Eltern können mit Hilfe spezifischer Beschwerden eine BS-Episode sicher als solche identifizieren und von Symptomen anderer Erkrankungen abgrenzen (Symptombewertung und –interpretation)	37
4.4 Die Eltern können die eigenen und die psychosozialen Belastungen und Einschränkungen ihres Kindes in Folge eines BS benennen	39



4.5	Die Eltern verstehen, dass das Leiden am BS positiv beeinflusst werden kann (z.B. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene und medikamentöse Bewältigungsstrategien), unabhängig davon, wie stark organische oder psychische Ursachen für den BS	40
4.6	Die Eltern und Kinder können mehrere hilfreiche physiotherapeutische Maßnahmen und Anwendung von Hausmitteln nennen	42
4.7	Die Eltern und Kinder wissen, dass die Wirkung von Medikamenten bei BS sehr begrenzt ist	43
4.8.1	Die Eltern und Kinder können kognitive Techniken zur Schmerzbewältigung anwenden	44
4.8.2	Die Eltern und Kinder finden mit Hilfe der Zwei-Spalten-Technik mindestens drei hilfreiche, positive Sätze, die sie bei BS-Episoden einsetzen können.....	45
4.8.3	Die Eltern und Kinder können mindestens zwei hilfreiche, positive Universalsätze nennen, die sie bei allen BS-Episoden einsetzen können	47
4.8.4	Die Eltern und Kinder können hilfreiche Adjektive zur Beschreibung des Schmerzes nennen	48
4.8.5	Die Eltern und Kinder akzeptieren, dass keine Methode zur Verfügung steht, die den BS komplett abschaltet	50
4.9	Die Eltern können sinnvolle Reaktionen auf Schmerzäußerungen des Kindes nennen	51
4.10	Die Eltern und Kinder können beschreiben, wie sie sich bei zukünftigen BS-Episoden verhalten wollen	52
4.11	Die Eltern und Kinder können erklären, warum nach jeder BS-Episode eine „Manöverkritik“ sinnvoll ist	53

Modul II für Kinder:

Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose des funktionellen Bauchschmerzes

54

2.1	Die Kinder können entwicklungsgerecht ihre bisherigen Vorstellungen zur Natur, den Ursachen, dem weiteren Verlauf, der Prognose, den Konsequenzen und ihrer Einflussmöglichkeiten auf den BS formulieren	56
2.2	Die Kinder wissen, dass ihr BS das Ergebnis eines Zusammenwirkens von körperlichen, seelischen und mitmenschlichen/sozialen Faktoren ist, die sich wechselseitig bedingen	58

Modul III für Eltern und Kinder gemeinsam:

Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall

60

3.1	Eltern und Kinder können die für ihre BS-Episoden relevanten Stressauslöser nennen	62
3.2	Eltern und Kinder können das Problemlösetraining auf ihre Stressoren anwenden	63
3.3	Eltern und Kinder können auftretenden BS-Episoden auch eine positive Bedeutung zuschreiben	64
3.4	Eltern und Kinder reflektieren, ob in der Schule aversive Bedingungen vorliegen, die ein Vermeiden des Schulbesuchs begünstigen	65
3.5	Eltern und Kinder können ihren gemeinsamen Plan zur Wiederaufnahme eines stetigen Schulbesuchs beschreiben (fakultativ für den Fall, dass eine exzessive Schulvermeidung / Schulabsentismus vorliegt)	66



3.6	Eltern und Kinder wissen, wie sie mögliche ernährungsbezogene Auslöser von BS-Episoden meiden (fakultativ)	68
-----	--	----

Modul IV für Kinder:

	Kompetenzen für die Regulation der Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise: Notfallvermeidung und Notfallmanagement	69
--	--	-----------

4.1	Die Kinder lernen, altersgerecht eine funktionelle Analyse bei einer BS-Episode anzuwenden	72
4.2	Die Kinder verstehen, dass sie aus eigener Kraft und mit Unterstützung der Familie die BS bewältigen müssen	76
4.3	Die Kinder können mit verschiedenen Methoden die Intensität ihrer Schmerzen einschätzen	77
4.4	Die Kinder können ihre typischen BS-Symptome von untypischen, neu hinzutretenden Symptomen abgrenzen	79
4.5	Die Kinder können ihre psychosozialen Belastungen und Einschränkungen in Folge eines BS differenziert benennen	80
4.6	Die Kinder können verschiedene Möglichkeiten nennen, wie sie das Leiden am BS positiv beeinflussen können (z.B. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene und medikamentöse Bewältigungsstrategien)	82
4.7	Die Kinder können verschiedene Ablenkungsstrategien anwenden	83
4.8	Die Kinder können verschiedene Entspannungstechniken anwenden	85
4.9	Die Eltern und Kinder können mehrere hilfreiche physiotherapeutische Maßnahmen und Anwendung von Hausmitteln nennen	88
4.10	Die Eltern und Kinder wissen, dass die Wirkung von Medikamenten bei BS sehr begrenzt ist	89
4.11.1	Die Eltern und Kinder können kognitive Techniken zur Schmerzbewältigung anwenden	90
4.11.2	Die Eltern und Kinder finden mit Hilfe der Zwei-Spalten-Technik mindestens drei hilfreiche, positive Sätze, die sie bei BS-Episoden einsetzen können	91
4.11.3	Die Eltern und Kinder können mindestens zwei hilfreiche, positive Universalsätze nennen, die sie bei allen BS-Episoden einsetzen können	93
4.11.4	Die Eltern und Kinder können hilfreiche Adjektive zur Beschreibung des Schmerzes nennen	95
4.11.5	Die Eltern und Kinder akzeptieren, dass keine Methode zur Verfügung steht, die den BS komplett abschaltet	97
4.12	Die Kinder können Reaktionen nennen, die sie sich von ihrer Eltern auf ihre Schmerzäußerungen hin wünschen	98
4.13	Die Eltern und Kinder können beschreiben, wie sie sich bei zukünftigen BS-Episoden verhalten wollen	99
4.14	Die Eltern und Kinder können erklären, warum nach jeder BS-Episode eine „Manöverkritik“ sinnvoll ist	100

	Literatur	101
--	------------------------	------------

Indikationsspezifisches Qualitätsmanagement für

	Chronisch funktionelle Bauchschmerzen	102
--	--	------------





Vorwort

Wiederkehrende Bauchschmerzen treten nach den KiGGS-Daten bei über 30% der Kinder und Jugendlichen in Deutschland auf und führen in vielen Fällen zur Inanspruchnahme des medizinischen Systems. Kennzeichnend für den Umgang mit der Symptomatik war lange Zeit ein Missverhältnis zwischen medizintechnischer Überdiagnostik und psychosomatischer Unterbehandlung. Seit einigen Jahren steht die Problematik im Fokus einer verstärkten Zusammenarbeit von Pädiatrie, Kindergastroenterologie, Pädiatrischer Psychosomatik, Klinischer Psychologie und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die pädiatrisch-gastroenterologischen Rom-Kriterien funktioneller Abdominalbeschwerden von 2006 stellen dabei einen Meilenstein in der Klassifikation dar: Die funktionellen Bauchschmerzen als diagnostische Entität waren damit quasi medizinisch anerkannt und nicht länger nur eine Restkategorie nach negativer und meist umfangreicher Ausschlussdiagnostik. Ein wesentlicher konzeptueller Bestandteil war dabei die Bezugnahme auf ein biopsychosoziales Störungsverständnis.

Mit der Patientenschulung bei funktionellen Bauchschmerzen kann eine auf diesem Konzept basierende (und von vielen Praktikern ersehnte) Lücke in der Betreuung der betroffenen Patienten geschlossen werden: zwischen Beratung und psychosomatischer Grundversorgung einerseits und psychologischer/psychiatrischer Diagnostik und ggf. Therapie andererseits steht eine strukturierte, standardisierte, zeitlich befristete aber dennoch intensive psychosomatische Intervention zur Verfügung.

Die Bauchschmerzschulung ist als präventive und therapeutische, aber auch diagnostische Maßnahme anzusehen. Nach unseren Erfahrungen kann durch die Erarbeitung von Strategien zur Beeinflussung der Schmerzsymptomatik sowie von Bewältigungsstrategien die Selbstwirksamkeit der betroffenen Familien gestärkt und häufig die Symptomatik verbessert werden – bis hin zu einer deutlich messbaren Reduktion von Schulfehltagen der Patienten und krankheitsbedingten Fehltagen der Eltern. Die Vermittlung eines biopsychosozialen Entstehungsmodells wird von den Eltern als entlastend wahrgenommen und trägt zur Vermeidung von technischen und zuweilen invasiven, belastenden und auch kostspieligen Untersuchungen bei. Gelegentlich gibt die Bauchschmerzschulung darüber hinaus den Anstoß zu einer notwendigen psychologischen oder psychiatrischen Weiterbetreuung, wenn etwa die Symptomatik Ausdruck einer tieferliegenden kinder- und jugendpsychiatrischen Störung ist oder relevante Komorbiditäten wie Ängste oder depressive Symptome offenkundig werden. Die Schulung erleichtert nämlich einerseits manchen betroffenen Eltern, sich einem solchen Weg zu öffnen, andererseits erlaubt sie dem Schulungsteam eine intensive Verhaltens- und Interaktionsbeobachtung in einem ungezwungenen Setting. Dies setzt voraus, dass das Schulungsteam entsprechend qualifiziert sein muss.

Das vorliegende Schulungskonzept ist das Ergebnis einer Synthese von Konzepten der klinischen Psychologie und der pädiatrischen Gastroenterologie und langjähriger praktischer Schulungsexpertise des Teams am Klinikum Links der Weser in Bremen. Weiterentwicklungen und die Zusammenführung mit anderen Schulungskonzepten, die sich auf den funktionellen Bauchschmerz beziehen, sind gewünscht und sinnvoll.

Bremen und Münster, Oktober 2013

Meinolf Noeker, Martin Claßen, Martina Faiß, Christian Steuber



Modul II für Eltern: Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose des funktionellen Bauchschmerzes

Autor:	PD Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych., Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn
Thema der U-Einheit:	Biopsychosoziales Störungsmodell zu Entstehung und Verlauf von funktionellen Bauchschmerzen
Form:	Gruppengespräch in der Elternrunde
Dauer:	ca. 4 UE (Elterngruppe)
Zielgruppe:	Eltern von Kindern mit funktionellem Bauchschmerz
Leitung:	Arzt, Psychologe oder sonstige erfahrene Fachkraft
Material:	Flipchart, Fragebögen, Kinderbücher zur Anatomie und Funktion des Magen-Darm-Trakts

Allgemeine Ziele

1. Die Eltern klären ihr subjektives Krankheits- und Behandlungskonzept

Die Eltern lernen zunächst ihr subjektives Störungskonzept zu Entstehung und Verlauf des Bauchschmerzes (BS) sowie zu einer angemessenen Behandlung in Worte zu fassen.

2. Die Eltern lernen ein biopsychosoziales Störungskonzept

Die Eltern entwickeln ein Störungsverständnis zum funktionellen Bauchschmerz, das dem Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren gerecht wird. Das von den Trainern vorgestellte biopsychosoziale Störungskonzept stellt im Wesentlichen eine patientenorientierte, didaktisch aufbereitete Fassung des wissenschaftlich etablierten Konzeptes zur peripheren (abdominellen) und zentralen (ZNS) Hypersensitivität (Überempfindlichkeit) der Schmerzverarbeitung dar.

Mit Hilfe dieses biopsychosozialen Störungskonzepts lernen die Eltern, ihre Alltagserfahrungen mit BS-Episoden konsistent und sinnvoll einzuordnen. Sie überwinden vorherige Konzepte, die entweder vereinfachend von einer rein somatischen Genese oder aber von einer rein psychischen



Genese des Bauchschmerzes ausgehen. Der Erwerb dieses Störungskonzeptes ist eine unverzichtbare Voraussetzung, um im weiteren Verlauf der Schulung einen angemessenen und in der Familie abgestimmten Umgang mit dem BS zu erzielen. Dies gilt besonders für Familien, die vor der Schulung ein hypochondrisch akzentuiertes Störungskonzept aufweisen.

Die Moderation des Austauschs zum Störungskonzept durch die Trainer folgt didaktisch den relevanten Dimensionen des Störungskonzeptes.

Besonderheiten, Hinweise

Es ist wichtig, die Konzepte der Teilnehmer und das Störungskonzept der Trainer so lange wechselseitig aufeinander zu beziehen, bis ein Konsens erzielt ist.

Kernaspekte des Störungskonzeptes bedürfen einer gezielten Wiederholung innerhalb dieses Moduls sowie Anknüpfungen in anderen Modulen, um die Lernziele dauerhaft zu erreichen.

Die Dauer dieses Moduls ist stark davon beeinflusst, welches Störungsmodell die Eltern mitbringen. Ist bereits im Rahmen der Vordiagnostik explizit das biopsychosoziale Modell eingeführt worden, kann in deutlich kürzerer Zeit ein Konsens erzielt werden.

Genderaspekte sind nachrangig, da der BS beide Geschlechter in weitgehend analoger Weise betrifft.



Übersicht über die Lernziele

- 2.1 Die Eltern können ihre bisherigen Vorstellungen und Annahmen zur Natur, den Ursachen, dem weiteren Verlauf und der Prognose, den Konsequenzen und ihrer Einflussmöglichkeiten auf den BS formulieren
- 2.2 Die Eltern verstehen, dass funktionelle BS das Ergebnis eines Zusammenwirkens von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren sind, die sich wechselseitig bedingen und zur Chronifizierung beitragen
- 2.3 Die Eltern können das biopsychosoziale Störungsmodell auf konkrete BS-Episoden ihres Kindes anwenden
- 2.4 Die Eltern können die Diagnose des funktionellen BS bei ihrem Kind mit ihren eigenen Worten, inhaltlich korrekt formulieren



Lernziel

2.1 Die Eltern können ihre bisherigen Vorstellungen und Annahmen zur Natur, den Ursachen, dem weiteren Verlauf, der Prognose, den Konsequenzen und ihrer Einflussmöglichkeiten auf den BS formulieren

Begründung

Erst wenn die Eltern ihre subjektiven Vorannahmen benannt haben, können die später in der Schulung vorgestellten biopsychosozialen Störungskonzepte so angeeignet werden, dass sie nicht in Gegensatz zu den persönlichen Konzepten der Eltern geraten. Die Kenntnis und Diskussion der subjektiven Konzepte ist Voraussetzung für eine Auflösung möglicher Widersprüche zum „professionellen“ Störungskonzept. So werden subjektives und das in der Schulung vertretene Störungskonzept „anschlussfähig“.

Inhalte

- Individuelle Einschätzungen der Natur, Ursachen, Verlauf, Prognose, Folgen und eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Austausch in der Elterngruppe zu den bisherigen subjektiven Störungskonzepten: Jeder Elternteil berichtet in der Runde seine persönliche „Theorie“ zum BS. Die Tabelle 2.1.a führt exemplarische Leitfragen auf, mit denen der Trainer den Erfahrungsaustausch unter den Eltern anregen kann. Das Ausfüllen des kurzen Fragebogens in Tabelle 2.1.b sensibilisiert für die individuell erlebten Einschränkungen. Vor dem Erfahrungsaustausch können die Eltern gebeten werden, in Einzelreflexion das Instrument auszufüllen.

Anmerkungen

Falls bei einzelnen Eltern hypochondrische Befürchtungen hinsichtlich der Ursachen des BS erkennbar werden, sollten diese vorsichtig und respektvoll im weiteren Erfahrungsaustausch geklärt werden. Die Eltern lernen, die Entstehung dieser übersteigerten, hypochondrischen Befürchtungen aus ihrer Biographie/ Lerngeschichte heraus zu verstehen, emotional anzunehmen und bei neuen BS-Episoden kritisch zu hinterfragen und sich so in ihrem Handeln nicht von diesen Befürchtungen steuern zu lassen. Unterstützt durch die Trainer gehen die Eltern folgenden Fragen und Themen nach:

- Liegen ggf. individuelle biographische Erfahrungen mit leidvoll erlebten, umschriebenen Erkrankungen in Familie und Bekanntenkreis vor, die die Eltern sensibilisiert haben, „sicherheitshalber immer erst einmal „vom Schlimmsten auszugehen“, um für bedrohliche Entwicklungsverläufe gewappnet und vorbereitet zu sein?
- Ein offenes Ansprechen der Mutmaßungen, welche Erkrankungen die Eltern als Ursache für die Symptome ihres Kindes befürchten, erlaubt im nächsten Schritt eine gezielte Klärung und Überprüfung dieser elterlichen Annahmen.
- Bei ausgeprägter Tumorangst wirkt in vielen Fällen eine gemeinsame Bewertung des bisherigen Störungsverlaufs überzeugender und nachhaltig beruhigender als z.B. die nur kurzfristige Entlastung einer erneuten Bildgebung mit negativem Ergebnis. Ein seit mehreren Jahren chronisch-episodisch verlaufender, nicht fortschreitender Bauchschmerz ist auch im Laienverständnis nicht mit einer latenten Tumorerkrankung vereinbar.



- Eltern mit einem streng somatisch „fixierten“ Störungskonzept können ggf. einer Patientenschulung latent skeptisch gegenüber stehen. Sie befürchten möglicherweise, dass eine Fokussierung der Schulung auf eine verbesserte Bewältigung eine schleichende Verschlimmerung einer vermeintlich bedrohlichen Grunderkrankung maskieren könnte. Sie sorgen sich, dass sich im Verlauf der Schulung die Diagnosestellung und Einleitung einer eigentlich indizierten „kausalen“ internistischen Therapie verzögern könnte. Gerade für diese Eltern ist eine Klärung des Störungskonzeptes eine unverzichtbare Voraussetzung. Ggf. können im Vorgespräch entsprechende Befürchtungen der Eltern detailliert erfragt und ggf. ausgeräumt werden.
- Der Fokus auf die Sorge um die unklare Genese des BS kann sukzessive zur augenscheinlich benignen Prognose der Symptomatik verschoben werden. Die detaillierten Erfahrungen der Familie mit dem Symptomverlauf sind hier für einen Konsens zum Störungskonzept zu nutzen.

Tabelle 2.1a: Leitfragen für die Moderation des Erfahrungsaustausches zum subjektiven Störungskonzept in der Elternrunde

Dimensionen des subjektiven Störungskonzeptes	Leitfragen für den Erfahrungsaustausch
Natur der Erkrankung	Was glauben Sie: Was für eine Krankheit ist das? Ist das überhaupt eine Krankheit? Oder eher eine „Befindlichkeitsstörung“? Was ist da los? Welchen „Reim“ machen Sie sich darauf?
Ursache	Wo kommt der BS her? Welche Ursachen hat er?
Verlauf	Wie wird sich der BS bei Ihrem Kind wohl weiter entwickeln? Schlimmer werden? Auswachsen? Gleich bleiben?
Konsequenzen	Welche Folgen hat der Bauchschmerz für das Leben Ihres Kindes und der Familie? Welche weiteren Folgen befürchten Sie? Was ist belastender für die Familie: das Leiden am Schmerz selbst oder die Sorgen über eine möglicherweise bedrohliche, unerkannte Ursache?
Kontrollierbarkeit	Welchen Einfluss können die Eltern, das Kind selbst, die Professionellen auf den weiteren Verlauf ausüben? Oder hängt der Verlauf entscheidend vom spontanen Verlauf der Krankheit ab? Wie kann Einfluss genommen werden a) auf die Häufigkeit / Stärke des BS selbst bzw. b) die Beeinträchtigung durch den BS?

Tabelle 2.1b: Fragebogen zu den erlebten Einschränkungen in Folge des funktionellen BS bei Kind und Eltern (skaliert von 1=„gar nicht“ bis 6=„sehr stark“). Der Fragebogen liegt als Parallelversionen in Eltern- und Kindform vor

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



Lernziel

2.2 Die Eltern verstehen, dass funktionelle BS das Ergebnis eines Zusammenwirkens von biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren sind, die sich wechselseitig bedingen und zur Chronifizierung beitragen

Begründung

Die Eltern benötigen ein biopsychosoziales Störungs- und Behandlungskonzept, um für sie überzeugend die unterschiedlichen Ansatzpunkte zur Beeinflussung des BS und der Lebensqualität verstehen und anwenden zu können.

Inhalte

- Bei funktionellen BS gibt es keine alles erklärende Ursache
- Es liegen keine auffälligen/abweichenden somatischen Veränderungen vor, die mit medizinisch-diagnostischen Untersuchungsverfahren (Bildgebung, Labor etc.) nachgewiesen werden können. „Negative“ Untersuchungsbefunde sind ein charakteristisches Merkmal für das Störungsbild und somit ein Beleg für eine korrekte Diagnosestellung. Die Abwesenheit auffälliger Befunde bedeutet nicht, dass die Diagnostik fehlerbehaftet war und ausgeweitet oder wiederholt werden sollte.
- Die Abwesenheit auffälliger Befunde bedeutet bei typischer Symptompräsentation allerdings auch nicht, dass das Kind sich die Symptome „einbildet“ oder sogar „simuliert“. Ebenso bedeutet die Abwesenheit positiver biomedizinischer Befunde nicht, dass damit „eine organische Ursache“ ausgeschlossen sei und es sich vermeintlich um eine rein psychogene Erkrankung handele.

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Die Tabelle 2.2 bietet dem Trainer fachliche Hintergrundinformationen für die didaktische Ausgestaltung entlang den einzelnen Dimensionen des Krankheitskonzeptes bei BS.

Anmerkungen

Jede Bauchschmerzepisode ist das Ergebnis des Zusammenwirkens von mindestens zwei Faktorenbündeln: einer individuell überdauernden Disposition („Veranlagung“) und von variablen Bedingungen, die in jeder konkreten BS-Episode hinzutreten. Ziel ist es, einerseits anzuerkennen, dass es typischerweise kein biomedizinisch auffälliges Untersuchungsergebnis beim funktionellen BS gibt (Abwesenheit von „Krankheit“), andererseits das subjektive Krankheitsgefühl des Kindes (Vorhandensein von „Kranksein“) ernst zu nehmen und zu respektieren ist.

**Tabelle 2.2 Hintergrundinformationen für die didaktische Ausgestaltung bei den spezifischen Dimensionen des Krankheitskonzeptes**

Lfd. Nr.	Dimension des Krankheitskonzeptes	Hinweise für die didaktische Ausgestaltung beim BS
2.1.	Natur der Erkrankung ("Identity")	<ul style="list-style-type: none">• Kernbotschaft: Der BS wird gleichermaßen gesteuert durch ein Zusammenspiel von biologischen, psychischen und sozialen (interaktionellen) Einflussfaktoren. Die Suche nach einer isolierten Ursache wird dem Krankheitsbild nicht gerecht.• Patientengerechter Hinweis auf die internationalen ROME-Kriterien, um zu plausibilisieren, dass das Störungsbild kinderärztlich gut bekannt und definiert ist und daher auch die Symptomatik beim eigenen Kind diesen Diagnosekriterien gut zugeordnet werden kann ("Positive Diagnosestellung"). Dies dient der Beruhigung exzessiver Krankheitsängste.
2.2.	Ursache ("Cause")	<p>Die Entstehung, der Verlauf und die Manifestation einer jeden BS-Episode ergeben sich aus dem Zusammenspiel des Wirkungsanteils dieser Faktoren. Eine biopsychosoziales Verständnis geht von einer (angeborenen und / oder erworbenen) biologischen Veranlagung aus, die durch individuelle Triggerfaktoren ausgelöst und durch günstige / ungünstige Interaktions- und Bewältigungsmuster gemildert oder intensiviert werden kann.</p> <p>Didaktik: Zusammentragen und Auswerten der Erfahrungen der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none">• Kennt die Familie von Familienmitgliedern andere "funktionelle" Erkrankungen, die zur Plausibilisierung eines funktionellen Krankheitsgeschehens als Modell genutzt werden können (z.B. Migräne, Reizdarm, Spannungskopfschmerz, Rückenschmerzen)?• Wie viel Prozent der Symptomatik sind nach Auffassung der Eltern "organisch", wie viel Prozent sind "psychisch"? Wie wirken diese zusammen?• Welche "Katastrophenvorstellung" hat die Familie ggf. bezüglich einer "unentdeckten" organischen Verursachung?• Welche psychischen Prozesse steuern nach Eindruck der Eltern den BS ihres Kindes?• Im Anschluss: Patientengerechtes Erläutern der Entzündungsprozesse und der Darmmotilität (unter Zuhilfenahme z.B. von Kinderbüchern zur Anatomie und Funktion des menschlichen Körpers).
2.3.	Verlauf ("Time line")	<p>Episodischen Verlauf erläutern und damit aufzeigen, dass jede BS-Episode "selbstlimitierend" ist.</p> <p>Didaktik:</p> <ul style="list-style-type: none">• Jedes Elternteil zeichnet eine einfache Kurve des bisherigen Verlaufs (Zunahme, Abnahme des Schweregrades des BS).• Was sagt die i.d.R. nicht progrediente Verlaufsform über die Natur der Erkrankung und damit über mögliche hypochondrische Befürchtungen?• Bei familiärer Prädisposition: Wie hat sich das Störungsbild bei anderen Familienmitgliedern weiter entwickelt? Falls sich das Störungsbild rückentwickelt haben sollte: kann dies als Rückversicherung für eine nicht bedrohliche Genese der Erkrankung genutzt werden?



Lfd. Nr.	Dimension des Krankheitskonzeptes	Hinweise für die didaktische Ausgestaltung beim BS
2.4.	Konsequenzen	<p>Welche gesundheitlichen und psychosozialen Konsequenzen werden wahrgenommen und befürchtet für den Fall, dass der BS weiterhin im Schweregrad stabil bleibt bzw. noch intensiver wird? Auf welche Funktionsbereiche beziehen sich die Sorgen der Eltern:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rückwirkungen auf Lebensplanungen und zentrale Bedürfnisse des Kindes • seelische Stabilität des Kindes bis hin zum Risiko psychischer Störung • soziale Integration des Kindes, Wahrnehmung von Hobbys, Freizeitmöglichkeiten • Schulfehlzeiten, Schulleistungen bis hin zu Versetzungsgefährdung. • Verstärkte Eltern-Kind-Konflikte • Erzieherische Veränderungen • gesundheitliche Folgerisiken
2.5.	Kontrollierbarkeit ("cureability", "controllability")	<p>Was kann ich tun? Und bringt mir das was? Wichtig ist die Differenzierung der "Endpunkte", auf die die Eltern Einfluss nehmen können. Es ist möglich, dass die Eltern relativ geringe Spielräume wahrnehmen, die Schmerzintensität und die Häufigkeit der BS-Episoden direkt zu beeinflussen. Dagegen kann herausgestellt werden, dass dennoch hohe Spielräume bei "sekundären Endpunkten" bestehen, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie stark lasse ich mich durch den BS unterkriegen? • Wie stark ist meine Angst vor einer unerkannten, schwer wiegenden Grunderkrankung? Wie gut kann ich mich selbst beruhigen? <p>Die Frage der Kontrollierbarkeit wird mit den Eltern diskutiert als Austausch über die Balance zwischen Versuchen der aktiven Schmerzkontrolle (z.B. durch Entspannungsmethoden) und andererseits Versuchen der verbesserten Schmerzakzeptanz.</p>
2.6.	Check-Frage	<p>Nach Erfahrungsaustausch zum subjektiven Störungskonzept der Eltern und Vorstellung des professionellen Störungskonzeptes werden diese integriert unter der Leitfrage: "Ist das Erklärungsmodell, das wir Ihnen angeboten haben, für Sie persönlich nachvollziehbar? Ist es vereinbar mit Ihren subjektiven persönlichen Erfahrungen mit der Erkrankung?"</p>



Lernziel

2.3 Die Eltern können das biopsychosoziale Störungsmodell auf konkrete BS-Episoden ihres Kindes anwenden

Begründung

Um die Einflussfaktoren und ihre Wechselwirkung zu erkennen und zu verstehen, müssen die Eltern das theoretische Modell auf ihre eigene Situation übertragen.

Inhalte

- biologische Vulnerabilität des Kindes und familiäre Prädisposition
- typische individuelle Schmerzauslöser
- individuelle kognitiv-emotionale Verarbeitung der Schmerzempfindungen (Interpretation, Bewertung)
- typisches Bewältigungsverhalten des Kindes
- Reaktionen der Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, Freunde) auf die Bauchschmerzen des Kindes
- Einschätzung der Effektivität der Bewältigungsmaßnahmen während und nach Abklingen der BS-Episode

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Zunächst in Einzelreflexion und dann im gemeinsamen Gruppengespräch im Forum werden die Eltern gebeten, die vorgenannten Faktoren auf ihre eigene Situation zu übertragen und konkret zu benennen.

Anmerkungen

Scheinbare Inkonsistenzen zwischen biopsychosozialem Modell und konkreter BS-Erfahrung werden im Forum besprochen und möglichst aufgelöst.



Lernziel

2.4 Die Eltern können die Diagnose des funktionellen BS bei ihrem Kind mit ihren eigenen Worten, inhaltlich korrekt formulieren

Begründung

Viele Eltern haben die Erfahrung gemacht, dass die ärztliche Diagnosemitteilung und Aufklärung alleine auf der Mitteilung negativer Befunde auf der Basis der somatischen Ausschlussdiagnostik beruhte („Wir haben nichts gefunden“). Eine solche Aufklärung befriedigt das Kausalitätsbedürfnis der Eltern nicht. Patient und Eltern brauchen ein stimmiges Erklärungskonzept, mit dem sie vergangene und vor allem zukünftige Beschwerden so einordnen können, dass eine erneute umgehende Arztkonsultation entbehrlich wird. Die vorher zunächst rein negativ formulierte Diagnose wird in eine positiv gestellte Diagnose umgewandelt. Dies kann zur emotionalen Beruhigung beitragen.

Inhalte

- Störungskriterien nach der ROME – III – Definition
 1. Episodischer oder kontinuierlicher abdomineller Schmerz
 2. Nicht hinreichendes Erfüllen für andere funktionelle gastrointestinale Störungen
 3. Kein Hinweis auf einen entzündlichen, anatomischen, metabolischen oder neoplastischen Prozess, der die Symptome hinreichend erklären kann
 4. Mindestens eine Episode pro Woche über einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Darstellen der Kriterien: Tabelle 2.4 bietet Formulierungsvorschläge für die Präsentation in der Elterngruppe. Die Formulierung wird mit einfachen Abbildungen und Modellen zum Aufbau des Darmtraktes und seiner afferenten und efferenten Verbindungen zum ZNS („Telefonleitungen“) angereichert.

Die Eltern prüfen gemeinsam mit dem Trainer, ob ihr Kind in die allgemein formulierten Störungskriterien „passt“.

Anmerkungen

Es kann ratsam sein, zunächst die „offizielle“ Formulierung der Rome-III-Störungskriterien in der medizinischen Terminologie vorzustellen, um anschaulich zu plausibilisieren, dass das Störungsbild ärztlich bekannt, beschrieben und klassifiziert ist. Im zweiten Schritt muss dann die medizinische Formulierung in Patientensprache „übersetzt“ werden.

Die Vermittlung des Konzepts der peripheren und zentralen Hypersensitivität (s.u.) bietet folgende wichtige Vorzüge für die Realisierung der Lernziele:

1. Das Konzept befriedigt das Kausalitätsbedürfnis der Eltern durch eine positive Diagnosestellung. Es stellt in den Vordergrund, was der funktionelle Bauchschmerz ist, und nicht, was er nicht ist.
2. Es plausibilisiert über das Konzept der peripheren und zentralen Hypersensitivität die subjektive „Echtheit“ der Beschwerden und beugt so unproduktiven Auseinandersetzungen zwischen Eltern und Kind über die Glaubwürdigkeit der Schmerzen vor.
3. Es macht verständlich, warum die Empfindsamkeit der Darmfunktionen durch diagnostische Untersuchungsmethoden medizinisch nicht nachweisbar ist.



4. Es öffnet die Bereitschaft zur Untersuchung modulierender psychosozialer Einflussfaktoren. Psychologische Faktoren werden im Gesprächsablauf nicht zu früh und nicht als primäre Ursache eingeführt. Es bietet Gesichtswahrung für Kind und Eltern und nimmt die Angst vor psychopathologischer Stigmatisierung.
5. Es erlaubt, die individuelle Vulnerabilität nicht als psychische Auffälligkeit, sondern positiv als „Sensibilität, besondere Empfindsamkeit“ zu konnotieren.
6. Es schafft Geduld und Akzeptanz für einen prognostisch offenen und möglicherweise chronischen Verlauf.
7. Es schafft eine konstruktive Balance im Bewältigungsverhalten zwischen Schmerzakzeptanz und Schmerzkontrolle.
8. Es überwindet die tradierte Dichotomie zwischen somatogenen versus psychogenen Bauchschmerz und erläutert, wie biologisch erworbene Disposition und psychosoziale Auslöser gemeinsam die klinische Symptomatik erzeugen können.

Tabelle 2.4: Patientenorientierte Formulierungsvorschläge für die Elternaufklärung im Sinne des Hypersensitivitätskonzeptes

Positive Diagnosestellung
Ihr Kind erfüllt alle Kriterien für die Diagnose eines funktionellen Bauchschmerzes. Der funktionelle Bauchschmerz tritt häufig auf. Daher haben Kinderärzte viel Erfahrung mit dieser Diagnose. Sie ist wissenschaftlich sehr gut untersucht.
Hypersensitivität als Leitkonzept
Die Bauchschmerzen Ihres Kindes beruhen auf sehr empfindsamen Darmfunktionen. Der Aufbau des Darms ist dabei vollkommen gesund. Daher finden sich auch normale Untersuchungsergebnisse. Auch bei einem gesunden Darm kann Ihr Kind jedoch starke Bauchschmerzen entwickeln. Die Schmerzen sind also echt und keinesfalls simuliert. Die Veranlagung für die gesteigerte Schmerzempfindung kann angeboren sein, vielleicht gibt es jemanden in der Familie mit ähnlichen Beschwerden im Bauch. Häufig ist die Empfindlichkeit des Bauchs durch vorangegangene Entzündungen erworben. Die Entzündungen sind lange vorbei, die Empfindsamkeit im Bauch ist jedoch geblieben.
Interaktion ZNS-ENS
Im Darm sind sehr viele Nervenzellen. Im Mutterleib bildeten diese Nervenzellen im Darm einmal mit den Nervenzellen im Gehirn ein einheitliches Nervengeflecht. Die Nervenzellen des Darms stehen auch nach der Geburt weiter in sehr enger Verbindung mit dem Gehirn. Die Nervenzellen im Darm reagieren bei Ihrem Kind schon auf kleinste Reizungen sehr empfindlich mit Schmerzen oder anderen Beschwerden. Als Reiz reichen oft schon die ganz normalen Darmbewegungen bei der Verdauung aus. Durch die engen Verbindungen mit den Nervenzellen im Gehirn reagieren die Nervenzellen im Darm oft mit, wenn die Nervenzellen im Gehirn in Aufregung geraten sind. Ihr Kind kann also nicht nur bei Verdauungsproblemen Bauchschmerzen bekommen, sondern auch wenn es sich aufregt oder Sorgen hat. Dies gilt besonders für unterschwelligen Kummer, den Ihr Kind nicht so gut mit Worten ausdrücken kann. Oder wenn es sich nicht richtig traut zu sagen, was es beschäftigt. Dies kann zum Beispiel sein, wenn es sich gekränkt, verletzt oder ungerecht behandelt fühlt.
Somatoforme Fehlattribution
Manche Kinder oder Eltern bekommen bei auftretenden Bauchschmerzen Angst, der Bauch könnte ernsthaft erkrankt sein. Der Bauch ist aber gesund, er ist nur sehr empfindlich. Die grundsätzliche Gesundheit erkennt man daran, dass Ihr Kind sich jedes Mal wieder erholt, wenn die Verdauungsprobleme oder die Aufregung vorbei sind.
Zentrale Hypersensitivität
Mittlerweile hat Ihr Kind wahrscheinlich sehr feine Antennen für seine Bauchschmerzen entwickelt. Diese Konzentration auf die Bauchschmerzen und das genaue Beobachten, wie es dem Bauch wohl wieder gerade geht, kann die Schmerzempfindung manchmal zusätzlich steigern.



Akzeptanz der Disposition

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

Aktive Bewältigung des Bauchschmerzes

Wir können jedoch Einfluss nehmen auf

1. mögliche Auslöser für die Bauchschmerzen (Ernährung, Aufregung, Kummer).
2. ungünstige Gedanken zum Bauchschmerz, die das Leiden zusätzlich verschlimmern. Wir können solchen Gedanken auf die Spur kommen und diese gegen gute Gedanken austauschen. Wenn der Bauchschmerz anfängt, können wir uns an diese Gedanken erinnern und uns Mut und Geduld zusprechen. Sie helfen dem Kind dabei, sich trotz der Bauchschmerzen nicht unterkriegen zu lassen.
3. Maßnahmen zur Schmerzlinderung, die das Kind möglichst eigenständig einsetzen kann (Entspannung, Vorstellungsübungen, Ablenkung, Wärmflasche).
4. Günstige Reaktion der Eltern, wenn der Bauchschmerz kommt (echtes Mitgefühl und Trost, aber keine besonderen Vergünstigungen, daher auch die Empfehlung, den Anschluss an den Schulunterricht nicht zu verpassen).
5. negative Folgen des Bauchschmerzes für die Entwicklung des Kindes, seine Kontakte zu Gleichaltrigen, seine Hobbys und das ganze Familienleben so weit wie möglich in Grenzen halten."

Akzeptanz der Kernaussagen dieser Patientenaufklärung

Sind diese Informationen für Sie plausibel, um die Bauchschmerzen Ihres Kindes besser verstehen und einordnen zu können? Welche Beobachtungen und Erfahrungen, die Sie gemacht haben, passen nicht in dieses Erklärungskonzept?

Erwartungen zu Schulungsthemen

Welche weiteren Informationen benötigen Sie? Was können wir in der Schulung besprechen, um Sie bei der Bewältigung des Bauchschmerzes zu unterstützen?



Modul III für Eltern und Kinder gemeinsam: Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall

Autor:	PD Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych., Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn
Thema der U-Einheit:	Stressbezogene und ernährungsbezogene Auslöser für BS-Episoden und Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Schulbesuchs trotz BS
Form:	Gruppengespräche in gemeinsamer Eltern/Kinderrunde
Dauer:	4 UE gemeinsame Eltern- und Kindergruppe plus 2 UE Elterngruppe (offene Fragerunde)
Zielgruppe:	Kinder mit funktionellem Bauchschmerz und deren Eltern
Leitung:	Arzt, Psychologe oder sonstige erfahrene Fachkraft
Material:	Flipchart, Fragebögen, Arbeitsblätter

Allgemeine Ziele

- Stressauslöser für BS-Episoden: Identifikation und Bewältigung
- Schulbesuch: Aufrechterhaltung bzw. (gestufte) Wiederaufnahme
- fakultativ: Ernährungsbezogene BS-Auslöser

Besonderheiten und Hinweise

Das Modul III zum symptomarmen Intervall enthält beim funktionellen Bauchschmerz einen geringeren Inhaltsumfang als bei anderen Indikationen. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass es innerhalb des Intervalls keine (z.B. medikamentöse) Dauerbehandlung gibt, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von erneuten BS-Episoden prophylaktisch minimieren kann.

Eine präventive Funktion haben im Falle des funktionellen BS vorrangig zwei Aspekte: die Bearbeitung von Stressfaktoren, die erkennbar mit dem Auftreten von BS-Episoden assoziiert sind, sowie die Sicherstellung bzw. Wiederaufnahme des regulären Schulbesuchs und Alltagslebens.

Genderaspekte sind nachrangig, da der BS beide Geschlechter in weitgehend analoger Weise betrifft.



Übersicht über die LZ

- 3.1 Eltern und Kinder können die für ihre BS-Episoden relevanten Stressauslöser nennen
- 3.2 Eltern und Kinder können das Problemlösetraining auf ihre Stressoren anwenden
- 3.3 Eltern und Kinder können auftretenden BS-Episoden auch eine positive Bedeutung zuschreiben
- 3.4 Eltern und Kinder reflektieren, ob in der Schule aversive Bedingungen vorliegen, die ein Vermeiden des Schulbesuchs begünstigen
- 3.5 Eltern und Kinder können ihren gemeinsamen Plan zur Wiederaufnahme eines stetigen Schulbesuchs beschreiben (fakultativ)
- 3.6 Eltern und Kinder wissen, wie sie bei ihnen vorliegende ernährungsbezogene Auslöser von BS-Episoden meiden (fakultativ)



Lernziel

3.1 Eltern und Kinder können die für ihre BS-Episoden relevanten Stressauslöser nennen

Begründung

Viele BS-Episoden werden durch psychosoziale, äußere (soziale) wie innere (emotionale) Stressfaktoren getriggert. Eine Veränderung dieser Stressfaktoren kann die Häufigkeit und Intensität des BS vermindern (Stimuluskontrolle).

Inhalte

Suche nach

- Belastungsfaktoren, die direkt als Auslöser erkennbar oder mit der BS-Episode assoziiert sind (z.B. Konflikte), und/oder
- vorangegangenen Belastungssituationen (reaktiv: z.B. nach der Erfahrung von subtilen Kränkungen) und/oder
- nachfolgenden Belastungssituationen (antizipatorisch: z.B. Erwartungsangst vor dem Schulbesuch)

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Ausgangspunkt ist die Rekonstruktion bisheriger BS-Episoden mit dem Fokus darauf, ob sich das Kind im Vorfeld in irgendeiner Weise emotional belastet gefühlt hat. Sehr häufig liegen Kränkungserlebnisse vor, die dem Kind nicht vollständig bewusst sind bzw. für deren Mitteilung es sich schämt. Die Aufgabe kann als Familienreflexion mit Hilfe eines Arbeitsblattes bearbeitet werden. Dazu überlegen Eltern und Kind gemeinsam, in welchen Situationen (äußere Stressoren) und in welcher emotionalen Stimmung (innere Stressoren) die BS typischerweise auftreten. Wenn Eltern / Kinder dazu bereit sind, können sie die Ergebnisse im Plenum vorstellen. Die Familien bekommen zusätzlich die Hausaufgabe, bei zukünftigen BS-Episoden aufmerksam zu beobachten, welche Stressoren möglicherweise wirksam sind.

Anmerkungen

Die potentiellen Stressoren umfassen im Grunde das gesamte Spektrum möglicher kindlicher Belastungsfaktoren und können hier nicht spezifiziert aufgeführt werden.



Lernziel

3.2 Eltern und Kinder können das Problemlösetraining auf ihre Stressoren anwenden

Begründung

Das Problemlösetraining bietet eine universelle Bewältigungsstrategie, die grundsätzlich für alle Typen von Stressoren einsetzbar ist.

Inhalte

Das Problemlösetraining umfasst folgende sechs Schritte:

- Schritt 1: Dem Stressor auf die Spur kommen:
 - Zunächst beobachte ich möglichst genau die BS-Episoden, in denen der Stressor auftritt, und wie ich in dieser Situation reagiere.
- Schritt 2: Ideen zur Bewältigung sammeln
 - Ich sammle möglichst viele unterschiedliche Ideen, wie die Situation zu bewältigen wäre, ohne vorschnell bestimmte Vorschläge zu verwerfen.
 - Ich befrage Freunde und Bekannte, wie sie das Problem angehen würden.
 - Ich stelle mir vor, wie jemand ganz anderes sich in dieser Situation verhalten würde.
 - Ich lasse auch ungewöhnlich, unrealistisch oder unvernünftig erscheinende Ideen zu.
- Schritt 3: Den eigenen Weg finden und eine Entscheidung treffen für eine spezielle Vorgehensweise
- Schritt 4: Konkrete Schritte planen
- Schritt 5: Im Alltag handeln
- Schritt 6: Bilanz ziehen
 - Ich bewerte das Ergebnis: War die Problemlösung erfolgreich oder muss ich nach neuen Ideen suchen?
 - Habe ich bestimmte Vorschläge vorschnell ausgeschlossen?
 - Waren die konkreten Schritte nicht genau genug geplant?
 - Habe ich mögliche Schwierigkeiten übersehen?

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Der Trainer stellt die Schritte des Problemlösetrainings in allgemeiner Form auf dem Flipchart vor. Eltern und Kind wenden dieses auf individuell wirksame Stressoren an. Wenn jemand mag, kann der eigene Problemlöseprozess in der Gruppe vorgestellt werden oder ein typisches Problem kann im Plenum exemplarisch bearbeitet werden.

Anmerkungen

Bei Bedarf kann das Thema in Modul 5 weiter vertieft werden.



Lernziel

3.3 Eltern und Kinder können auftretenden BS-Episoden auch eine positive Bedeutung zuschreiben

Begründung

Eine rein negative Bewertung des BS kann das Leiden daran intensivieren. Eine (auch) positive Konnotation i.S. einer Nutzung des BS als psychophysisches Signal kann dazu beitragen, „Freundschaft mit dem Körper und dem Schmerz zu schließen“.

Inhalte

- Suche nach positiven Aspekten der BS-Episoden (Perspektive des Utilisierens): z.B. als hilfreiches Signal für unbewältigte Stressoren

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Kind und Eltern fragen sich gemeinsam: „Was will der BS mir / uns sagen, ob und ggf. was ich vielleicht in meinem Leben ändern muss“.

Als Methode bietet sich die Ampel-Metapher an. Demnach wirkt der BS wie eine rote Ampel, die ein deutliches Signal setzt, inne zu halten. Ohne die rote Ampel würde man vielleicht gedankenlos über eine befahrene Kreuzung fahren (d.h. bestimmte Konflikte und Risiken nicht bewusst wahrnehmen). Der BS sensibilisiert so für unterschwellige Belastungen, Kränkungen und seelische Verletzungen.

Anmerkungen

BS-Episoden können als körperliches Signal genutzt werden, innezuhalten und nachzuspüren, ob unterschwellig wirksame Stressoren vorliegen.



Lernziel

3.4 Eltern und Kinder reflektieren, ob in der Schule aversive Bedingungen vorliegen, die ein Vermeiden des Schulbesuchs begünstigen

Begründung

Schulangst und Auftreten von BS-Episoden sind häufig miteinander assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit dafür steigt, wenn BS-Episoden häufiger an Schultagen auftreten und hier wiederum an Tagen, an denen eine Konfrontation mit einem schulbezogenen Stressor erwartet wird.

Inhalte

Drei Gruppen von schulbezogenen Stressoren stehen im Vordergrund

1. Problematische Beziehung zu einem Lehrer: Häufig berichten die Kinder von kränkenden Erlebnissen mit einem Lehrer, der sie zum Beispiel vor der ganzen Klasse bloßgestellt hat.
2. Mobbing durch Mitschüler.
3. Lern- und Leistungsprobleme: Häufig haben Kinder leistungsbezogene Versagensängste. Diese umfassen
 - a. kognitive Überforderung durch ein Missverhältnis von Anforderungen (z.B. Gymnasialbesuch) und intellektuellem Potenzial des Kindes (Intelligenz, Aufmerksamkeitsfunktionen, Lernverhalten),
 - b. hohe Prüfungsängstlichkeit. Die Prüfungsängstlichkeit kann in überhöhten Leistungserwartungen der Eltern begründet sein, aber auch in übersteigerten, dysfunktionalen Standards, mit denen das Kind die eigene Leistungsfähigkeit beurteilt.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Nach einer Einführung am Flipchart reflektieren Eltern und Kind jeweils,

- ob BS gehäuft vor dem Schulbesuch auftritt (z.B. an Schultagen häufiger als am Wochenende)
- gehäuft an solchen Schultagen auftritt, an denen das Kind eine besondere Herausforderung in der Schule erwartet (z.B. Klassenarbeit),
- ob das Kind an solchen Tagen - unabhängig vom Leiden am BS - Erleichterung verspürt, wenn es nicht in die Schule muss,
- welcher Stressor genau für das Kind besonders herausfordernd ist: Lehrer? Mitschüler? Lernen / Leistung? Sonstiges?

Nach der Einzelarbeit innerhalb der Familie können einzelne Eltern/Kinder, wenn sie dazu bereit sind, ihre individuelle Situation im Plenum vorstellen. Gemeinsam in der Runde können anschließend Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

Anmerkungen

Es ist wichtig, das Kind vor dem Eindruck zu schützen, es würde den BS vortäuschen, um den Schulbesuch vermeiden zu wollen. Vielmehr wird herausgestellt, dass ein tatsächlich vorliegender BS auch den Vorteil bieten kann, ein ansonsten nicht erlaubtes Fernbleiben vom Unterricht zu legitimieren, weil ein anderer Grund („ich habe Angst vor einem Mitschüler“; „Ich habe mich nicht genug auf die Klassenarbeit vorbereitet“) für das Fernbleiben nicht akzeptiert würde.



Lernziel

3.5 Eltern und Kinder können ihren gemeinsamen Plan zur Wiederaufnahme eines stetigen Schulbesuchs beschreiben (fakultativ für den Fall, dass eine exzessive Schulvermeidung / Schulabsentismus vorliegt)

Begründung

Schulabsentismus und funktioneller BS können einen wechselseitigen Teufelskreis begründen und so stark zu einer Chronifizierung beitragen.

Inhalte

Der Plan zur Reintegration umfasst folgende Komponenten:

- Gesichtswahrende Erklärung zum Bauchschmerz für Mitschüler und Lehrer. Nach längerer Schulabwesenheit kann die Angst, als „Schulschwänzer“ stigmatisiert zu werden, zur entscheidenden Barriere einer schulischen Reintegration werden. Gesicht wahrende Formulierungen, mit denen das Kind kritische Nachfragen beantworten kann, können helfen (z.B. „Mein Kinderarzt hat gesagt, dass ich eine Veranlagung zu andauernden Bauchschmerzen habe. Eine richtige Behandlung dafür gibt es nicht. Es kann sich aber wieder auswachsen. In der letzten Zeit wird es wieder besser. Darüber freue ich mich sehr. Ich möchte jetzt wieder möglichst regelmäßig zur Schule gehen, auch wenn ich mal wieder Bauchschmerzen bekomme. Ich will probieren, diese in der Schule auszuhalten und nur nach Hause gehen, wenn es wirklich zu schlimm wird. Wenn ich zu Hause bleibe, verpasse ich zu viel Schulstoff. Außerdem ist es zu Hause auf die Dauer viel langweiliger als mit euch in der Schule.“)
- Aufholen versäumten Schulstoffs. Insbesondere Kinder mit ohnehin schwachen Schulleistungen befürchten, den versäumten Schulstoff nicht nachholen zu können. Im Gespräch mit Eltern und Lehrern sollte bilanziert werden, in welchen Schulfächern welche Lücken entstanden sind. Darauf aufbauend wird ein Plan erstellt, welcher Schulstoff nachzuholen ist, weil er Voraussetzung für spätere Unterrichtseinheiten ist, und auf welchen Stoff verzichtet werden kann. Dann wird ein Arbeitsplan entwickelt, der die Lücken sukzessive schließt. Der Plan sollte möglichst mit niedrigen Anforderungen beginnen. So kann es in der ersten Woche genügen, nur den aktuellen Schulstoff zu bearbeiten, ohne Lücken aus der Vergangenheit aufzuholen. Dem Kind sollte Unterstützung angeboten werden. Dazu können feste Zeiten vereinbart werden, an denen das Kind entweder mit einem Elternteil oder mit einer Nachhilfeperson übt.
- Zum Wiedereintritt in die Schule gehört ggf. auch eine Absprache mit dem (Klassen)Lehrer. Dazu wird ein Zielverhalten vereinbart, mit dem der Lehrer auf BS-Äußerungen des Kindes reagieren soll (z.B. das Kind geht vorübergehend in einen Ruheraum und kehrt bei Besserung wieder zurück). Ansonsten sollen besondere Vergünstigungen unterbleiben.
- Evtl. einen gestuften Plan erarbeiten. In den ersten Tagen beginnt das Kind mit nur ein oder zwei Stunden Schulbesuch. Die minimalen Anforderungen zu Beginn stärken die Zuversicht, den Wiedereinstieg in den Unterricht bewältigen zu können. Auch das Aufholen versäumten Schulstoffs wird schrittweise gesteigert.



Hinweise zur Durchführung/Methoden

Gemeinsames Erarbeiten am Flipchart mit anschließender Diskussion der Umsetzbarkeit. Die Tabelle 3.5 stellt einen Explorationsleitfaden als Arbeitsmaterial für die Trainer zur Verfügung. Darin finden sich detaillierte Fragen zu möglichen Barrieren des Schulbesuchs.

Die Familie soll entweder am Ende der Stunde oder zu Hause eine (schriftliche) Vereinbarung zur Wiedereingliederung treffen. Der Plan umfasst auch eine Vereinbarung, wie das Kind morgens bei Abwesenheit vom Unterricht zu Hause die Zeit zubringt (z.B. reguläre Aufstehzeit, eigenständiges Lernen des Schulstoffs, keine Fernseh- und Computernutzung)

Anmerkungen

Es ist abzuwägen, ob für Kinder mit exzessivem, verfestigtem Schulabsentismus die Patientenschulung in der Gruppe das adäquate Setting zur Überwindung des Problems darstellt. Die Trainer zeigen sich flexibel, das Thema detailliert zu behandeln, wenn unter den Teilnehmern eine hohe Betroffenheit besteht und Interesse an der Bearbeitung formuliert wird. Ansonsten kann das Thema Schulabsentismus kurz gehalten werden und auf die Möglichkeit von Einzelberatung verwiesen werden.

Tabelle 3.5: Exploration von Barrieren einer Wiederaufnahme des Schulbesuches

- Erzähle mir, wie ein Tag normalerweise verläuft, an dem Du nicht zur Schule gehst! Erzähle mir beispielsweise, wie der gestrige Tag verlaufen ist. Wann bist Du aufgestanden, und wie hast Du dann den Vormittag und Nachmittag verbracht?
- Was magst Du am meisten/am wenigsten an Deiner Schule? In welchem Schuljahr hast Du Dich bisher am wohlsten gefühlt? Was war damals anders als jetzt? Bei welchem Lehrer hast Du Dich bis jetzt am wohlsten gefühlt? Was war damals anders als bei Deinem jetzigen Lehrer?
- Was wird auf Dich zukommen, wenn Du wieder in die Schule gehst? Erzähle mir, wie Du Dir den ersten Schultag vorstellst! Erzähle mir das Schlimmste, was für Dich am ersten Schultag passieren könnte! Wie könnte ein erster Schultag ablaufen, der für Dich so gut läuft, dass Du sehr zufrieden nach Hause gehst und Dich schon auf den nächsten Schultag freust?
- Wie viel Schulstoff hast Du versäumt? Fällt es Dir schwer, wieder in die Schule zu gehen, weil Du den Anschluss an den Schulstoff versäumt haben könntest? Wenn ja, in welchen Fächern?
- Was denkst Du, wie die Lehrer auf Dich reagieren werden, wenn sie Dich wieder sehen? Werden sie eher froh sein oder ärgerlich? Was denkst Du, was sie zu Dir sagen werden? Was werden die anderen Kinder sagen, wenn sie Dich wieder sehen? Werden sie eher freundlich oder eher ärgerlich sein?
- Was willst Du den anderen Kindern sagen, wenn sie Dich fragen, warum Du so lange in der Schule gefehlt hast? Hast Du eine Idee, wie sie auf Deine Erklärung reagieren werden? Hast Du Angst, dass sie Dich ärgern? Was könntest Du dann antworten?
- Was willst Du tun, wenn Du während des Unterrichts Bauchschmerzen bekommst? Was denkst Du, was Deine Eltern meinen, was Du dann tun sollst?



Lernziel

3.6 Eltern und Kinder wissen, wie sie mögliche ernährungsbezogene Auslöser von BS-Episoden meiden (fakultativ)

Begründung

Manche Patienten mit Bauchschmerzen als Symptom einer Fruktosemalabsorption, Laktoseintoleranz oder sonstigen Nahrungsmittelunverträglichkeit können ggf. im Verlauf der Schulung identifiziert werden. Es handelt sich um solche Patienten, deren Bauchschmerzen im Vorfeld der Schulung nicht hinreichend differentialdiagnostisch abgeklärt wurden. Patienten mit diesen Unverträglichkeiten zählen grundsätzlich nicht zu den Adressaten der Schulung, es sei denn, Bauchschmerzen treten trotz adäquater Diät auf. Gelegentlich können Patienten mit bis dato unbekanntem Nahrungsmittelunverträglichkeiten im Verlauf der Schulung identifiziert werden.

Inhalte

- Nahrungsmittel, die die Auslöser enthalten können
- Strategien, wie diese Auslöser gemieden werden können, und Ersatzprodukte

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Es wird erfragt, ob Zusammenhänge zwischen BS-Episoden und dem vorangegangenen Verzehr von Milchprodukten, Fruktose (z.B. Apfelsaft) oder sorbithaltigen Nahrungsmitteln (Kaugummi) beobachtet wurden. Bei Zweifeln kann angeraten werden, beim Bauchschmerzprotokoll auf solche möglichen Zusammenhänge zu achten, ggf. kann auch ein Provokationsversuch vereinbart werden.

Anmerkungen

Es können didaktische Anleihen gemacht werden bei Broschüren und Informationsmaterialien zu Fruktosemalabsorption, Laktoseintoleranz etc. oder bei Schulungskonzeptionen für Krankheitsbilder, die eine starke Nahrungsmittelabhängigkeit aufweisen (vor allem atopische Dermatitis).



Modul IV für Eltern: Kompetenzen für die Regulation der Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise: Notfallvermeidung und Notfallmanagement

Autor:	PD Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych., Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn
Thema der U-Einheit:	Einflussmöglichkeiten auf die auslösenden, vermittelnden und aufrechterhaltenden Bedingungsfaktoren von BS-Episoden sowie Zielverhalten und Kompetenzen für die Bewältigung zukünftiger Bauchschmerzepisoden
Form:	Gruppengespräche in der Elternrunde kombiniert mit einem Gruppengespräch Eltern- und Kindergruppe zusammen
Dauer:	4 UE (Elterngruppe) 2 UE (gemeinsame Eltern- und Kindergruppe)
Zielgruppe:	Eltern von Kindern mit funktionellem BS
Leitung:	Arzt, Psychologe oder sonstige erfahrene Fachkraft
Material:	Flipchart, Fragebögen, Schmerzskaalen, Arbeitsblätter

Allgemeine Ziele

Die Eltern lernen, auf der Basis eines funktionellen Verständnisses von BS-Episoden die unterschiedlichen Ansatzpunkte einer positiven Einflussnahme auf das Leiden kennen und bei neu auftretenden BS-Episoden effektiv zu nutzen (u.a. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene Bewältigungsstrategien).



Besonderheiten/Hinweise

Es ergeben sich teilweise Überschneidungen und Redundanzen mit Modul II. Diese sind im Sinne einer Wiederholung der Lerninhalte und Realisierung der Lernziele explizit erwünscht. Ähnlich wie bei den Kindern kann es sinnvoll sein, die vorwiegend kognitiv ausgerichteten Bewältigungsstrategien durch euthyme Elemente zu erweitern, wie z. B. Entspannungstechniken, Traumreisen, musik- oder kunsttherapeutische Einheiten.

Genderaspekte müssen nicht gesondert berücksichtigt werden.





Tabelle 4: Übersicht zu den krankheitsspezifischen Lernzielen im Modul IV beim funktionellen Bauchschmerz

Modul IV: Notfallmanagement		
Nr.	Inhalt	Lernziele
4.1.	Selbstbeobachtung Apparativ	Die Eltern lernen, dass es beim BS keine medizinisch-technische Möglichkeit zur Bestätigung der Diagnose des funktionellen BS gibt, sondern dass die Beschwerdewahrnehmung und -interpretation die wichtigsten diagnostischen Informationen liefern.
4.2.	Selbstbeobachtung per Körper- und Symptomwahrnehmung	Die Eltern beherrschen mehrere Methoden zur Einschätzung der Schmerzstärke, die sie analog zu den Selbstbeobachtungsinstrumenten der Kinder als Fremdbeobachtungsskala einsetzen können: <ul style="list-style-type: none"> • Visuelle Analog-Skala (Smiley) • Numerische Skala (z.B. von 0 = "kein Schmerz" bis 100 = "maximal vorstellbarer Schmerz") • Skalierung analog der vertrauten Schulnotenskala von 1 bis 6, bei 1 ("sehr gut") = vollständige Schmerzfreiheit bis zu 6 ("ungenügend") maximale Schmerzstärke. Es können Zwischenabstufungen benutzt werden, z.B. 3- oder 4+.
4.3.	Symptombewertung und -interpretation	Die Eltern und Kinder lernen, Beschwerden als Anzeichen einer erneuten, akuten BS-Episode zu identifizieren und von anderen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen abzugrenzen. Die Eltern können orientierend die symptomatischen Warnhinweise ("red flags") für andere (z.B. infektiöse) gastrointestinale Erkrankungen nennen und verwechseln diese nicht mit einer BS-Episode.
4.4.	Entscheidungsfindung, Regel abrufen	Die Eltern können beschreiben, wie sie beim Auftreten von Symptomen vorgehen. Eltern und Kind vereinbaren einvernehmlich ein Zielverhalten mit Regeln zum "Routineprocedere" bei einer neuen BS-Episode (z.B. ob und unter welchen Bedingungen das Kind zur Schule geht).
4.5.	Bewältigungsreaktion gegenüber der Symptomatik	Die Eltern erwerben Wissen und Fertigkeiten zu kognitiven, verhaltensbezogenen, entspannungsbezogenen, physiotherapeutischen, medikamentösen und sonstigen Techniken zur Schmerzlinderung.
4.6.	psychologische Bewältigungsreaktion	Die Eltern lernen konstruktive Formen, auf eine BS-Episode zu reagieren. Die Eltern verzichten darauf, die Glaubwürdigkeit ihres Kindes bei der Schilderung in Frage zu stellen und keinen Verdacht auf Simulation zu formulieren. Die Eltern lernen, das Schmerzverhalten ihres Kindes nicht zu verstärken. Eltern und Kind lernen, sich bei einer BS-Episode auf die besten Methoden zum "Aushalten" des BS zu konzentrieren.
4.7.	Handlungsbewertung	Die Eltern können Erfolgsfaktoren nennen, die ihnen bei den bisherigen BS-Episode geholfen haben. Die Eltern werten nach jeder BS-Episode gemeinsam aus, was funktioniert hat und für den Erfolg verantwortlich war. Die Eltern erkennen erfolgreich praktizierte Strategien und nehmen sich vor, diese für die noch bessere Bewältigung zukünftiger BS-Episoden zu nutzen. Die Eltern erkennen Defizite in den eigenen Bewältigungsstrategien und der innerfamiliären Kommunikation und entwickeln Verbesserungsvorschläge für zukünftige BS-Episoden.
4.8.	Bewertung durch die Eltern	Die Eltern benennen ihr Gefühl, das sie nach einer BS-Episode zu sich selbst haben (z.B. positiv i.S. von Stolz oder negativ i.S. von Selbstvorwurf).
4.9.	Bewertung durch wichtige Andere (Eltern, Ärzte)	Die Kinder benennen die Reaktion anderer auf ihre "Bewältigungsleistung" (Vorwürfe, Anerkennung, Restriktionen). Die Eltern benennen ihre Einschätzung zur Bewältigungsleistung des Kindes.



Übersicht über die Lernziele

- 4.1. Die Eltern können die funktionelle Analyse bei einer BS-Episode anwenden
- 4.2. Die Eltern verstehen, dass ein erneutes Vorstellen beim Kinderarzt bei BS-Episoden wenig hilfreich ist
- 4.3. Die Eltern können mit Hilfe spezifischer Beschwerden eine BS-Episode sicher als solche identifizieren und von Symptomen anderer Erkrankungen abgrenzen (Symptombewertung und –interpretation)
- 4.4. Die Eltern können die eigenen und die psychosozialen Belastungen und Einschränkungen ihres Kindes in Folge eines BS benennen
- 4.5. Die Eltern verstehen, dass das Leiden am BS positiv beeinflusst werden kann (z.B. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene und medikamentöse Bewältigungsstrategien), unabhängig davon, wie stark organische oder psychische Ursachen für den BS verantwortlich sind
- 4.6. Die Eltern und Kind können mehrere hilfreiche physiotherapeutische Maßnahmen und Anwendung von Hausmitteln nennen
- 4.7. Die Eltern und Kinder wissen, dass die Wirkung von Medikamenten bei BS sehr begrenzt ist
 - 4.8.1 Die Eltern und Kinder können kognitive Techniken zur Schmerzbewältigung anwenden
 - 4.8.2 Die Eltern und Kinder finden mit Hilfe der Zwei-Spalten-Technik mindestens drei hilfreiche, positive Sätze, die sie bei BS-Episoden einsetzen können
 - 4.8.3 Die Eltern und Kinder können mindestens zwei hilfreiche, positive Universalsätze nennen, die sie bei allen BS-Episoden einsetzen können
 - 4.8.4 Die Eltern und Kinder können hilfreiche Adjektive zur Beschreibung des Schmerzes nennen
 - 4.8.5 Die Eltern und Kinder akzeptieren, dass keine Methode zur Verfügung steht, die den BS komplett abschaltet
- 4.9. Die Eltern können sinnvolle Reaktionen auf Schmerzäußerungen des Kindes nennen
- 4.10. Die Eltern und Kinder können beschreiben, wie sie sich bei zukünftigen BS-Episoden verhalten wollen
- 4.11. Die Eltern und Kinder können erklären, warum nach jeder BS-Episode eine „Manöverkritik“ sinnvoll ist



Lernziel

4.1 Die Eltern können die funktionelle Analyse bei einer BS-Episode anwenden

Begründung

Ein funktionales Verständnis der BS-Episoden ist grundlegend für die darauf aufbauende Anwendung der einzelnen Bewältigungsmaßnahmen in der Akutepisode.

Inhalte

Rekonstruktion von Entstehung und Ablauf der BS-Episode anhand folgender Faktoren:

- Wie waren die äußeren Rahmenbedingungen (Auslösesituation)?
- Wie war die innere Situation des Kindes (Stimmung)?
- Wie wurde der BS und die Situation bewertet (Was habe ich / was hat mein Kind gedacht)?
- Gab es schon einen Bewältigungsplan?
- Wie haben sich das Kind / die Eltern konkret verhalten?
- Welche Einschätzung ergab sich im Nachgang zu der Episode: Was wurde nach Einschätzung der Eltern richtig gemacht, was falsch? In welchen Punkten bestand Einigkeit, wo gab es Abweichungen/Konflikte zwischen Eltern und Kind?

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Als Einstieg in die Entwicklung eines Zielverhaltens bzw. Notfallplans für zukünftige Bauchschmerzepisoden üben die Eltern anhand vergangener Episoden eine einfache funktionale Betrachtung. Aus der kritischen Auswertung der vergangenen Episoden lernen sie Verbesserungsmöglichkeiten für zukünftige Episoden.

Die Eltern füllen unter Anleitung das Arbeitsblatt in Tabelle 4.1 aus. Die Auswertung kann vom Trainer mit folgenden Fragen stimuliert und angereichert werden:

- Auslösebedingungen: In welchen (äußeren, inneren) Situationen ist der Schmerz schlimmer bzw. aushaltbarer? (mit der Option, die Situation zu verändern: Stimuluskontrolle)
- Konsequenzbedingungen: Was bewirkt der Schmerz? (Ruhe, Zuwendung, Berechtigung zum Rückzug und zur Schonung, aber auch Depression, Zermürbung, Resignation, Ohnmacht, Streit, Schuld- und Schamgefühle, Versagensgefühle, Gefühl der Benachteiligung ...)
- Schmerzkommunikation: Was sagt der Schmerz mir als Mutter / Vater über mein Kind („Es ist überfordert, gekränkt ...“)?
- Schmerznutzen: Wovor schützt der Schmerz? (Überforderung, Stress, Konflikte, unangenehme Gefühle ...)

Anmerkungen

Für die Auswertung des Arbeitsblattes bietet die Tabelle 4.2 ein Arbeitsblatt für die Trainer, das aus professionell- verhaltenstherapeutischer Sicht die vorausgehenden, vermittelnden und nachfolgenden Bedingungsfaktoren der BS-Episode sehr detailliert erfasst. Die Trainer können dieses Blatt als Hintergrundinformation nutzen, um die Ergebnisse der Elternrunde konzeptuell besser einzuordnen und spezifisch nachfragen zu können.



Die Eltern lernen, die Frage nach „der Ursache“ des BS zu überwinden, zu Gunsten des „Erkennens vieler Einflussfaktoren“ beim Ablauf einer BS-Episode. Auf dieser Grundlage lernen sie, eine Vielzahl unterschiedlicher Ansatzpunkte zur Linderung der BS-Episode kennen.

Tabelle 4.1: Arbeitsblatt zum Verständnis einer Bauchschmerzepisode in Anlehnung an die funktionale Bedingungsanalyse der Verhaltenstherapie aus Sicht der Eltern

Ablauf der Bauchschmerzepisode	Angaben des Elternteils
Situation: Wo war das Kind? Was war los? Was stand an?	
Stimmung des Kindes: normal, schlecht, gut?	
Meine Einschätzung der Schmerzstärke (z.B. Schulnotenskala)	
Was habe ich gedacht, als mein Kind mir seinen BS mitgeteilt hat? Was ging mir durch den Sinn?	
Wie habe ich mich persönlich gefühlt?	
Wie habe ich auf das Kind und seine Schmerzäußerungen reagiert?	
Wie zufrieden war ich anschließend mit dem, was ich / wir getan haben?	



Tabelle 4.2: Hintergrundinformation für die Trainer: Funktionale Bedingungsanalyse der Bauchschmerzepisode auf verhaltenstherapeutischer Basis

Auslösebedingungen: Bedingungsfaktoren, die an Auftreten, Schweregrad und Verlauf von Beschwerden gekoppelt sind:

- Äußere Triggerfaktoren: Kopplung an bestimmte zeitliche oder situative Kontextbedingungen
 - Körperlich-physiologische (z.B. Essen, Schlaf, Stuhlverhalten)
 - Psychosoziale Belastungssituation (z.B. Familienstreit, erzieherische Grenzsetzung, anstehende Klassenarbeit, Situationen sozialer Hervorhebung)
- Innere Triggerfaktoren: Kopplung an bestimmte vorangehende Gefühle (z.B. Kränkung, Überforderung, soziale Angst)
- Bei auslösenden Stressfaktoren eingehende, spezifische Exploration anschließen (Bewältigungsfertigkeiten gegenüber identifiziertem Stressor etc.)

Aufmerksamkeitsstil bei auftretenden Bauchschmerzen: Ablenkung (*repression*) vs. Hinwendung (*sensitizing*); Linderung der Beschwerden durch gezielte Aufmerksamkeitslenkung möglich?

Kognitiv-emotionale Schmerzverarbeitung und Schmerzverhalten

- Physiologie: Qualität des Schmerzes (z.B. kolikartig), Intensität des Schmerzes (z.B. mit visueller Analogskala), Begleitbeschwerden
- Kognition: Kausalattributionen für das akute Auftreten der Schmerzen; Bewertung (z.B. Katastrophisieren vs. Selbstberuhigung), kognitive Kontrolle des Schmerzerlebens, Wahrnehmung von Möglichkeiten der Hilfe
- Emotion: affektive Bewertung aufkommender Schmerzen (z.B. Ärger, Hilflosigkeit/ Ohnmacht, Niedergeschlagenheit)
- Verhalten
 - Bewältigungsstrategien (z.B. Rückzug, Vermeidung von Anforderungen, Schonverhalten)
 - Selbstbehandlung (Medikamente, Entspannung, Wärmflasche, Bettruhe, Fernsehen als Ablenkung etc.)
 - Schmerzkommunikation: Mitteilen vs. Verschweigen der Schmerzattacke, Aggravieren vs. Dissimulieren, Klagen/Jammern, nonverbaler Ausdruck von Bedürfnissen und Erwartungen

Konsequenzbedingungen

- Kurzfristig: positive Verstärkung (z.B. Zuwendung, Erlaubnis und Freiraum, um Lieblingsbeschäftigungen nachzugehen), negative Verstärkung (z.B. Wegfall von Schulbesuch, häuslichen Verpflichtungen), Reaktionen des Umfeldes (Freunde, Mitschüler, Lehrer) bei Mitteilung von Bauchschmerzen?
- Langfristig: Schulische Defizite (sozial und leistungsbezogen), familiäre Spannungen wegen latenten Zweifeln an der „Echtheit“ der Schmerzen; Verunsicherung des elterlichen Erziehungsverhaltens; Geschwisterrivalität?



Lernziel

4.2 Die Eltern verstehen, dass ein erneutes Vorstellen beim Kinderarzt bei BS-Episoden wenig hilfreich ist

Begründung

Um nicht bei jeder neuen BS-Episode den Kinderarzt aufzusuchen und aufwendige und unangenehme Diagnostik einzufordern, müssen die Eltern verstehen, dass kein Erkenntniswert von einer neuerlichen Diagnostik zu erwarten ist.

Inhalt

Eine medizinisch-technische Objektivierung des Schmerzerlebens ist nicht möglich. Der Kinderarzt verfügt über keine „objektive“, apparategestützte Untersuchungstechnik, die ein beurteilerunabhängiges Urteil zur Schmerzstärke erlaubt. Der Kinderarzt kann daher nicht überprüfen, ob der vom Kind angegebene Schmerz „echt“ ist.

Bei erneuten BS-Episoden ist man auf die Eigendiagnostik des Kindes im Sinne seiner subjektiven Beschwerdewahrnehmung und -interpretation angewiesen.

Eine erneute kinderärztliche Vorstellung ist in der Regel nur bei Auftreten neuer und atypischer Symptome zielführend.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Fragerunde zu „Sinn und Unsinn“ einer erneuten Vorstellung beim Kinderarzt bei akuten BS-Episoden mit anschließender fachlicher Kommentierung unter Bezug auf Modul 2.

Anmerkungen

Dies gilt für Episoden mit typischer Beschwerdepräsentation nach schon erfolgter Abklärung und Ausschluss relevanter organischer Grunderkrankung.

Schmerz ist immer eine subjektive Erfahrung, die durch eine Außenperspektive nicht zu validieren ist. Die Botschaft an die Eltern lautet daher, die Schmerzschilderung ihres Kindes als subjektive Realität anzuerkennen und als solche nicht in Frage zu stellen.



Lernziel

4.3 Die Eltern können mit Hilfe spezifischer Beschwerden eine BS-Episode sicher als solche identifizieren und von Symptomen anderer Erkrankungen abgrenzen (Symptombewertung und -interpretation)

Begründung

Die Eltern sollen orientierend die Symptome, die für einen typischen BS sprechen, kennen, und diese von solchen Symptomen abgrenzen können, die gegen einen funktionellen BS bzw. für eine andere Grunderkrankung sprechen. Sie gewinnen so einerseits Sicherheit, andererseits aber auch Laienkompetenz für das Achten auf eine (potentielle) andere Ätiologie.

Inhalte

- Erfassung der Schmerzintensität und Schmerzqualität mittels Selbsteinschätzung des Kindes und Vergleich mit früheren BS-Episoden.
- Eine andere Ursache ist wahrscheinlich, wenn es deutliche Abweichungen zu früheren Episoden gibt und/oder so genannte „red flags“ auftreten (s. Tab. 4.3).

Hinweise zur Durchführung/Methoden

In der Elternrunde wird gefragt, wo genau der BS lokalisiert ist, welche Beschwerden zusätzlich zum BS auftreten, und welche einschlägigen Vorerkrankungen ggf. in der Familie vorliegen (nur beantworten, falls die Eltern dies in der Runde möchten).

Die Trainer können die Tabelle 4.3 als Hintergrundinformation nutzen, um zu zeigen, welche Symptome für bzw. gegen das Vorliegen eines funktionellen BS sprechen.

Anmerkungen

Den meisten Eltern fällt eine Abgrenzung relativ leicht, weil sie schon viele Episoden mit gleichartiger Symptomatik erfahren haben und neu hinzu tretende Beschwerden schnell registrieren. Dennoch ist eine kurze Schulung hilfreich, bei der die typischen Warnhinweise („red flags“) für andere z.B. infektiöse Erkrankungen aufgezeigt werden, die mit einem BS verwechselt werden können. Sollte im Rahmen der Schulung deutlich werden, dass ein Kind tatsächlich relevante Warnhinweise aufweist, wäre ggf. eine differenzierte pädiatrische Abklärung einzuleiten. Im Vordergrund steht jedoch die beruhigende Erkenntnis, dass das Kind diese Symptome nicht aufweist und damit die Diagnose des funktionellen BS untermauert wird.



Tabelle 4.3: Hintergrundinformation für die Trainer: Warnhinweise und Alarmzeichen bei Bauchschmerzen, die zu einer weiteren Diagnostik führen sollten (vgl. Berger & Damschen, 2000)

Schmerzcharakter	Begleitsymptome	Positive Familienanamnese
<ul style="list-style-type: none">• Schmerz außerhalb der Mittellinie• Ausstrahlung• Deutliche Nahrungsmittelabhängigkeit	<ul style="list-style-type: none">• Fieber• Erbrechen• Durchfallartige, blutige oder schleimige Stühle• Gestörte Längen- oder Gewichtsentwicklung• Begleitsymptome an Haut, Schleimhaut oder Gelenken	<ul style="list-style-type: none">• Ulkus duodeni oder ventriculi,• Helicobacter-Gastritis• Pankreatitis• chronisch-entzündliche Darm-erkrankung• familiäres Mittelmeerfieber



Lernziel

4.4 Die Eltern können die eigenen und die psychosozialen Belastungen und Einschränkungen ihres Kindes in Folge eines BS benennen

Begründung

Die psychosozialen Auswirkungen und Einschränkungen in Folge eines BS können sich aus Patienten- und Elternsicht für die Lebensqualität als gravierender herausstellen als das Leiden an der Schmerzempfindung selbst. Die Schulung soll daher bei der Bewältigung dieser Auswirkungen helfen.

Inhalt

- Genaue Identifikation der konkreten Einschränkungen in den regulären Alltagsaktivitäten (s. Tabelle 4.4).

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Um die Identifikation der Einschränkungen so zu gestalten, dass diese ohne Selbstwertgefährdungen geschieht, wird ein Austausch in Eltern- wie Kindergruppe initiiert mit der Leitfrage: „Wie schaffe ich (mein Kind) es – trotz und mit BS – Aktivitäten und sozialen Kontakten nachzugehen? Wo fällt dieses schwer?“

Zum Einstieg kann jedes Elternteil für das eigene Kind die „Selbstwirksamkeitsskala zum Funktionsniveau eines Kindes trotz chronischen Schmerzes“ ausfüllen (vgl. Tabelle 4.4). Im Kontext der Patientenschulung liegt das Ziel dieses Instrumentes weniger in einer diagnostischen Erfassung, sondern im Anstoßen eines Wahrnehmungs-, Reflexions- und Austauschprozesses.

Anmerkungen

Das Instrument wird in einer Parallelförm auch von den Kindern bearbeitet (vgl. Kinderschulung). Es ergeben sich teilweise Überschneidungen mit Modul V. Dies ist im Sinne einer Wiederholung erwünscht.

Tabelle 4.4: Elternversion der „Selbstwirksamkeitsskala zum Funktionsniveau eines Kindes trotz chronischen Schmerzes“ (vgl. Bursch et al. 2006, S. 41; Übersetzung und Ableitung der Elternversion von Noeker). Die Fragen werden auf einer 5-stufigen Skala beantwortet (von „sehr sicher“ bis „sehr unsicher“)

„Wenn Ihr Kind Schmerzen hat, wie sicher sind Sie, dass es in der Lage ist, trotzdem die folgenden Dinge zu tun?“

- den ganzen Tag am Unterricht teilzunehmen?
- mit seinen Freunden zusammen zu sein?
- sich gut am Unterricht zu beteiligen?
- Aufgaben im Haushalt zu erledigen?
- eigenständig mit der Situation zurechtzukommen?
- Hausaufgaben erledigen zu können?
- etwas mit seiner Familie zu unternehmen?



Lernziel

4.5 Die Eltern verstehen, dass das Leiden am BS positiv beeinflusst werden kann (z.B. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene und medikamentöse Bewältigungsstrategien), unabhängig davon, wie stark organische oder psychische Ursachen für den BS verantwortlich sind

Begründung

Konkrete Bewältigungsstrategien für neue Episoden sind essentiell für den Aufbau von Symptomkontrolle und Rückgewinn von Selbstwirksamkeit.

Inhalt

Statt dem in der Bevölkerung verbreiteten linearen Schmerzmodell (peripherer Schmerzreiz führt analog zu einer Telefonleitung zu einem korrespondierenden Schmerzempfinden) gelten heute moderne Schmerzkonzepte („hierarchische, multilokale Schmerzverarbeitung“).

Die Stärke des Reizes im Bauch bestimmt nicht zwangsläufig die Stärke der Schmerzempfindung und vor allem nicht, wie stark das Kind daran leidet.

Es werden unterschieden:

- Sensorische Empfindung des Schmerzes
- Konzentration auf den Schmerz versus Ablenkung vom Schmerz
- Erleichternde oder verschärfende Gedanken zum Schmerz
- Gefühlsmäßige (affektive) Bewertung des Schmerzes

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Die Teilnehmer werden gefragt, mit welchen Strategien zur Schmerzbewältigung sie bereits gute Erfahrungen gemacht haben. Die Strategien werden am Flipchart gesammelt und danach sortiert, ob sie auf das Reduzieren des Schmerzes direkt oder auf das Reduzieren der Beeinträchtigungen durch den Schmerz abzielen.

Der Trainer erläutert die modernen Schmerzkonzepte und ihre Bedeutung für die Schmerzbewältigung.

Anmerkungen

Als relativ einfach konzeptualisierbares modernes Schmerzkonzept kann die Gate-Control-Theory vorgestellt werden (vgl. Denecke & Kröner-Herwig, 2000). Demnach durchläuft ein Schmerzsignal bei der Schmerzverarbeitung eine Abfolge mehrerer Schmerztorer, die die Weiterleitung vom Bauch zum Gehirn unterschiedlich leicht durchlassen oder hemmen.

Die Leitfrage ist weniger: „Wie kann ich den Schmerz minimieren?“, sondern „Wie kann ich mein Leiden/meine Beeinträchtigung durch den Schmerz minimieren?“. Für die Diskussion der Sinnhaftigkeit vieler, insbesondere psychologischer Schmerzbewältigungstechniken ist es hilfreich, initial eine Differenzierung zwischen der direkten Wirkung einer bestimmten Maßnahme auf den Schmerz versus ihrer Wirkung auf *das Leiden am Schmerz* einzuführen. Ohne diese Differenzierung kann eine Voreingenommenheit der Eltern gegenüber vielen wirksamen Schmerzbewältigungstechniken vorliegen, die im Kontext des tradierten, in der Bevölkerung noch sehr verbreiteten, linear-mechanistischen Schmerzkonzept (periphere Schmerzauslösung führt linear zu zentraler Schmerzerfahrung) keinen Sinn erzeugen.



Fast alle BS-Patienten kennen aus eigener Erfahrung die schmerzreduzierende Wirkung von Ablenkungsstrategien. Über diese Erfahrung lässt sich gut plausibilisieren, dass die Verarbeitung des Schmerzes im Gehirn unabhängig von der Stimulation in der Peripherie (Abdomen) teilweise steuerbar wird. Als vertrautes Alltagsbeispiel kann auf Erfahrungen rekuriert werden, wenn zum Beispiel bei einem Autounfall schwer verletzte Personen sich zunächst um andere Verletzte kümmern und die Schmerzwahrnehmung erst einsetzt, wenn die Notfallversorgung beendet ist.

Für viele Patienten mit funktionellen Schmerzsyndromen ist die vorgeschaltete Aufklärung zum Schmerzkonzept essentiell, weil sie sich sonst bestätigt fühlen könnten, dass „ihr Schmerz nur im Kopf und eingebildet sei“. Der therapeutische Vorschlag, kognitive Schmerzbewältigungstechniken einzuüben und zu praktizieren, kann dann implizit als kränkende Botschaft aufgefasst werden, keinen „echten“ Schmerz zu haben. Entsprechend werden kognitive Methoden abgewertet, um sich vor diesem Vorwurf zu schützen. Die Patienten sollen verstehen, dass die kognitiven Übungen darauf abzielen, sich trotz eines mehr oder weniger im Bauch unveränderten Schmerzreizes „im Geiste“ nicht so stark beeinträchtigen zu lassen. Es wird herausgestellt, dass diese Methoden auch bei organisch gut begründeten Schmerzen funktionieren können (z.B. Beinbruch bei Verkehrsunfall). Es wird darauf hingewiesen, dass Eltern solche Methoden schon immer angewendet haben, wenn sie z.B. bei einer Verletzung im Kleinkindalter auf die betroffene Körperstelle gepustet haben.



Lernziel

4.6 Die Eltern und Kinder können mehrere hilfreiche physiotherapeutische Maßnahmen und Anwendung von Hausmitteln nennen

Begründung

s. vorangegangenes Lernziel.

Unterschiedliche physiotherapeutische Maßnahmen sowie tradierte „Hausmittel“ können eine nicht zu unterschätzende positive, lindernde Wirkung auf das kindliche Wohlbefinden bei BS-Episoden ausüben.

Inhalte

- Massagen
- heißer Kamillen-, Kräuter- oder Früchtetee
- Wärmflasche auf den Bauch legen (alternativ Handauflegen, ggf. in Kombination mit Atemübungen, bei denen mit dem Atem die Wärmflasche/Hand auf und ab bewegt wird),
- sonstige Wärme und Kälteanwendungen

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Sammeln am Flipchart und gemeinsames Durchführen und Üben

Anmerkungen

Bei diesen Maßnahmen dürften sich unterschiedliche Wirkmechanismen überlagern und addieren: eine tatsächlich peripher-schmerzlindernde, eine kommunikativ-tröstende durch die Zuwendung (und damit eine veränderte affektive Bewertung der peripheren Schmerzsignale), eine insgesamt vegetativ-tonisierende/beruhigende sowie ein unspezifischer Placeboeffekt. Vielen Eltern sind diese ritualisierten Hilfsmittel vertraut und auch bedeutsam, nicht zuletzt weil deren Anwendung implizit und nonverbal signalisiert, dass die Eltern die Existenz des Schmerzes sehen und anerkennen und tröstend Unterstützung in Form dieser Rituale anbieten. Gleichzeitig signalisieren diese „Hausmittel“ implizit, dass keine Strategien (z.B. Medikamente) zur Verfügung stehen, die den Schmerz jetzt sofort „abstellen“ könnten. Das Zurückgreifen auf diese Hausmittel signalisiert damit dem Kind, dass es sich für eine gewisse Zeit in Schmerzakzeptanz üben muss. Dies stellt wiederum für das Kind eine bedeutsame Schmerzbewältigungshilfe dar. Im Rahmen der oben beschriebenen Definition eines zukünftigen Zielverhaltens kann der Anwendung dieser Hausmittel eine hohe Bedeutung zukommen. Sie strukturieren die Situation und wirken einem Ohnmachtserleben entgegen. Die einfache Aussage „Wenn Du Bauchschmerzen bekommst, legst Du Dich erst einmal auf das Sofa, machst in Ruhe Deine Atemübung und ich koche Dir einen Kamillentee“ kann daher sehr strukturierend wirken.



Lernziel

4.7 Die Eltern und Kinder wissen, dass die Wirkung von Medikamenten bei BS sehr begrenzt ist

Begründung

Viele Betroffene hoffen, dass es eine einfache medikamentöse Lösung für die BS-Episoden gibt. Es muss deutlich werden, dass von Medikamenten nur bedingt Hilfe zu erwarten ist, damit die Betroffenen sich die Notwendigkeit einer eigenen aktiven Rolle bei der Schmerzbewältigung zueigen machen.

Inhalte

Neuere Meta-Analysen und Reviews zeigen, dass Schmerzmittel beim funktionellen BS im Unterschied zum kindlichen Kopfschmerz nahezu wirkungslos sind.

Medikamentös zeigt sich nur eine empirische Evidenz für die Anwendung von Pfefferminzöl in Kapselform (Magenpassage). In Deutschland ist diese Strategie noch nicht sehr verbreitet, scheint aber tatsächlich einen Nutzen zu versprechen.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Es wird eine Fragerunde in der Gruppe durchgeführt, welche Medikamente schon einmal im Einsatz waren und welche Wirksamkeit erlebt wurde.

Den Eltern wird nahe gelegt, ggf. mit dem gut verträglichen Pfefferminzöl zu experimentieren und die Erfahrungen für sich persönlich auszuwerten.

Anmerkungen



Lernziel

4.8.1 Die Eltern und Kinder können kognitive Techniken zur Schmerzbewältigung anwenden

Begründung

Die Intensität des Schmerzerlebens hängt wesentlich von der kognitiven Bewertung des Schmerzsignals ab. Die Veränderung der schmerzbezogenen Kognitionen stellt damit eine der effektivsten Methoden zur Beeinflussung des Schmerzerlebens dar.

Inhalte

Zwei Komponenten ergänzen sich komplementär:

- Identifikation der bisher praktizierten, automatisierten Kognitionen in der BS-Episode,
- Ersetzen dieser „negativen“ (katastrophisierenden) Gedanken durch „positive“, stärkende, Zuversicht ausstrahlende Gedanken.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Zur Identifikation der Kognitionen werden die Eltern und Kinder in der gemeinsamen Gruppe zunächst aufgefordert, mit Papier und Bleistift die Gedanken zu notieren, die ihnen typischerweise „durch den Kopf schießen“, wenn der Bauchschmerz beginnt. Die Eltern können ebenfalls befragt werden, welche Gedanken bzw. ausgesprochenen Sätze sie von ihren Kindern berichten können. Idealerweise sollten die Sätze möglichst in wörtlicher Rede formuliert werden. Dies verbessert die Alltagsnähe und damit die Chancen, dass die wenig hilfreichen Gedanken registriert und durch hilfreichere ersetzt werden können.

Nachdem die Gedanken identifiziert wurden, kann die Familie gemeinsam nach funktionaleren Alternativen suchen und deren Pro und Contras abwägen.

Anmerkungen

Kognitive Techniken verändern die Bewertung der abdominalen Schmerzsignale aus der Peripherie. Die zentrale Schmerzrepräsentanz wird moduliert durch die kognitiven Bewertungen in Form von automatisiert ablaufenden, häufig habitualisierten Selbstverbalisationen („innere Sätze“). Vor allem die so genannte „katastrophisierende Bewertung“ intensiviert eine negative affektive Bewertung der Schmerzsignale und damit das Leiden am BS. Positive Kognitionen können über deszendierende Bahnen die afferente Schmerzweiterleitung an das Gehirn im Sinne der Gate-Control-Theory hemmen.



Lernziel

4.8.2 Die Eltern und Kinder finden mit Hilfe der Zwei-Spalten-Technik mindestens drei hilfreiche, positive Sätze, die sie bei BS-Episoden einsetzen können

Begründung:

s. vorangegangenes Lernziel

Inhalt

- 2-Spalten-Technik (s. Tabelle 4.8.2)

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Das wichtigste Arbeitsmaterial besteht in einem Arbeitsblatt mit zwei Spalten. In der ersten Spalte sind typische negative Gedanken vorformuliert. Eltern und Kinder werden aufgefordert, gemeinsam positive Gegengedanken zu finden, die die Wirkung der negativen Gedanken neutralisieren und ersetzen können.

Das Arbeitsblatt enthält freie Zeilen, in die die Eltern/Kinder ihre persönlichen, typischen negativen Gedanken eintragen. Im Anschluss daran werden auch für diese positive Gegengedanken gesucht – zunächst alleine, dann im Dialog zwischen Kind und Eltern und dann mit Unterstützung der gesamten Schulungsgruppe.

In einem zweiten Schritt können die neuen, hilfreichen Gedanken zwei Prüfungen unterzogen werden

- a) Check auf Richtigkeit: Es wird geprüft, ob der neue Gedanke „richtiger und wahrer“ ist als der alte Gedanke.
- b) Check auf Nützlichkeit: Geht es mir mit dem neuen Gedanken besser? Entlastet mich der neue Gedanke im Vergleich zum alten Gedanken? Kann ich mit dem neuen Gedanken besser, leichter und entspannter leben?

Anmerkungen

Die beiden „Checks“ können wichtig sein, um dem Eindruck entgegen zu wirken, man würde mit den neuen Gedanken einfach „nur eine rosarote Brille aufsetzen“. Die neuen Gedanken haben keine nachhaltige Chance auf Transfer in den Alltag, wenn das Kind / die Eltern den alten Gedanken „eigentlich“ für überzeugender halten. Im Zweifelsfall müssen bei konfligierenden alten und neuen Gedanken Inhalte aus dem Modul 2 herangezogen und wiederholt werden, um aufzuzeigen, dass die neuen hilfreichen Gedanken gleichzeitig die „richtigeren und wahreren“ sind.



Tabelle 4.8.2: Arbeitsblatt zur 2-Spalten-Technik zur Identifikation negativer Gedanken zum Schmerz und Suchen positiver, hilfreicher Gegen-Gedanken

Ungünstiger Gedanke zum Schmerz	Guter, hilfreicher Gegen-Gedanke
„Geht das schon wieder los! Ausgerechnet heute, wo ich doch was Schönes vorhatte. Das kommt mir gerade recht! Verflucht noch einmal!“	
„Ich habe keine Ahnung, wie lange diese elenden Schmerzen heute anhalten, so lange bin ich vollkommen außer Gefecht gesetzt und kann nichts machen.“	
„Bestimmt glaubt mir wieder keiner, wie ich mich wirklich fühle. Wahrscheinlich denken alle, ich stelle mich nur an und ziehe eine Show ab.“	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 1:	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 2:	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 3:	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 4:	



Lernziel

4.8.3 Die Eltern und Kinder können mindestens zwei hilfreiche, positive Universalsätze nennen, die sie bei allen BS-Episoden einsetzen können

Begründung

s. vorangegangenes Lernziel

Inhalt

Positive Sätze, die als „Universal-Hilfen“ fungieren können (innere Sätze, Selbstanweisungen, Selbstinstruktionen, Selbstverbalisationen) und die als „Antidot“ auf eine Vielzahl negativer Sätze sinnvoll angewendet werden können (s. Tabelle 4.8.3)

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Tabelle 4.8.3 führt einige exemplarische positive Sätze auf. Diese Liste wird von den Eltern vervollständigt. Jedes Kind sucht sich gemeinsam mit den Eltern zwei Sätze aus, die persönlich am besten passen und am überzeugendsten wirken. Die Sätze werden „auswendig gelernt“. Kind und Eltern vereinbaren, dass die Eltern in zukünftigen Episoden an den individuell gewählten Satz erinnern.

Anmerkungen:

Auch hier ist der zweifache „Check auf Richtigkeit und Nützlichkeit“ (vgl. Lernziel 4.8.2) durchzuführen, damit das Kind den Satz überzeugt in der BS-Episode anwendet und nicht kritisch verwirft.

Tabelle 4.8.3: Universelle, hilfreiche Sätze zur positiven Schmerzbewertung und unterstützenden Selbstanweisung im Umgang mit dem BS

- „Ich habe zwar schon viele Bauchschmerzepisoden erlebt, aber letztlich hat auch jede früher oder später wieder aufgehört. So lange muss ich jetzt Geduld haben.“
- „Früher oder später wird es wieder besser werden!“
- „Ich mache jetzt einfach wieder all die Sachen, die ich schon als hilfreich erlebt habe. So komme ich über die Runden.“
- „Wie kann ich diese Zeit jetzt trotzdem noch am besten für mich nutzen und es mir halbwegs gut gehen lassen?“
- „Ich lenke mich erst einmal ab und mache einfach mit den Dingen weiter, mit denen ich eben noch beschäftigt war. Wenn es schlimmer wird, kann ich ja immer noch etwas Anderes machen.“
- „Ich weiß, dass ich etwas gegen die Schmerzen tun kann.“
- „Die Schmerzen sind zwar kein Genuss, aber ich kann sie aushalten.“
- „Ich gehe vor die Tür an die frische Luft und mache einen kleinen Spaziergang und lenke mich ab.“
- „Wenn ich ruhig und entspannt bleibe, geht es besser.“
- „Ich weiß aus Erfahrung: Es wird wieder besser. Ich muss jetzt nur die nächsten Stunden erträglich und sinnvoll über die Runden bringen.“
- „Ich werde es auch diesmal schaffen, so wie ich es schon oft geschafft habe.“



Lernziel

4.8.4 Die Eltern und Kinder können hilfreiche Adjektive zur Beschreibung des Schmerzes nennen

Begründung

Eine wichtige kognitive Strategie liegt in der Suche nach hilfreichen Adjektiven zur Beschreibung des Schmerzes. An Stelle von affektiv „aufgeladenen“ Begriffen („der Schmerz ist furchtbar und unerträglich“) werden Adjektive gesucht, die eine deskriptiv-distanzierte Beschreibung bieten („Wie würde ein Wissenschaftler den Schmerz benennen?“).

Inhalte

- Differenzierung zwischen sensorischen und affektiven Begriffen zur Charakterisierung der BS-Empfindung
- Identifikation bisher angewendeter, Leid intensivierender Adjektive zur Beschreibung der Bauchschmerzempfindung
- Ersetzen negativer (affektiver) Adjektive durch positive (sensorische) Adjektive. Affektiv neutrale Begriffe sind z.B. „heiß“ oder „pochend“
- Einüben des neuen Vokabulars

Hinweise zur Durchführung/Methoden

In einem ersten Schritt werden Kinder und Eltern gemeinsam gebeten, möglichst viele Wörter zur Beschreibung der Empfindungen und Gefühle bei einer BS-Episode zu finden und auf einem Blatt zu notieren.

In einem zweiten Schritt werden die Begriffe auf dem Flipchart gesammelt. Der Trainer versucht dabei, die Begriffe entsprechend Tabelle 4.8.4 auf dem Flipchart so anzuordnen, dass auf der linken Seite eher „sensorische“ und auf rechten Seite eher „affektive“ Begriffe eingetragen werden.

In einem dritten Schritt werden Kind und Eltern gebeten, mit Hilfe des Arbeitsblattes in Tabelle 4.8.4 zunächst drei emotionale / affektive Begriffe aus der rechten Spalte auszuwählen, die ihrem bisherigen Erleben des Schmerzes recht nahe kommen. Sie können dazu auch emotionale Begriffe hinzunehmen, die nicht auf der Liste stehen.

In einem vierten Schritt werden sie aufgefordert, die affektiv aufgeladenen Begriffe durch „coolere“ Begriffe aus der linken Spalte zu ersetzen. Es können weitere Begriffe ergänzt werden, die noch nicht auf der Liste stehen. Im Plenum sagt dann jedes Kind die drei Worte, mit denen es in Zukunft seinen Schmerz „titulieren“ möchte. Auf Begriffe der rechten Spalte soll möglichst verzichtet werden.

Anmerkungen

Die Arbeit mit der „Semantik“ kann verdeutlichen, dass nicht der Schmerzreiz alleine, sondern seine verbale Etikettierung und Konstruktion wesentlich über die Intensität des Leidens am BS mitbestimmt.



Tabelle 4.8.4: Sensorische und affektive Begriffe zur Beschreibung der Schmerzempfindung auf der Basis von Adjektiven aus der Schmerzempfindungsskala von Geissner (1992)

Adjektive zur Charakterisierung der sensorischen Dimension der Schmerzempfindung	Adjektive zur Charakterisierung der affektiven Dimension der Schmerzbewertung
<ul style="list-style-type: none"> • schneidend • klopfend • brennend • reißend • pochend • glühend • stechend • hämmernd • heiß • durchstoßend 	<ul style="list-style-type: none"> • quälend • grausam • erschöpfend • heftig • mörderisch • elend • schauderhaft • scheußlich • schwer • entnervend • marternd • furchtbar • unerträglich • lähmend



Lernziel

4.8.5 Die Eltern und Kinder akzeptieren, dass keine Methode zur Verfügung steht, die den BS komplett abschaltet

Begründung

s. vorangegangenes Lernziel

Die Teilnehmer müssen verstehen, dass auch nach Ausschöpfung aller genannten und gelernten Strategien eine Schmerzempfindung bestehen bleibt. Sie sollen lernen, diese „restliche“ Schmerzempfindung besser zu tolerieren.

Inhalt

- Möglichkeiten sowie Vor- und Nachteile von Schmerzbekämpfung versus Schmerzakzeptanz
- Übungen zur Einübung von Schmerztoleranz

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Eine konkrete Übung, bei der anschaulich das Prinzip des Trainierens der Schmerztoleranz eingeübt werden kann, ist die Eiswasserübung. Dazu wird ein Eimer mit leicht aufgetautem Eiswasser aus dem Eiskühlfach gefüllt. Die Aufgabe besteht darin zu trainieren, die Hand möglichst lange in den Eimer zu halten und das Kältegefühl dabei möglichst gut und lange zu tolerieren. Kinder und Eltern können auf analoge Erfahrungen zurückgreifen, bei denen sie das Aushalten von aversiven sensorischen Erfahrungen erprobt haben (z.B. Schwimmen im kalten See).

Die Übung kann mit den kognitiven Techniken kombiniert werden. Zum Beispiel kann die linke Hand in den Eimer gehalten werden, während man sich parallel negative Gedanken einflüstert. Im Anschluss wird die rechte Hand mit begleitenden entspannenden, positiven Sätzen in den Eimer geführt. Beide Erfahrungen werden miteinander verglichen und so die Wirkung der kognitiven Bewertung von Schmerzsignalen direkt erfahrbar gemacht.

Diskussion der Erfahrungen und ihrer Übertragbarkeit auf den Alltag mit BS.

Anmerkungen

Für die Akzeptanz der kognitiven Techniken ist es wichtig zu formulieren, dass diese nicht die Wahrnehmung des Schmerzes ausschalten können, sondern die *Toleranz* für die Schmerzwahrnehmung erhöhen. Diese Formulierung ist aus Sicht der Eltern realistischer und gibt ihnen gleichzeitig eine aktive Rolle bei der Schmerzbewältigung.



Lernziel

4.9 Die Eltern können sinnvolle Reaktionen auf Schmerzäußerungen des Kindes nennen

Begründung

Die elterlichen Reaktionen auf Schmerzäußerungen des Kindes stellen über oprante Lernmechanismen einen wichtigen Chronifizierungsfaktor des BS dar.

Inhalt

Hilfreiche Reaktionen auf Schmerzäußerungen des Kindes:

- tröstend die Realität des Schmerzes anerkennen
- auf katastrophisierende Bewertungen der Schmerzempfindungen und ihrer Konsequenzen verzichten
- Belohnungen, die unmittelbar kontingent auf verstärkten Schmerzausdruck hin gegeben werden, unterlassen (diese sollten stattdessen im schmerzfreen Intervall angeboten werden)
- das Kind in Strategien zur aktiven Schmerzbewältigung anleiten und unterstützen

Hinweise zur Durchführung/Methoden

In der Elternrunde werden die typischen Reaktionen der Eltern bei Schmerzäußerungen gesammelt. Im Anschluss werden angemessene Elternreaktionen abgeleitet.

Das neue elterliche Reagieren auf BS-Äußerungen wird den Kindern mitgeteilt und altersgerecht begründet, um bei diesen Irritationen über das veränderte elterliche Verhalten zu minimieren.

Anmerkungen

Es ist zu prüfen, ob die Eltern sich mit diesen Empfehlungen identifizieren können. Insbesondere für die Rücknahme von besonderen Zuwendungsreaktionen, übertriebener Schonung sowie Entpflichtung von häuslichen oder schulischen Aufgaben ist es wichtig, dieses Verhalten den betroffenen Kindern zu vermitteln. Sie sollen das veränderte elterliche Verhalten nicht als schroffe Zurückweisung oder als Signal missinterpretieren, dass die Eltern ihrem Schmerz keinen Glauben schenken.



Lernziel

4.10 Die Eltern und Kinder können beschreiben, wie sie sich bei zukünftigen BS-Episoden verhalten wollen

Begründung

Die Wahrscheinlichkeit für das neue Bewältigungsverhalten steigt deutlich an, wenn es in verhaltensnahen Begriffen formuliert wird und Kind und Eltern sich über das Zielverhalten im Vorfeld einigen können.

Inhalt

- Definition des Zielverhaltens für zukünftig auftretende BS-Episoden im Sinne eines umfassenden Notfallplans. Der Plan integriert zusammenfassend alle Einzelstrategien, die zuvor in der Schulung gelernt wurden.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Die Eltern definieren ein „verhaltensnahes, lösungsorientiertes“ Zielverhalten für die Bewältigung zukünftiger BS-Episoden. Sie fassen einen schriftlichen Plan ab, mit dem sie neu auftretende BS-Episoden in der Familie steuern wollen. Dieser umfasst idealer Weise alle Komponenten und Bewältigungsfertigkeiten aus Modul 3 und 4.

Die Entwicklung dieses lösungsorientierten Zielverhaltens wird initiiert mit der Frage: „Stellen wir uns vor, nächsten Dienstag hat Ihr Kind bald nach dem Aufstehen wieder Bauchschmerzen. Was werden Sie tun? Wie wird der Morgen verlaufen? Welche Ideen haben Sie, um die Situation und den Tag zu meistern?“

Die Eltern und Kinder tauschen ihre Ideen untereinander aus und entwickeln unter Moderation der Trainer an der Flipchart einen gemeinsamen „übergeordneten Masterplan“.

Anmerkungen

Die Einstiegsfrage leitet unmittelbar zu kritischen Anschlussfragen über, wie z.B. dem Sinn eines erneuten Arztbesuches, dem Schulbesuch, den emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen der Eltern auf den Schmerzausdruck des Kindes, der Nachhaltigkeit sowie den lebenspraktischen Problemen wie der Betreuung des Kindes, wenn beide Eltern wegen Berufstätigkeit außer Haus gehen. Besonders hilfreich ist es, wenn die Eltern auf erfolgreiche, schon praktizierte Bewältigungsstrategien Bezug nehmen. Der Bewältigungsplan soll eine konkrete Antwort auf alle diese Fragen liefern.



Lernziel

4.11 Die Eltern und Kinder können erklären, warum nach jeder BS-Episode eine „Manöverkritik“ sinnvoll ist

Begründung

Häufig verzichten Eltern und Kind auf eine Auswertung der BS-Episode, weil sie froh sind, die Episode überstanden zu haben. Sie verzichten damit aber auf eine wertvolle Möglichkeit, ihr Bewältigungsverhalten zu optimieren und besser mit dem BS zurechtzukommen.

Inhalt

Eine Manöverkritik ermöglicht es, aus den positiven wie negativen Erfahrungen zu lernen und beim nächsten Mal besser auf Herausforderungen zu reagieren.

Zu einer Manöverkritik gehören die Fragen:

- Was hat funktioniert? Was war verantwortlich für den Erfolg?
- Was hat nicht funktioniert? Was hätte ich/wir besser machen können? Motto: Aus Fehlern lernen. Was nehme ich mir für die nächste Episode vor?
- Wie hat die Abstimmung zwischen Eltern und Kind funktioniert?

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Gemeinsames Erarbeiten und ggf. Verankern im zuvor formulierten Handlungsplan

Anmerkungen

Jede durchlebte BS-Episode stellt eine wertvolle Gelegenheit für die Optimierung des Bewältigungsverhaltens dar. Eine gezielte und das Selbstwertgefühl des Kindes schützende Auswertung von spezifischen Defiziten bei der Krisenbewältigung kann als Ausgangspunkt für eine sinnvolle Neudefinition des zukünftigen Zielverhaltens dienen (Handlungsbewertung). Erfolgreiche Bewältigungsstrategien können verstärkt und gefestigt werden, wenn die positiven Auswirkungen noch einmal vor Augen geführt und auf die Fähigkeiten und Anstrengungsbereitschaft des Kindes attribuiert werden. Das bei vielen chronisch kranken Kindern beeinträchtigte Selbstkonzept kann stabilisiert werden, wenn dem Kind seine Leistungen bei der Kontrolle einer Akutkrise anerkennend zurückgemeldet werden (Selbstbewertung).



Modul II für Kinder: Motivierende Aufklärung zu Krankheit, Behandlung und Prognose des funktionellen Bauchschmerzes

Autor:	PD Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych., Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn
Thema der U-Einheit:	Biopsychosoziales Störungsmodell zu Entstehung und Verlauf von funktionellen Bauchschmerzen
Form:	Gruppengespräche in der Kinderrunde
Dauer:	ca. 4 UE
Zielgruppe:	Kinder mit funktionellem Bauchschmerz
Leitung:	Arzt, Psychologe oder sonstige erfahrene Fachkraft
Material:	Flipchart, Fragebögen, Kinderbücher zur Anatomie und Funktion des Magen-Darm-Trakts

Allgemeine Ziele

1. Die Kinder klären ihr subjektives Krankheitskonzept

Die Kinder lernen zunächst ihr subjektives Störungskonzept zu Entstehung und Verlauf des BS sowie zu einer angemessenen Behandlung in Worte zu fassen.

2. Die Kinder lernen ein biopsychosoziales Störungskonzept

Die Kinder entwickeln ein Störungsverständnis zum funktionellen BS, das dem Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren gerecht wird.

Besonderheiten/Hinweise

Das von den Trainern vorgestellte biopsychosoziale Störungskonzept stellt im Wesentlichen eine didaktisch kindgerechte Fassung des wissenschaftlich etablierten Konzeptes zur peripheren (Darm) und zentralen (Gehirn) Überempfindlichkeit der Schmerzverarbeitung dar. Es ist wichtig, die Konzepte der Teilnehmer und das Störungskonzept der Trainer so lange wechselseitig aufeinander zu beziehen, bis ein Konsens erzielt ist.

Kernaspekte des Störungskonzeptes bedürfen einer gezielten Wiederholung innerhalb dieses Moduls sowie in anderen Modulen, um die Lernziele dauerhaft zu erreichen.

Gender-Aspekte sind nachrangig, da der BS beide Geschlechter in weitgehend analoger Weise betrifft.



Übersicht über die Lernziele

- 2.1. Die Kinder können entwicklungsgerecht ihre bisherigen Vorstellungen zur Natur, den Ursachen, dem weiteren Verlauf, der Prognose, den Konsequenzen und ihrer Einflussmöglichkeiten auf den BS formulieren
- 2.2. Die Kinder wissen, dass ihr BS das Ergebnis eines Zusammenwirkens von körperlichen, seelischen und mitmenschlichen /sozialen Faktoren ist, die sich wechselseitig bedingen



Lernziel

2.1 Die Kinder können entwicklungsgerecht ihre bisherigen Vorstellungen zur Natur, den Ursachen, dem weiteren Verlauf, der Prognose, den Konsequenzen und ihrer Einflussmöglichkeiten auf den BS formulieren

Begründung

Erst wenn die Kinder ihre subjektiven Vorannahmen benannt haben, können die später in der Schulung vorgestellten biopsychosozialen Störungskonzepte so angeeignet werden, dass diese nicht in Gegensatz zu den persönlichen Konzepten der Kinder geraten. Die Kenntnis und Diskussion der subjektiven Konzepte ist Voraussetzung für eine Auflösung möglicher Widersprüche zum „professionellen“ Störungskonzept. Auf diese Weise werden das subjektive und das in der Schulung vertretene Störungskonzept „anschlussfähig“.

Inhalte

- Individuelle Einschätzungen der Natur, Ursachen, Verlauf, Prognose, Folgen und eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Erkrankung

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Jedes Kind berichtet in der Runde seine persönliche Vorstellung zum BS. Die Tabelle 2.1.1 führt exemplarische Leitfragen auf, mit denen der Trainer den Erfahrungsaustausch unter den Kindern anregen kann. Er macht deutlich, wie die Vorannahmen der Kinder ihre Krankheitsbewältigung wesentlich mitgesteuert haben, z.B. ihr Schon- und Rückzugsverhalten.

Der kurze Fragebogen in Tabelle 2.1.2 ist ein einfaches Instrument, das alle Kinder für sich ausfüllen, bevor der Erfahrungsaustausch in der Runde eröffnet wird. Das Ausfüllen des Fragebogens sensibilisiert für die individuell erlebten Einschränkungen (Es liegen eine Eltern- und eine Kindform als Parallelversionen vor).

Besonderheit

Falls bei einzelnen Kindern hypochondrische Befürchtungen hinsichtlich der Ursachen des BS erkennbar werden, sollten diese vorsichtig und respektvoll im weiteren Erfahrungsaustausch geklärt werden. Die Kinder lernen, die Entstehung dieser übersteigerten Befürchtungen aus ihrer Biographie/Lerngeschichte heraus zu verstehen, emotional anzunehmen und bei neuen BS-Episoden kritisch zu hinterfragen und sich so in ihrem Handeln nicht von diesen Befürchtungen steuern zu lassen. Unterstützt durch die Trainer gehen die Kinder folgenden Fragen und Themen nach:

- Gibt es persönlich „schlimme“ Erfahrungen mit Krankheit – bei sich selbst oder in der Familie? Hat das Kind gelernt, entsprechend übervorsichtig und ängstlich auf Körpersymptome zu achten?
- Kann das Kind sagen, vor welcher Krankheit es sich am meisten fürchtet? Warum genau vor dieser Erkrankung? Woher kennt es diese Erkrankung?
- Bei Angst vor fortschreitenden Erkrankungen kann dem Kind aufgezeigt werden, dass der BS bisher nicht wesentlich schlimmer geworden ist und jeder BS bis jetzt spontan „von selbst“ aufgehört hat.
- Der Austausch in der Gruppe gibt dem überbesorgten Kind die Möglichkeit, weniger angstbesetzte Erklärungen für den BS zu hören und anzunehmen.



Tabelle 2.1.1: Leitfragen für die Moderation des Erfahrungsaustausches zum subjektiven Störungskonzept in der Kinderrunde

Dimensionen des subjektiven Störungskonzeptes	Leitfragen für den Erfahrungsaustausch
Natur der Erkrankung	Was glaubt Ihr: Was für eine Krankheit ist das überhaupt? Ist das überhaupt eine Krankheit? Was ist da los?
Ursache	Wo kommt der BS her? Welche Ursachen hat er? Was müsstest Du tun, damit Du heftige BS bekommst? Was ist los an Tagen, an denen Du leicht BS bekommen kannst?
Verlauf	Glaubt Ihr, dass der BS irgendwann wieder von selbst aufhört? Habt Ihr Angst, dass er in der Zukunft noch schlimmer wird?
Konsequenzen	Woran hindert Dich der BS? Was stört Dich daran? Verstehen Deine Eltern den BS? Verstehen Deine Freunde, wenn Du BS bekommst? Hindert Dich der BS am Spielen, Rausgehen, Lernen und am Schulbesuch? Machen sich Deine Eltern starke Sorgen wegen des BS? Was ist schlimmer für Deine Eltern: dass der BS weh tut oder dass Ihr nicht richtig wisst, wo der BS herkommt?
Kontrollierbarkeit	Was kannst Du tun 1. gegen den Schmerz selbst? 2. damit der BS dich nicht so stark stört? Was können Deine Eltern tun? Wie sollen sie sich verhalten, um Dich am besten zu unterstützen? Was kann der Arzt tun? Kann der Arzt den Bauch wieder richtig gesund machen?

Tabelle 2.1.2: Fragebogen zu den erlebten Einschränkungen in Folge des funktionellen BS bei Kind (skaliert von 1=gar nicht bis 6=sehr stark)

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



Lernziel

2.2 Die Kinder wissen, dass ihr BS das Ergebnis eines Zusammenwirkens von körperlichen, seelischen und mitmenschlichen/sozialen Faktoren ist, die sich wechselseitig bedingen

Begründung

Auch die Kinder benötigen ein altersgerecht formuliertes, im Kern aber biopsychosoziales Störungs- und Behandlungskonzept, um für sich überzeugend die unterschiedlichen Ansatzpunkte zur Beeinflussung des BS und der Lebensqualität nutzen zu können.

Inhalte

Eine BS-Episode ist das Ergebnis des Zusammenwirkens mehrerer körperlicher, seelischer und mitmenschlicher Faktoren, die alle Ansatzpunkte zur Einflussnahme eröffnen.

Folgende Faktoren spielen eine Rolle:

- typische individuelle Schmerzauslöser,
- die individuelle kognitive-emotionale Verarbeitung (Interpretation, Bewertung) der Bauchschmerzempfindungen,
- das eigene Bewältigungsverhalten,
- die Reaktionen der Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, Freunde) auf die BS sowie
- die Einschätzung der Effektivität der Bewältigungsmaßnahmen während und nach Abklingen der Bauchschmerzepisode.

Hinweise zur Durchführung / Methoden

Um die Erfahrung zu vermitteln, dass der Körper mit funktionellen Veränderungen und Beschwerden auf körperliche Beanspruchung und psychischen Stress reagiert, werden Alltagserfahrungen genutzt. Es handelt sich um körperliche Beschwerden und Schmerzen, die allesamt nicht auf Krankheit, sondern auf Anpassungsreaktionen des Organismus zurückgehen:

- Seitenstiche oder Wadenkrampf beim ausdauerndem Laufen
- Schwitzen bei Hitze, Anstrengung und Aufregung
- Muskelkater bei Überanstrengung
- Gänsehaut und Zittern bei Kälte (Verhaltensprobe: kalte Dusche)
- Schwindel, Übelkeit, evtl. Erbrechen beim Karussell fahren
- Müdigkeit bei Schlafmangel
- Schneller und tiefer atmen und Beschleunigung des Herzschlags bei Anstrengung
- Rot werden bei Scham
- Blass werden bei Schreck
- Zittern vor Angst

Das Phänomen einer Sensibilisierung der Wahrnehmung für den eigenen Bauchraum kann spielerisch mit Hilfe eines Stethoskops illustriert werden. In einem ersten Schritt können die Kinder mit einem Stethoskop wechselseitig in der Gruppe Puls, Herzschlag oder Atem abhören und dabei feststellen, dass bestimmte Funktionen des Körpers kontinuierlich arbeiten, ohne dass wir sie im Alltag registrieren. Die normale Reagibilität dieser Funktionen in Abhängigkeit von körperlicher und psychischer Beanspruchung wird verdeutlicht, indem die Kinder sich kurz körperlich belasten (Kniebeugen, Treppen steigen) und anschließend erneut mit dem Stethoskop abhören.



In nächsten Schritt kann jedes Kind sich mit dem Stethoskop den eigenen Bauchraum abhören. Die Geräusche der Darmperistaltik zeigen den Kindern anschaulich, dass auch der Darm und seine Verdauungsfunktionen ständig aktiv sind, ohne dass wir das registrieren. Funktionelle BS zu haben bedeutet also, dass

1. der eigene Darm – wie der Atem oder der Herzschlag – bei Anstrengung und Stress reagiert, und zwar so stark, dass es sogar weh tun kann (*motorische Komponente*), und
2. das Kind im Unterschied zu anderen Menschen über sehr feine Antennen für den eigenen Darm verfügt, die ihm – wie ein Stethoskop – spürbar mitteilen, wenn er „etwas zu verdauen hat“. Der Darm ist eigentlich so gesund wie bei anderen Menschen; der Unterschied ist die viel empfindsamere Wahrnehmung (*sensorische Komponente*).

Besonderheiten

Für die Aufklärung des betroffenen Kindes ist der Charakter einer funktionellen Störung altersgerecht zu veranschaulichen und unter Bezug zu vertrauten Körpererfahrungen verständlich zu machen. Dies gilt besonders für Kinder mit einer katastrophisierenden Angst vor einer „schlimmen“ Erkrankung.

Folgende Erfahrungen werden dem Kind durch verschiedene Übungen zur Körperwahrnehmung ermöglicht:

- die Erfahrung, dass intensive Körperempfindungen und Schmerzen harmlose Ursachen haben können, die kein Zeichen für Krankheit sind und keinen Grund zur Beunruhigung darstellen,
- die Erfahrung, dass die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf Schmerzen und Beschwerden deren subjektive Stärke intensivieren kann.

Zur Verdeutlichung der Verbindungen zwischen enterischem und zentralen Nervensystem wird der Vergleich der Telefonleitungen zwischen Bauch und Gehirn benutzt. Die Leitungen verlaufen in beide Richtungen.

Folgende Botschaften werden im Einzelnen vermittelt:

- Es gibt viele Kinder mit BS. In jeder Klasse sind ca. ein oder zwei Kinder. BS ist Ärzten sehr gut bekannt.
- Der Arzt sieht bei der Untersuchung einen gesunden Bauch. Das ist gut.
- Dennoch sind die BS keine Einbildung, sondern „echter“ Schmerz.
- Es steckt keine schlimme Erkrankung dahinter. BS stört, ist aber nicht gefährlich!
- Der Schmerz kommt von einem sehr empfindlichen Darm.
- Viele Kinder mit BS haben dafür eine Veranlagung. Andere Kinder haben eine Veranlagung für andere Krankheiten oder Schmerzen (z.B. Kopfschmerzen).
- Stress und schlechte Stimmung können den Darm noch empfindlicher machen. Daher ist es gut, herauszufinden, was vor dem Einsetzen des BS war.
- Wenn der BS da ist, kann man verschiedene Sachen machen, um sich wieder besser zu fühlen. Dazu zählen u.a. Entspannungsmethoden, hilfreiche Gedanken, mit den Eltern reden und abstimmen, was man tut.
- Jede BS-Episode hört früher oder später wieder von alleine auf.



Modul III für Eltern und Kinder gemeinsam: Kompetenzen und Motivation für das symptomarme Intervall

Autor:	PD Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych., Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn
Thema der U-Einheit:	Stressbezogene und ernährungsbezogene Auslöser für BS-Episoden und Aufrechterhaltung eines regelmäßigen Schulbesuchs trotz BS
Form:	Gruppengespräche in gemeinsamer Eltern/Kinderrunde
Dauer:	4 UE gemeinsame Eltern- und Kindergruppe plus 2 UE Elterngruppe (offene Fragerunde)
Zielgruppe:	Kinder mit funktionellem Bauchschmerz und deren Eltern
Leitung:	Arzt, Psychologe oder sonstige erfahrene Fachkraft
Material:	Flipchart, Fragebögen, Arbeitsblätter

Allgemeine Ziele

1. Stressauslöser für BS-Episoden: Identifikation und Bewältigung
2. Schulbesuch: Aufrechterhaltung bzw. (gestufte) Wiederaufnahme
3. fakultativ: Ernährungsbezogene BS-Auslöser

Besonderheiten und Hinweise

Das Modul III zum symptomarmen Intervall enthält beim funktionellen Bauchschmerz einen geringeren Inhaltsumfang als bei anderen Indikationen. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass es innerhalb des Intervalls keine (z.B. medikamentöse) Dauerbehandlung gibt, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von erneuten BS-Episoden prophylaktisch minimieren kann.

Eine präventive Funktion haben im Falle des funktionellen BS vorrangig zwei Aspekte: die Bearbeitung von Stressfaktoren, die erkennbar mit dem Auftreten von BS-Episoden assoziiert sind, sowie die Sicherstellung bzw. Wiederaufnahme des regulären Schulbesuchs und Alltagslebens.

Genderaspekte sind nachrangig, da der BS beide Geschlechter in weitgehend analoger Weise betrifft.



Übersicht über die LZ

- 3.1 Eltern und Kinder können die für ihre BS-Episoden relevanten Stressauslöser nennen
- 3.2 Eltern und Kinder können das Problemlösetraining auf ihre Stressoren anwenden
- 3.3 Eltern und Kinder können auftretenden BS-Episoden auch eine positive Bedeutung zuschreiben
- 3.4 Eltern und Kinder reflektieren, ob in der Schule aversive Bedingungen vorliegen, die ein Vermeiden des Schulbesuchs begünstigen
- 3.5 Eltern und Kinder können ihren gemeinsamen Plan zur Wiederaufnahme eines stetigen Schulbesuchs beschreiben (fakultativ)
- 3.6 Eltern und Kinder wissen, wie sie bei ihnen vorliegende ernährungsbezogene Auslöser von BS-Episoden meiden (fakultativ)



Lernziel

3.1 Eltern und Kinder können die für ihre BS-Episoden relevanten Stressauslöser nennen

Begründung

Viele BS-Episoden werden durch psychosoziale, äußere (soziale) wie innere (emotionale) Stressfaktoren getriggert. Eine Veränderung dieser Stressfaktoren kann die Häufigkeit und Intensität des BS vermindern (Stimuluskontrolle).

Inhalte

Suche nach

- Belastungsfaktoren, die direkt als Auslöser erkennbar oder mit der BS-Episode assoziiert sind (z.B. Konflikte), und/oder
- vorangegangenen Belastungssituationen (reaktiv: z.B. nach der Erfahrung von subtilen Kränkungen) und/oder
- nachfolgenden Belastungssituationen (antizipatorisch: z.B. Erwartungsangst vor dem Schulbesuch)

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Ausgangspunkt ist die Rekonstruktion bisheriger BS-Episoden mit dem Fokus darauf, ob sich das Kind im Vorfeld in irgendeiner Weise emotional belastet gefühlt hat. Sehr häufig liegen Kränkungserlebnisse vor, die dem Kind nicht vollständig bewusst sind bzw. für deren Mitteilung es sich schämt. Die Aufgabe kann als Familienreflexion mit Hilfe eines Arbeitsblattes bearbeitet werden. Dazu überlegen Eltern und Kind gemeinsam, in welchen Situationen (äußere Stressoren) und in welcher emotionalen Stimmung (innere Stressoren) die BS typischerweise auftreten. Wenn Eltern / Kinder dazu bereit sind, können sie die Ergebnisse im Plenum vorstellen. Die Familien bekommen zusätzlich die Hausaufgabe, bei zukünftigen BS-Episoden aufmerksam zu beobachten, welche Stressoren möglicherweise wirksam sind.

Anmerkungen

Die potentiellen Stressoren umfassen im Grunde das gesamte Spektrum möglicher kindlicher Belastungsfaktoren und können hier nicht spezifiziert aufgeführt werden.



Lernziel

3.2 Eltern und Kinder können das Problemlösetraining auf ihre Stressoren anwenden

Begründung

Das Problemlösetraining bietet eine universelle Bewältigungsstrategie, die grundsätzlich für alle Typen von Stressoren einsetzbar ist.

Inhalte

Das Problemlösetraining umfasst folgende sechs Schritte:

- Schritt 1: Dem Stressor auf die Spur kommen:
 - Zunächst beobachte ich möglichst genau die BS-Episoden, in denen der Stressor auftritt, und wie ich in dieser Situation reagiere.
- Schritt 2: Ideen zur Bewältigung sammeln
 - Ich sammle möglichst viele unterschiedliche Ideen, wie die Situation zu bewältigen wäre, ohne vorschnell bestimmte Vorschläge zu verwerfen.
 - Ich befrage Freunde und Bekannte, wie sie das Problem angehen würden.
 - Ich stelle mir vor, wie jemand ganz anderes sich in dieser Situation verhalten würde.
 - Ich lasse auch ungewöhnlich, unrealistisch oder unvernünftig erscheinende Ideen zu.
- Schritt 3: Den eigenen Weg finden und eine Entscheidung treffen für eine spezielle Vorgehensweise
- Schritt 4: Konkrete Schritte planen
- Schritt 5: Im Alltag handeln
- Schritt 6: Bilanz ziehen
 - Ich bewerte das Ergebnis: War die Problemlösung erfolgreich oder muss ich nach neuen Ideen suchen?
 - Habe ich bestimmte Vorschläge vorschnell ausgeschlossen?
 - Waren die konkreten Schritte nicht genau genug geplant?
 - Habe ich mögliche Schwierigkeiten übersehen?

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Der Trainer stellt die Schritte des Problemlösetrainings in allgemeiner Form auf dem Flipchart vor. Eltern und Kind wenden dieses auf individuell wirksame Stressoren an. Wenn jemand mag, kann der eigene Problemlöseprozess in der Gruppe vorgestellt werden oder ein typisches Problem kann im Plenum exemplarisch bearbeitet werden.

Anmerkungen

Bei Bedarf kann das Thema in Modul 5 weiter vertieft werden.



Lernziel

3.3 Eltern und Kinder können auftretenden BS-Episoden auch eine positive Bedeutung zuschreiben

Begründung

Eine rein negative Bewertung des BS kann das Leiden daran intensivieren. Eine (auch) positive Konnotation i.S. einer Nutzung des BS als psychophysisches Signal kann dazu beitragen, „Freundschaft mit dem Körper und dem Schmerz zu schließen“.

Inhalte

- Suche nach positiven Aspekten der BS-Episoden (Perspektive des Utilisierens): z.B. als hilfreiches Signal für unbewältigte Stressoren

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Kind und Eltern fragen sich gemeinsam: „Was will der BS mir / uns sagen, ob und ggf. was ich vielleicht in meinem Leben ändern muss“.

Als Methode bietet sich die Ampel-Metapher an. Demnach wirkt der BS wie eine rote Ampel, die ein deutliches Signal setzt, inne zu halten. Ohne die rote Ampel würde man vielleicht gedankenlos über eine befahrene Kreuzung fahren (d.h. bestimmte Konflikte und Risiken nicht bewusst wahrnehmen). Der BS sensibilisiert so für unterschwellige Belastungen, Kränkungen und seelische Verletzungen.

Anmerkungen:

BS-Episoden können als körperliches Signal genutzt werden, innezuhalten und nachzuspüren, ob unterschwellig wirksame Stressoren vorliegen.



Lernziel

3.4 Eltern und Kinder reflektieren, ob in der Schule aversive Bedingungen vorliegen, die ein Vermeiden des Schulbesuchs begünstigen

Begründung

Schulangst und Auftreten von BS-Episoden sind häufig miteinander assoziiert. Die Wahrscheinlichkeit dafür steigt, wenn BS-Episoden häufiger an Schultagen auftreten und hier wiederum an Tagen, an denen eine Konfrontation mit einem schulbezogenen Stressor erwartet wird.

Inhalte

Drei Gruppen von schulbezogenen Stressoren stehen im Vordergrund

- Problematische Beziehung zu einem Lehrer: Häufig berichten die Kinder von kränkenden Erlebnissen mit einem Lehrer, der sie zum Beispiel vor der ganzen Klasse bloßgestellt hat.
- Mobbing durch Mitschüler.
- Lern- und Leistungsprobleme: Häufig haben Kinder leistungsbezogene Versagensängste. Diese umfassen
 - a) kognitive Überforderung durch ein Missverhältnis von Anforderungen (z.B. Gymnasialbesuch) und intellektuellem Potenzial des Kindes (Intelligenz, Aufmerksamkeitsfunktionen, Lernverhalten),
 - b) hohe Prüfungsängstlichkeit. Die Prüfungsängstlichkeit kann in überhöhten Leistungserwartungen der Eltern begründet sein, aber auch in übersteigerten, dysfunktionalen Standards, mit denen das Kind die eigene Leistungsfähigkeit beurteilt.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Nach einer Einführung am Flipchart reflektieren Eltern und Kind jeweils,

- ob BS gehäuft vor dem Schulbesuch auftritt (z.B. an Schultagen häufiger als am Wochenende)
- gehäuft an solchen Schultagen auftritt, an denen das Kind eine besondere Herausforderung in der Schule erwartet (z.B. Klassenarbeit),
- ob das Kind an solchen Tagen - unabhängig vom Leiden am BS - Erleichterung verspürt, wenn es nicht in die Schule muss,
- welcher Stressor genau für das Kind besonders herausfordernd ist: Lehrer? Mitschüler? Lernen / Leistung? Sonstiges?

Nach der Einzelarbeit innerhalb der Familie können einzelne Eltern/Kinder, wenn sie dazu bereit sind, ihre individuelle Situation im Plenum vorstellen. Gemeinsam in der Runde können anschließend Lösungsvorschläge erarbeitet werden.

Anmerkungen

Es ist wichtig, das Kind vor dem Eindruck zu schützen, es würde den BS vortäuschen, um den Schulbesuch vermeiden zu wollen. Vielmehr wird herausgestellt, dass ein tatsächlich vorliegender BS auch den Vorteil bieten kann, ein ansonsten nicht erlaubtes Fernbleiben vom Unterricht zu legitimieren, weil ein anderer Grund („ich habe Angst vor einem Mitschüler“; „Ich habe mich nicht genug auf die Klassenarbeit vorbereitet“) für das Fernbleiben nicht akzeptiert würde.



Lernziel

3.5 Eltern und Kinder können ihren gemeinsamen Plan zur Wiederaufnahme eines stetigen Schulbesuchs beschreiben (fakultativ für den Fall, dass eine exzessive Schulvermeidung / Schulabsentismus vorliegt)

Begründung

Schulabsentismus und funktioneller BS können einen wechselseitigen Teufelskreis begründen und so stark zu einer Chronifizierung beitragen.

Inhalte

Der Plan zur Reintegration umfasst folgende Komponenten:

- Gesichtswahrende Erklärung zum Bauchschmerz für Mitschüler und Lehrer. Nach längerer Schulabwesenheit kann die Angst, als „Schulschwänzer“ stigmatisiert zu werden, zur entscheidenden Barriere einer schulischen Reintegration werden. Gesicht wahrende Formulierungen, mit denen das Kind kritische Nachfragen beantworten kann, können helfen (z.B. „Mein Kinderarzt hat gesagt, dass ich eine Veranlagung zu andauernden Bauchschmerzen habe. Eine richtige Behandlung dafür gibt es nicht. Es kann sich aber wieder auswachsen. In der letzten Zeit wird es wieder besser. Darüber freue ich mich sehr. Ich möchte jetzt wieder möglichst regelmäßig zur Schule gehen, auch wenn ich mal wieder Bauchschmerzen bekomme. Ich will probieren, diese in der Schule auszuhalten und nur nach Hause gehen, wenn es wirklich zu schlimm wird. Wenn ich zu Hause bleibe, verpasse ich zu viel Schulstoff. Außerdem ist es zu Hause auf die Dauer viel langweiliger als mit euch in der Schule.“)
- Aufholen versäumten Schulstoffs. Insbesondere Kinder mit ohnehin schwachen Schulleistungen befürchten, den versäumten Schulstoff nicht nachholen zu können. Im Gespräch mit Eltern und Lehrern sollte bilanziert werden, in welchen Schulfächern welche Lücken entstanden sind. Darauf aufbauend wird ein Plan erstellt, welcher Schulstoff nachzuholen ist, weil er Voraussetzung für spätere Unterrichtseinheiten ist, und auf welchen Stoff verzichtet werden kann. Dann wird ein Arbeitsplan entwickelt, der die Lücken sukzessive schließt. Der Plan sollte möglichst mit niedrigen Anforderungen beginnen. So kann es in der ersten Woche genügen, nur den aktuellen Schulstoff zu bearbeiten, ohne Lücken aus der Vergangenheit aufzuholen. Dem Kind sollte Unterstützung angeboten werden. Dazu können feste Zeiten vereinbart werden, an denen das Kind entweder mit einem Elternteil oder mit einer Nachhilfeperson übt.
- Zum Wiedereintritt in die Schule gehört ggf. auch eine Absprache mit dem (Klassen)Lehrer. Dazu wird ein Zielverhalten vereinbart, mit dem der Lehrer auf BS-Äußerungen des Kindes reagieren soll (z.B. das Kind geht vorübergehend in einen Ruheraum und kehrt bei Besserung wieder zurück). Ansonsten sollen besondere Vergünstigungen unterbleiben.
- Evtl. einen gestuften Plan erarbeiten. In den ersten Tagen beginnt das Kind mit nur ein oder zwei Stunden Schulbesuch. Die minimalen Anforderungen zu Beginn stärken die Zuversicht, den Wiedereinstieg in den Unterricht bewältigen zu können. Auch das Aufholen versäumten Schulstoffs wird schrittweise gesteigert.



Hinweise zur Durchführung/Methoden

Gemeinsames Erarbeiten am Flipchart mit anschließender Diskussion der Umsetzbarkeit. Die Tabelle 3.5 stellt einen Explorationsleitfaden als Arbeitsmaterial für die Trainer zur Verfügung. Darin finden sich detaillierte Fragen zu möglichen Barrieren des Schulbesuchs.

Die Familie soll entweder am Ende der Stunde oder zu Hause eine (schriftliche) Vereinbarung zur Wiedereingliederung treffen. Der Plan umfasst auch eine Vereinbarung, wie das Kind morgens bei Abwesenheit vom Unterricht zu Hause die Zeit zubringt (z.B. reguläre Aufstehzeit, eigenständiges Lernen des Schulstoffs, keine Fernseh- und Computernutzung)

Anmerkungen

Es ist abzuwägen, ob für Kinder mit exzessivem, verfestigtem Schulabsentismus die Patientenschulung in der Gruppe das adäquate Setting zur Überwindung des Problems darstellt. Die Trainer zeigen sich flexibel, das Thema detailliert zu behandeln, wenn unter den Teilnehmern eine hohe Betroffenheit besteht und Interesse an der Bearbeitung formuliert wird. Ansonsten kann das Thema Schulabsentismus kurz gehalten werden und auf die Möglichkeit von Einzelberatung verwiesen werden.

Tabelle 3.5: Exploration von Barrieren einer Wiederaufnahme des Schulbesuches

- Erzähle mir, wie ein Tag normalerweise verläuft, an dem Du nicht zur Schule gehst! Erzähle mir beispielsweise, wie der gestrige Tag verlaufen ist. Wann bist Du aufgestanden, und wie hast Du dann den Vormittag und Nachmittag verbracht?
- Was magst Du am meisten/am wenigsten an Deiner Schule? In welchem Schuljahr hast Du Dich bisher am wohlsten gefühlt? Was war damals anders als jetzt? Bei welchem Lehrer hast Du Dich bis jetzt am wohlsten gefühlt? Was war damals anders als bei Deinem jetzigen Lehrer?
- Was wird auf Dich zukommen, wenn Du wieder in die Schule gehst? Erzähle mir, wie Du Dir den ersten Schultag vorstellst! Erzähle mir das Schlimmste, was für Dich am ersten Schultag passieren könnte! Wie könnte ein erster Schultag ablaufen, der für Dich so gut läuft, dass Du sehr zufrieden nach Hause gehst und Dich schon auf den nächsten Schultag freust?
- Wie viel Schulstoff hast Du versäumt? Fällt es Dir schwer, wieder in die Schule zu gehen, weil Du den Anschluss an den Schulstoff versäumt haben könntest? Wenn ja, in welchen Fächern?
- Was denkst Du, wie die Lehrer auf Dich reagieren werden, wenn sie Dich wieder sehen? Werden sie eher froh sein oder ärgerlich? Was denkst Du, was sie zu Dir sagen werden? Was werden die anderen Kinder sagen, wenn sie Dich wieder sehen? Werden sie eher freundlich oder eher ärgerlich sein?
- Was willst Du den anderen Kindern sagen, wenn sie Dich fragen, warum Du so lange in der Schule gefehlt hast? Hast Du eine Idee, wie sie auf Deine Erklärung reagieren werden? Hast Du Angst, dass sie Dich ärgern? Was könntest Du dann antworten?
- Was willst Du tun, wenn Du während des Unterrichts Bauchschmerzen bekommst? Was denkst Du, was Deine Eltern meinen, was Du dann tun sollst?



Lernziel

3.6 Eltern und Kinder wissen, wie sie mögliche ernährungsbezogene Auslöser von BS-Episoden meiden (fakultativ)

Begründung

Manche Patienten mit Bauchschmerzen als Symptom einer Fruktosemalabsorption, Laktoseintoleranz oder sonstigen Nahrungsmittelunverträglichkeit können ggf. im Verlauf der Schulung identifiziert werden. Es handelt sich um solche Patienten, deren Bauchschmerzen im Vorfeld der Schulung nicht hinreichend differentialdiagnostisch abgeklärt wurden. Patienten mit diesen Unverträglichkeiten zählen grundsätzlich nicht zu den Adressaten der Schulung, es sei denn, Bauchschmerzen treten trotz adäquater Diät auf. Gelegentlich können Patienten mit bis dato unbekanntem Nahrungsmittelunverträglichkeiten im Verlauf der Schulung identifiziert werden.

Inhalte

- Nahrungsmittel, die die Auslöser enthalten können
- Strategien, wie diese Auslöser gemieden werden können, und Ersatzprodukte

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Es wird erfragt, ob Zusammenhänge zwischen BS-Episoden und dem vorangegangenen Verzehr von Milchprodukten, Fruktose (z.B. Apfelsaft) oder sorbithaltigen Nahrungsmitteln (Kaugummi) beobachtet wurden. Bei Zweifeln kann angeraten werden, beim Bauchschmerzprotokoll auf solche möglichen Zusammenhänge zu achten, ggf. kann auch ein Provokationsversuch vereinbart werden.

Anmerkungen

Es können didaktische Anleihen gemacht werden bei Broschüren und Informationsmaterialien zu Fruktosemalabsorption, Laktoseintoleranz etc. oder bei Schulungskonzeptionen für Krankheitsbilder, die eine starke Nahrungsmittelabhängigkeit aufweisen (vor allem atopische Dermatitis).



Modul IV für Kinder: Kompetenzen für die Regulation der Krankheitsverschlechterung bis hin zur akuten Krise: Notfallvermeidung und Notfallmanagement

Autor:	PD Dr. Meinolf Noeker, Dipl. Psych., Zentrum für Kinderheilkunde der Universität Bonn
Thema der U-Einheit:	Einflussmöglichkeiten auf die auslösenden, vermittelnden und aufrechterhaltenden Bedingungsfaktoren von BS-Episoden. Zielverhalten und Kompetenzen für die Bewältigung zukünftiger Bauchschmerzepisoden.
Form:	gemeinsames Gruppengespräch Eltern- und Kindergruppe zusammen
Dauer:	4 UE Kindergruppe 2 UE gemeinsame Eltern- und Kindergruppe
Zielgruppe:	Kinder (sowie zeitweise deren Eltern) mit funktionellem BS
Leitung:	Arzt, Psychologe oder sonstige erfahrene Fachkraft
Material:	Flipchart, Fragebögen, Schmerzskalen, Arbeitsblätter

Allgemeine Ziele

Die Kinder lernen, auf der Basis eines alters- und entwicklungsgerechten funktionellen Verständnisses von BS-Episoden die unterschiedlichen Ansatzpunkte einer positiven Einflussnahme auf das Leiden am Bauchschmerz kennen und bei neu auftretenden BS-Episoden effektiv zu nutzen (u.a. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene Bewältigungsstrategien).



Besonderheiten/Hinweise

Gruppendynamische Prozesse werden explizit gefördert und genutzt, so dass die Kinder bzw. Eltern die Erfahrungen der anderen Teilnehmer kennen lernen und ggf. auf die eigene Situation übertragen können.

Es ergeben sich teilweise Überschneidungen und Redundanzen mit Modul II. Diese sind im Sinne einer Wiederholung der Lerninhalte explizit erwünscht.

Genderaspekte müssen nicht gesondert berücksichtigt werden.



Übersicht über die Lernziele

- 4.1 Die Kinder lernen, altersgerecht eine funktionelle Analyse bei einer BS-Episode anzuwenden
- 4.2 Die Kinder verstehen, dass sie aus eigener Kraft und mit Unterstützung der Familie die BS bewältigen müssen
- 4.3 Die Kinder können mit verschiedenen Methoden die Intensität ihrer Schmerzen einschätzen
- 4.4 Die Kinder können ihre typischen BS-Symptome von untypischen, neu hinzutretenden Symptomen abgrenzen
- 4.5 Die Kinder können ihre psychosozialen Belastungen und Einschränkungen in Folge eines BS differenziert benennen
- 4.6 Die Kinder können verschiedene Möglichkeiten nennen, wie sie das Leiden am BS positiv beeinflussen können (z.B. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene und medikamentöse Bewältigungsstrategien)
- 4.7 Die Kinder können verschiedene Ablenkungsstrategien anwenden
- 4.8 Die Kinder können verschiedene Entspannungstechniken anwenden
- 4.9 Die Eltern und Kinder können mehrere hilfreiche physiotherapeutische Maßnahmen und Anwendung von Hausmitteln nennen
- 4.10 Die Eltern und Kinder wissen, dass die Wirkung von Medikamenten bei BS sehr begrenzt ist
 - 4.11.1 Die Eltern und Kinder können kognitive Techniken zur Schmerzbewältigung anwenden
 - 4.11.2 Die Eltern und Kinder finden mit Hilfe der Zwei-Spalten-Technik mindestens drei hilfreiche, positive Sätze, die sie bei BS-Episoden einsetzen können
 - 4.11.3 Die Eltern und Kinder finden mindestens zwei hilfreiche, positive Universalsätze, die sie bei allen BS-Episoden einsetzen können
 - 4.11.4 Die Eltern und Kinder können hilfreiche Adjektive zur Beschreibung des Schmerzes nennen
 - 4.11.5 Die Eltern und Kinder akzeptieren, dass keine Methode zur Verfügung steht, die den BS komplett abschaltet
- 4.12 Die Kinder können Reaktionen nennen, die sie sich von ihrer Eltern auf ihre Schmerzäußerungen hin wünschen
- 4.13 Die Eltern und Kinder können beschreiben, wie sie sich bei zukünftigen BS-Episoden verhalten wollen
- 4.14 Die Eltern und Kinder können erklären, warum nach jeder BS-Episode eine „Manöverkritik“ sinnvoll ist



Lernziel

4.1 Die Kinder lernen, altersgerecht eine funktionelle Analyse bei einer BS-Episode anzuwenden

Begründung

Ein funktionales Verständnis der BS-Episoden ist grundlegend für die darauf aufbauende Anwendung der einzelnen Bewältigungsmaßnahmen in der Akutepisode.

Inhalte

Rekonstruktion von Entstehung und Ablauf der BS-Episode anhand folgender Faktoren:

- Wie waren die äußeren Rahmenbedingungen (Auslösesituation)?
- Wie war die innere Situation des Kindes (Stimmung)?
- Wie wurde der BS und die Situation bewertet (Was hat das Kind gedacht)?
- Gab es schon einen Bewältigungsplan?
- Wie haben sich das Kind / die Eltern konkret verhalten?
- Welche Einschätzung ergab sich im Nachgang zu der Episode: Was wurde nach Einschätzung des Kindes richtig gemacht, was falsch? In welchen Punkten bestand Einigkeit, wo gab es Abweichungen/Konflikte zwischen Eltern und Kind?

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Anhand der einzelnen Bedingungsfaktoren werden die unterschiedlichen Ansatzpunkte zur Linderung der BS-Episode dargestellt. Die Kinder können beispielsweise aufgefordert werden, eine vergangene BS-Episode so zu beschreiben, als würden sie dazu einen Film drehen („Was passierte dann, und was passierte dann?“):

- Wie waren die äußeren Rahmenbedingungen (Auslösesituation)?
- Wie war meine Stimmung und Laune?
- Hatte mich vorher etwas geärgert, aufgeregt, gekränkt, beleidigt?
- Hatte ich vorher etwas Schlechtes gegessen?
- Welche Gedanken gingen mir durch den Kopf, als der BS anfang?
- Welches Gefühl hatte ich, als der BS anfang?
- Hatte ich einen Plan, wie ich mit den BS am besten zurechtkomme?
- Was habe ich konkret gemacht, um es erträglicher zu machen?
- Was habe ich richtig bzw. falsch gemacht? In welchen Punkten war ich mit meinen Eltern einig, wo gab es Streit oder andere Ansichten?

Die Kinder füllen unter Anleitung das Arbeitsblatt in Tabelle 4.1.1 aus. Die Auswertung des Arbeitsblattes kann vom Trainer mit folgenden Fragen in altersgerechter Formulierung stimuliert und angereichert werden:

- Auslösebedingungen:
 - a. In welchen (äußeren, inneren) Situationen ist der Schmerz normalerweise schlimmer bzw. aushaltbarer (mit der Option, die Situation zu verändern: Stimuluskontrolle)
- Konsequenzbedingungen: Was bewirkt der Schmerz?
 - b. Ruhe, Zuwendung, Berechtigung zum Rückzug und zur Schonung,
 - c. aber auch Zermürbung, Resignation, Ohnmacht, Streit, Schuld- und Schamgefühle, Versagensgefühle; Gefühl der Benachteiligung usw.



- Schmerzkommunikation
 - d. Was sagt der Schmerz an die Eltern darüber, wie es dem Kind emotional geht?
 - e. Wovor schützt der Schmerz (Überforderung, Stress, Konflikte, unangenehme Gefühle etc.)?

Anmerkungen

Für die Auswertung des Arbeitsblattes (Tabelle 4.1.1) bietet die Tabelle 4.1.2 ein Arbeitsblatt für die Trainer, das aus professionell-verhaltenstherapeutischer Sicht die vorausgehenden, vermittelnden und nachfolgenden Bedingungsfaktoren der BS-Episode detailliert erfasst. Die Trainer können dieses Blatt als Hintergrundinformation nutzen, um die Ergebnisse konzeptuell besser einzuordnen und spezifischer nachfragen zu können.



Tabelle 4.1.1: Arbeitsblatt für Kinder zum Verständnis einer Bauchschmerzepisode in Anlehnung an die funktionale Bedingungsanalyse der Verhaltenstherapie

Ablauf der Bauchschmerzepisode	Angaben des Kindes
Situation: Wo war ich? Was war los? Was stand an?	
Stimmung: normal, schlecht, gut?	
Schmerzstärke auf einer Skala (z.B. Schulnotenskala)	
Was habe ich gedacht, als der Bauchschmerz angefangen hat? Was ging mir durch den Sinn?	
Wie habe ich mich gefühlt?	
Was habe ich getan, um mit dem Bauchschmerz klar zu kommen?	
Was haben meine Eltern gemacht?	
Wie zufrieden war ich anschließend mit dem, was ich / wir getan haben?	



Tabelle 4.1.2: Hintergrundinformation für die Trainer: Funktionale Bedingungsanalyse der Bauchschmerzepisode auf verhaltenstherapeutischer Basis

Auslösebedingungen: Bedingungsfaktoren, die an Auftreten, Schweregrad und Verlauf von Beschwerden gekoppelt sind:

- Äußere Triggerfaktoren: Kopplung an bestimmte zeitliche oder situative Kontextbedingungen
 - Körperlich-physiologische (z.B. Essen, Schlaf, Stuhlverhalten)
 - Psychosoziale Belastungssituation (z.B. Familienstreit, erzieherische Grenzsetzung, anstehende Klassenarbeit, Situationen sozialer Hervorhebung)
- Innere Triggerfaktoren: Kopplung an bestimmte vorangehende Gefühle (z.B. Kränkung, Überforderung, soziale Angst)
- Bei auslösenden Stressfaktoren eingehende, spezifische Exploration anschließen (Bewältigungsfertigkeiten gegenüber identifiziertem Stressor etc.)

Aufmerksamkeitsstil bei auftretenden Bauchschmerzen: Ablenkung (*repression*) vs. Hinwendung (*sensitizing*); Linderung der Beschwerden durch gezielte Aufmerksamkeitslenkung möglich?

Kognitiv-emotionale Schmerzverarbeitung und Schmerzverhalten

- Physiologie: Qualität des Schmerzes (z.B. kolikartig), Intensität des Schmerzes (z.B. mit visueller Analogskala), Begleitbeschwerden
- Kognition: Kausalattributionen für das akute Auftreten der Schmerzen; Bewertung (z.B. Katastrophisieren vs. Selbstberuhigung), kognitive Kontrolle des Schmerzerlebens, Wahrnehmung von Möglichkeiten der Hilfe
- Emotion: affektive Bewertung aufkommender Schmerzen (z.B. Ärger, Hilflosigkeit/ Ohnmacht, Niedergeschlagenheit)
- Verhalten
 - Bewältigungsstrategien (z.B. Rückzug, Vermeidung von Anforderungen, Schonverhalten)
 - Selbstbehandlung (Medikamente, Entspannung, Wärmflasche, Bettruhe, Fernsehen als Ablenkung etc.)
 - Schmerzkommunikation: Mitteilen vs. Verschweigen der Schmerzattacke, Aggravieren vs. Dissimulieren, Klagen/Jammern, nonverbaler Ausdruck von Bedürfnissen und Erwartungen

Konsequenzbedingungen

- Kurzfristig: positive Verstärkung (z.B. Zuwendung, Erlaubnis und Freiraum, um Lieblingsbeschäftigungen nachzugehen), negative Verstärkung (z.B. Wegfall von Schulbesuch, häuslichen Verpflichtungen), Reaktionen des Umfeldes (Freunde, Mitschüler, Lehrer) bei Mitteilung von Bauchschmerzen?
- Langfristig: Schulische Defizite (sozial und leistungsbezogen), familiäre Spannungen wegen latenten Zweifeln an der „Echtheit“ der Schmerzen; Verunsicherung des elterlichen Erziehungsverhaltens; Geschwisterrivalität?



Lernziel

4.2 Die Kinder verstehen, dass sie aus eigener Kraft und mit Unterstützung der Familie die BS bewältigen müssen

Begründung

Für Kinder sind wiederkehrende Besuche beim Kinderarzt sehr frustrierend, da sie letztlich ohne neue Behandlungsoption von der Konsultation zurückkommen. Zusätzlich kann die Vorstellung beim Kinderarzt die erlebte Eigenverantwortung für die Regulation einer BS-Episode reduzieren und in kontraproduktiver Weise erneut an den Arzt delegieren. Dies senkt die Motivation zur eigenverantwortlichen Krankheitsbewältigung.

Inhalte

- Das Kind ist bei neuen BS-Episoden entscheidend auf seine subjektive Beschwerdewahrnehmung und -interpretation angewiesen.
- Eine erneute kinderärztliche Vorstellung ist in der Regel nur bei Auftreten neuer und atypischer Symptome zielführend.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Fragerrunde in der Kindergruppe zu Erfahrungen und Ergebnissen beim Kinderarzt sowie Ergänzungen durch die Trainer.

Anmerkungen

Die Kinder lernen, dass sie wesentlich auf die eigene Beobachtung ihres BS angewiesen sind („Ich bin mein eigener Arzt“). Sie werden sensibilisiert, darauf zu achten, wenn neue Beschwerden auftreten, die sie von früheren BS-Episoden nicht kennen. In diesem Fall sollen sie ihre Eltern verständigen, damit diese ggf. entscheiden, ob zur Klärung atypischer Symptome eine Vorstellung beim Kinderarzt veranlasst wird.



Lernziel

4.3 Die Kinder können mit verschiedenen Methoden die Intensität ihrer Schmerzen einschätzen

Begründung

Die Einschätzung der Schmerzstärke hat folgende Funktionen:

1. Sie bietet Eltern und Ärzten eine diagnostische Information über den Schmerzzustand des Kindes.
2. Sie ist Teil eines Bauchschmerzprotokolls und kann so in Beziehung zu weiteren Faktoren (z.B. Auslösern) gesetzt werden.
3. Sie differenziert die Körper- und Symptomwahrnehmungsfähigkeit des Kindes. Es lernt Feinabstufungen im Schmerzerleben genauer wahrzunehmen.

Sie ist nicht nur diagnostisch verwertbar, sondern auch interventionell. In der systemischen Therapie sind Skalierungsfragen eine zentrale Fragetechnik. Kinder mit pessimistisch, resignativer Einschätzung ihrer Schmerzkontroll-Fähigkeiten können z.B. gefragt werden: „Du hast angegeben, dass Dein Schmerz bei 5+ liegt. Was könntest Du tun, um Deinen Schmerz auf eine 4- zu reduzieren?“

Inhalt

- Verschiedene Methoden der selbst durchgeführten, quantitativen Schmerzmessung (visuelle Analogskalen, numerische Skalen)
- Individuelle Entscheidung für die persönlich favorisierte Methode

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Vorstellen, Erproben und Diskutieren der verschiedenen Skalen

Anmerkungen

Visuelle Analog-Skala

Vor allem bei kleineren Kindern werden Smiley-Figuren eingesetzt. Verbreitet ist die SAS – Skala (Abb. 1). Diese ist kritisiert worden, weil die Messung der sensorischen Schmerzintensität mit der affektiven Bewertung des Schmerzes (vgl. Tränen auf dem Gesicht) überlagert ist. Dies muss jedoch nicht zwingend ein Nachteil sein, wenn man erfahren will, wie es dem Kind bei einer BS-Episode insgesamt geht.



Abb. 1: SAS – Smiley- Skalen (ab vier Jahren) zur Selbstbeurteilung der Schmerzen



Alternativ ist in jüngerer Zeit die Skala von Hicks (2001) verstärkt eingesetzt worden (Abb.2). In der Schulung können die Kinder angeben, welches Gesicht ihren Schmerz bei einer typischen/letzten/schlimmsten BS-Episode am besten abbildet.

Gesichter Skala ab ca. 4. Lebensjahr (Hicks et al. Pain 2001; 93: 173-83), Eigenbeurteilungsskala



Abb. 2. Skala nach Hicks (2001)

Numerische Skalen

Bei Schulkindern ab der dritten Grundschulklasse, die mit dem Zahlenraum bis 100 bzw. dem schulischen Benotungsverfahren vertraut sind, kommen numerische Skalen in Betracht. Numerische Skalen können die Schmerzintensität auf einer Skala von 1 bis 10 (jüngere Kinder) oder 1 bis 100 (ältere Kinder, Jugendliche) abbilden. 1 bedeutet jedwede Abwesenheit von Schmerz, 10 bzw. 100 bedeutet den maximal vorstellbaren Schmerz.

Besonders eingängig ist Schulkindern die Skalierung analog zur vertrauten Skala der Schulnoten von 1 bis 6, d.h. bei 1 („sehr gut“) - vollständige Schmerzfreiheit bis zu 6 („ungenügend“) - maximale Schmerzstärke. Es können auch Zwischenabstufungen benutzt werden (z.B. 3- oder 4+).



Lernziel

4.4 Die Kinder können ihre typischen BS-Symptome von untypischen, neu hinzutretenden Symptomen abgrenzen

Begründung

Die Kinder sollen lernen, sich typische und vertraute Beschwerden und Schmerzen gut einzuprägen, um später eine erneute BS-Episode sicher als solche identifizieren zu können bzw. wachsam darauf zu achten, wenn neue, unvertraute Symptome hinzutreten (Symptombewertung und –interpretation). Dies hat Bedeutung für die Frage, ob ein Kinderarzt aufzusuchen ist. Die anamnestischen Angaben des Kindes sind der Ausgangspunkt des diagnostischen Prozesses.

Inhalte

Mögliche Symptome, die bei der Abgrenzung helfen:

- nächtliches Erwachen wegen BS
- Lage des BS nicht mehr in der Mitte des Bauches
- zusätzliches Fieber
- Blut im Stuhl
- zusätzliches Erbrechen
- der Schmerz sich anders anfühlt als sonst
- Veränderungen der Haut
- ein vermehrtes Auftreten des BS nach dem Verzehr bestimmter Speisen

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Neben der quantitativen Einschätzung der Schmerzintensität werden die Kinder durch o.g. Fragen angeleitet, die Schmerzqualität richtig zu erfassen.

Anmerkungen

Die Kinder sollen lernen, Schmerzepisoden, die auf funktionellem BS basieren, abzugrenzen von ggf. auftretenden BS-Episoden anderer Genese. Das Kind kann so seinen Eltern und dem Arzt berichten, wenn neue Symptome hinzugetreten sind, so dass eine neue Diagnostik indiziert sein kann.



Lernziel

4.5 Die Kinder können ihre psychosozialen Belastungen und Einschränkungen in Folge eines BS differenziert benennen

Begründung

Die psychosozialen Auswirkungen und Einschränkungen in Folge eines BS können sich aus Patientensicht für die Lebensqualität als gravierender herausstellen als das Leiden an der Schmerzempfindung selbst. Die Schulung soll daher bei der Bewältigung dieser Auswirkungen helfen. Dafür ist eine genaue Identifikation der Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten bedeutsam (Sicherung der Partizipation im Sinne der ICF).

Inhalt

- Individuelle psychosoziale Belastungen und Einschränkungen durch den BS

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Um die Identifikation der Einschränkungen so zu gestalten, dass diese ohne Selbstwertgefährdungen geschieht, wird ein Austausch initiiert mit der Leitfrage: „Wie schaffe ich es – trotz und mit BS – meinen Aktivitäten und sozialen Kontakten nachzugehen? Wann gelingt mir dies weniger?“

Als Vorbereitung für den Austausch in der Gruppe füllen die Kinder die „Selbstwirksamkeitsskala zum Funktionsniveau eines Kindes trotz chronischen Schmerzes“ aus (vgl. Tabelle 4.5.). In der Patientenschulung liegt das Ziel dieses Instrumentes weniger in einer diagnostischen Erfassung, als im Anstoßen eines Wahrnehmungs-, Reflexions- und Austauschprozesses.

Anmerkungen

Das Instrument wird in einer Parallelförm auch von den Eltern bearbeitet (vgl. Elternschulung). Es ergeben sich teilweise Überschneidungen mit Modul V. Dies ist im Sinne einer Wiederholung erwünscht.



Tabelle 4.5: Selbstwirksamkeitsskala zum Funktionsniveau eines Kindes trotz chronischen Schmerzes“ (Bursch et al., 2006, S. 41; Übersetzung M. Noeker). Die Fragen werden auf einer 5-stufigen Skala beantwortet (von „sehr sicher“ bis „sehr unsicher“)

„Wenn Du Schmerzen hast: wie sicher bist Du, dass du in der Lage bist, trotzdem die folgenden Dinge zu tun?“

- Wie sicher bist Du, dass du es schaffst, den ganzen Tag am Unterricht teilzunehmen, auch wenn Du Schmerzen hast?
- Wie sicher bist Du, dass Du es schaffst, mit Deinen Freunden zusammen zu sein, auch wenn Du Schmerzen hast?
- Wie sicher bist Du, dass Du Dich gut am Unterricht beteiligen kannst, auch wenn Du Schmerzen hast?
- Wie sicher bist Du, dass Du Aufgaben im Haushalt erledigen kannst, auch wenn Du Schmerzen hast?
- Wie sicher bist Du, dass Du eigenständig gut zurechtkommst, auch wenn Du Schmerzen hast?
- Wie sicher bist Du, dass du Deine Hausaufgaben erledigen kannst, auch wenn Du Schmerzen hast?
- Wie sicher bist Du, dass Du etwas mit Deiner Familie unternehmen kannst, auch wenn Du Schmerzen hast?



Lernziel

4.6 Die Kinder können verschiedene Möglichkeiten nennen, wie sie das Leiden am BS positiv beeinflussen können (z.B. kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene und medikamentöse Bewältigungsstrategien)

Begründung

Konkrete Bewältigungsstrategien für neue Episoden sind essentiell für den Aufbau von Symptomkontrolle und Rückgewinn von Selbstwirksamkeit.

Inhalt

- Alters- und entwicklungsgerechte Version der Gate-control-Theory: ein Schmerzsignal durchläuft bei der Schmerzverarbeitung eine Abfolge mehrerer Schmerztorer, die die Weiterleitung vom Bauch zum Gehirn leicht durchlassen oder hemmen.
- Kognitive, verhaltensbezogene, entspannungsbezogene und medikamentöse Bewältigungsstrategien stellen Möglichkeiten dar, die Schmerztorer (teilweise) zu schließen.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Die Kinder werden gefragt, mit welchen Strategien zur Schmerzbewältigung sie bereits gute Erfahrungen gemacht haben. Die Strategien werden gesammelt und danach sortiert, ob sie auf das Reduzieren des Schmerzes oder auf das Reduzieren der Beeinträchtigungen durch den Schmerz abzielen. Der Trainer erläutert altersgerecht das Konzept der Schmerztorer.

Anmerkungen

Die Leitfrage für diesen Abschnitt ist weniger: „Wie kann ich den Schmerz minimieren?“, sondern „Wie kann ich mein Leiden, meine Beeinträchtigung durch den Schmerz minimieren?“ - in der Sprache der Kinder etwa „Wie kann ich es schaffen, mich von den Bauchschmerzen nicht unterkriegen zu lassen?“

Für das Verstehen vieler, insbesondere psychologischer Schmerzbewältigungstechniken ist es hilfreich, initial eine Differenzierung zwischen der Wirkung einer Maßnahme auf den Schmerz versus ihrer Wirkung auf *das Leiden am Schmerz* einzuführen. Fast alle Kinder kennen aus eigener Erfahrung die schmerzreduzierende Wirkung von Ablenkungsstrategien. Es kann auch auf Situationen verwiesen werden, wenn sich bei einem Unfall schwer verletzte Personen zunächst um andere Verletzte kümmern und die Schmerzwahrnehmung erst einsetzt, wenn die Notfallversorgung beendet ist. Darüber lässt sich plausibilisieren, dass Gedanken den Schmerz zumindest teilweise beeinflussen können.

Die Aufklärung zum Schmerzkonzept ist essentiell, weil viele Betroffene sich sonst durch kognitive Schmerzbewältigungstechniken in dem als abwertend erlebten Glaubenssystem bestätigt fühlen, dass ihr Schmerz „nur im Kopf“ und somit eingebildet sei. Der therapeutische Vorschlag, kognitive Schmerzbewältigungstechniken einzuüben, wird dann gleich gesetzt mit der Kränkung, keinen „echten“ Schmerz zu haben. Entsprechend werden kognitive Methoden abgewertet, um sich vor diesem Vorwurf zu schützen. Die Kinder sollen verstehen, dass die Übung darauf zielt, sich trotz eines mehr oder weniger im Bauch unveränderten Schmerzreizes „im Geiste“ davon nicht so stark beeinträchtigen zu lassen. Es wird herausgestellt, dass diese Methoden auch bei anderen Schmerzen funktionieren.



Lernziel

4.7 Die Kinder können verschiedene Ablenkungsstrategien anwenden

Begründung

Befragt nach ihren praktizierten Schmerzbewältigungstechniken, nennen viele Kinder als bevorzugte Technik Ablenkungsstrategien. Sie zählen zu den einfachsten und wirksamsten Schmerzbewältigungstechniken.

Inhalt

- unterschiedliche Ablenkungsstrategien (s. Methoden)
- Kriterien für „gute“ Ablenkungsstrategien (Effektivität, Wirkdauer, flexiblerer Einsatz)
- Unterschiedliche sensorische Kanäle für Ablenkungsstrategien

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Folgende Ablenkungsstrategien werden in der Kindergruppe hinsichtlich der damit gemachten Erfahrungen und der erlebten Wirksamkeit besprochen:

- Musik hören oder machen,
- Umgebung detailliert anschauen,
- Waldspaziergang machen,
- Bücher lesen bzw. vorlesen lassen, Bilderbücher anschauen, Kassetten mit Geschichten anhören,
- basteln, malen und zeichnen
- Karten oder Gesellschaftsspiele spielen,
- hinlegen und sich Geschichten erzählen,
- mit Freunden spielen,
- (bei tolerabler Schmerzintensität): in die Schule gehen und dem Schulunterricht folgen.

Einige Ablenkungsstrategien werden in der Schulung konkret ausprobiert mit Blick auf unterschiedliche sensorische Kanäle:

- visueller Kanal: Was sehe ich jetzt? (z.B. gezielt Photo ansehen)
- akustischer Kanal: Was höre ich im Moment? (z.B. CD hören)
- kinästhetischer/sensorischer Kanal: Was spüre ich im Moment? (z.B. Gesicht mit kaltem Wasser waschen, sich in die Badewanne legen)
- Geruch: Was rieche ich? (z.B. Parfüm riechen)
- Geschmack: Was schmecke ich? (z.B. Zitrone essen, Saft trinken)

Jedes Kind entscheidet sich für (drei) bevorzugte Ablenkungsstrategien.

Abhängig von der Zusammensetzung des Schulungsteams werden den Kindern zudem Entspannungsübungen, Traumreisen und künstlerische Therapieelemente (Musiktherapie, Maltherapie) angeboten.

Anmerkungen

Im Unterschied zu Ablenkungstechniken bei hoch akuten Schmerzen (z.B. Punktionen in der Medizin) müssen die Ablenkungstechniken beim BS so gewählt sein, dass sie möglichst lange (ggf. über viele Stunden) wirksam sind. Es sind solche Ablenkungsstrategien zu bevorzugen, die



- die Eigenaktivität des Kindes involvieren,
- über die Dauer abwechslungsreich und daher nicht direkt habituierend wirken,
- und je nach Vorlieben und Interessen des Kindes durch eine intrinsische Motivation unterstützt sind, Aktivitäten also, die das Kind prinzipiell trotz Schmerzerleben noch „genießen“ kann.





Lernziel

4.8 Die Kinder können verschiedene Entspannungstechniken anwenden

Begründung

Entspannungstechniken stellen ein empirisch erprobtes Verfahren zur Linderung des BS dar.

Inhalt

- Verschiedene Entspannungs- und Imaginationsverfahren zunehmender Komplexität

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Eine einfache Entspannungstechnik beim funktionellen BS besteht im Auflegen der Hand auf die schmerzende Stelle (periumbilikal) in Verbindung mit einer Atemtechnik. Dabei wird beim Einatmen der Luftstrom in den Mittelpunkt des Schmerzempfindens hinein gelenkt, wobei sich die Hand mit dem Bauch anhebt und beim Ausatmen sich die Hand wieder absenkt. Beim Ausatmen kann das Ausströmen des Atems verknüpft werden mit der Vorstellung, dass der Schmerz beim Ausatmen aus dem Körper heraustransportiert wird. Diese einfache Übung wird in der Schulung wiederholt eingeübt, verbunden mit der Aufforderung bei BS-Episoden diese anzuwenden.

Als weitere Entspannungsübungen zeigen die Kästen 4.8.1 und 4.8.2 komplexere Ausgestaltungen der Atementspannung in Verbindung mit Imaginationsübungen. Je nach Alter der Kinder sowie Aufgeschlossenheit für entspannungs- und atemororientierte Schmerzbewältigung können diese Techniken fakultativ eingeübt werden.

Nach Einüben einer spezifischen Entspannungstechnik kann diese zur raschen Reaktivierung bei einer beginnenden BS-Episode an ein Ankerwort (z.B. „Entspanne“; „cool down“) gekoppelt (konditioniert) werden. Die Erinnerung an das Ankerwort löst dann die Entspannungsreaktion aus. Die gleiche Funktion kann das Auflegen der Hand auf den Bauch ausüben.

Anmerkungen

**Kasten 4.8.1: Trainermaterial: Anleitung zu einer komplexen Atemtechnik in Verbindung mit einer Wärmflasche und Imagination beim funktionellen BS (Einzel- oder Gruppenformat)**

„Lass Dir von Deiner Mutter oder Deinem Vater eine Wärmflasche machen, eine mit genau der richtigen Temperatur. Dann leg Dich auf ein Bett, ein Sofa oder auf den Boden, am besten Deinen Lieblingsplatz, und mach es Dir bequem. Leg Dir die Wärmflasche nun auf den Bauch, genau über die Stelle, wo der Bauchschmerz sitzt, wahrscheinlich ziemlich genau über den Bauchnabel. Leg sie so hin, dass sie ruhig liegen bleibt und Du sie gar nicht festzuhalten brauchst. Und nun beobachte was passiert, wenn Du tief und langsam einatmest und wenn Du tief und langsam wieder ausatmest. Die Wärmflasche hebt sich, wenn Du einatmest und sie senkt sich wieder, wenn Du ausatmest. Du kannst etwas damit spielen und probieren die Wärmflasche einmal besonders hoch anzuheben und sie dann wieder besonders tief in den Bauch einsinken zu lassen ... schau diesem Spiel einfach zu, beobachte, wie Dein Atem einströmt und dabei die Wärmflasche anhebt und wieder sinken lässt ...

Und wenn Du magst, kannst Du nun die Augen schließen und das Spiel nur noch mit Deinem inneren Auge beobachten ... horche und schau weiter in Deinen Bauch hinein und versuche genau die Stelle zu finden, an der Dein Bauchschmerz sitzt ... Versuche sie einmal genau zu finden, diese Stelle ... Spüre nun, wie die Wärme aus der Wärmflasche hinunterströmt, genau dorthin, wo sie Dir am besten hilft ... spüre, wie die Wärme den Bauchschmerz nach und nach aufweicht, ja schmelzen lässt, so wie feste Butter in der Wärme der Sonne schmilzt. Die schmerzende Stelle kann unter der Wärme schmelzen, sich auflösen, zerfließen ... und Du beobachtest weiter wie Dein Atem bis in den Bauch hinein strömt und wieder herausströmt ... der Atem kann sich mit der Wärme vermischen, der Atem fließt in die Bauchschmerzstelle hinein ... er hilft der Wärme und löst den Schmerz auf, er fließt in den Schmerz hinein und löst ihn, Wärme und Atem durchmischen sich und schmelzen den Schmerz, bis er ganz zerfließt ...

Verweile noch einen Moment bei Deinem Bauch, der Wärme und Deinem Atem, rufe noch einmal ein Bild herbei, das für Dich besonders wohltuend gewesen ist und versuche es Dir einzuprägen, wie mit einem inneren Fotoapparat kannst Du ein Bild davon knipsen, das kannst Du Dir immer wieder herbeiholen, wenn Du einen Bauchschmerz schmelzen lassen möchtest.“

Kasten 4.8.2: Trainermaterial: Anleitung zu einer komplexen Atemtechnik in Verbindung mit Muskelrelaxation und Imagination beim funktionellen Bauchschmerz (Einzel- oder Gruppenformat)

Stufe 1: Grundübung (fakultativ): Einüben progressiver Muskelrelaxation (PMR) in zwei oder drei Übungsdurchgängen.

Stufe 2: Wiederholtes, selektives Einüben nur der Übungen zur Handentspannung und zur Bauchentspannung aus dem PMR

Stufe 3: Wärmesuggestion in Hand und Bauch: „... Dein Bauch fühlt sich weiter wohlig entspannt an, nachdem Du ihn fest angespannt und wieder losgelassen hast ... und auch Deine Hände fühlen sich wohlig entspannt an durch das Anspannen und wieder Loslassen. Wir wollen uns weiter auf den Bauch und die Hände konzentrieren ... dazu leg Deine rechte Hand auf Deinen Bauch, am besten an die Stelle, wo Du sonst Deinen Bauchschmerz spürst. Ist es die Stelle über Deinem Bauchnabel? Spüre, wo diese Stelle ist und führe Deine Hand genau dorthin. Spüre weiter die Entspannung in Deiner rechten Hand und die Entspannung in Deinem Bauch ... und wie sich die Entspannung in der Hand nach und nach mit der Entspannung in Deinem Bauch verbindet und nach und nach eins wird. Deine Hand kann ihre Entspannung in den Bauch hineinsinken lassen ... und Dein Bauch ist so entspannt, dass er diese gerne aufnimmt. Die Hand fühlt sich warm an ... und wie sie ruhig auf dem Bauch liegt, kann sie die Wärme hinunterfließen lassen in den Bauch, sodass auch der Bauch mehr und mehr von der wohligen Wärme aufnimmt. Wenn Du möchtest, kannst Du auch noch die linke Hand auf Deine rechte Hand legen ... sie kann ihre Entspannung und Wärme weiterreichen in die rechte Hand und von dort weiterfließen lassen in den Bauchraum



Stufe 4: Einübung der Bauchatmung

Bleib mit Deiner Aufmerksamkeit bei Deinem Bauch und Deinen Händen ... und vielleicht hast Du schon gemerkt, wie sich Dein Bauch leicht anhebt, wenn Du einatmest und leicht senkt, wenn Du ausatmest ... schau diesem Spiel etwas zu, beobachte, wie Dein Atem einströmt und dabei den Bauch leicht hebt ... und so auch Deine Hand anhebt .. beim Ausatmen kannst Du spüren, wie sich der Bauch mit der Hand gemeinsam senkt ... und nun beobachte einige Momente lang wie Du einatmest und der Bauch und die Hand sich heben ... und Du ausatmest ... und der Bauch und die Hand sich wieder senken ... Wie Du dieses Spiel beobachtest einatmen, ausatmen ... auf und ab ... versuch einmal, etwas tiefer in Deinen Bauch einzuatmen ... und wieder tiefer auszuatmen ... Du kannst dazu die Hand tiefer und schwerer in Deinen Bauch sinken lassen ... und wenn Du einatmest, versuch bewusst Deine Hände mit der Kraft Deines Atems etwas mehr anzuheben ... vielleicht so als hättest Du einen Luftballon in Deinem Bauch, in den die Luft einströmt und der sich weitet ... und dann wieder mühelos mit dem Ausatmen wie von selbst seine Luft herausfließen lässt ... sanft unterstützt von einem leichten Druck Deiner Hand auf den Bauch ... Beobachte einige Momente weiter dieses entspannende Ein und Aus des Atems und das Auf und Ab des Bauches und der wärmenden Hände ...

Stufe 5: Fokussieren des Bauchschmerzes

Horche weiter in Deinen Bauch hinein und versuche, die Stelle zu finden, an der Du sonst Deinen Bauchschmerz fühlst ... Versuche sie einmal genau zu finden, diese Stelle ...
Spüre nun, wie Du die Wärme und Entspannung aus Deinen Händen genau auf die Stelle richtest und zufließen lässt ... genau dorthin, wo Du sie am meisten brauchst und sie Dir am besten tut ... Spüre, wie diese Stelle die Wärme und Entspannung in sich aufnimmt und selbst wärmer und weicher wird ...

Stufe 6: Visualisieren des Bauchschmerzes:

Bleib mit Deiner Aufmerksamkeit bei dieser Stelle in Deinem Bauch... Wenn Du einatmest, beobachte wie es Deinen Atem genau zu dieser Stelle fließen lässt, mitten in sie hinein und wie der Atem sie sanft umstreicht ... und der Ausatem nimmt die Spannung aus dieser Stelle mit hinaus auf seinem Weg aus Deinem Körper hinaus ... Du atmest ein, in die Stelle hinein, und atmest aus und nimmst dabei alle Spannung mit hinaus ...

Beobachte weiter, wie Dein Atem fließt hin zu der Stelle und wieder hinaus mit einem Stückchen Spannung im Gepäck, die er nach draußen befördert ...

... vielleicht zeigt sich Dir ein Bild von dieser Bauchschmerzstelle, etwas woran sie Dich erinnert ... Kannst Du etwas erkennen? (*Falls ja, mit diesem Bild weiter arbeiten*) nein? Das ist auch in Ordnung. Vielleicht kannst Du Dir vorstellen, diese Stelle in Deinem Bauch ist wie eine Wolke ... Versuch einmal, Dir diese Wolke vorzustellen ...

Variation a)

Siehst Du, wie groß sie etwa ist? (*Antwort abwarten*)... o.k. ... Atme in die Schmerzwolke hinein und beobachte, wie Du mit Deinem Ausatmen ein wenig von der Wolke mitnimmst und nach draußen beförderst ... beobachte, wie mit jedem Ausatmen die Wolke etwas kleiner wird ...

Variation b)

Kannst Du erkennen, ob die Wolke eine bestimmte Farbe hat? (*Antwort abwarten*) ... o.k. ... <schwarz> sagst Du ... Stelle Dir nun vor, wie mit jedem Ausatmen die Farbe etwas heller und freundlicher wird ... vielleicht kannst Du sehen, dass sie sich zu einem dunklen Grau verwandelt und mit dem nächsten Ausatmen wieder etwas heller wird, vielleicht schon ein helles Grau .. je heller die Farbe wird, desto entspannter und ruhiger wird Dein Bauch ...

Stufe 7: Abschluss und Ankern eines Hinweisreizes zur Kurzentspannung in der Akutepisode.

Verweile noch einen Moment bei Deinem Bauch ... Deinen Händen ...Deiner Atmung ... Deinem Bild ... und versuche zu spüren, welcher Moment unserer Entspannungsreise besonders wohltuend ist für Deinen Bauch ... versuche Dir etwas aus unserer Reise zu merken, vielleicht eine ganz bestimmte wohltuende Empfindung, ein hilfreiches Wort, ein Bild oder was auch immer ... nimm es mit, damit Du Dich rasch erinnern kannst, wenn Dein Bauchweh sich wieder melden sollte und Du Deinem Bauch helfen möchtest ...



Lernziel

4.9 Die Eltern und Kinder können mehrere hilfreiche physiotherapeutische Maßnahmen und Anwendung von Hausmitteln nennen

Begründung

s. vorangegangenes Lernziel.

Unterschiedliche physiotherapeutische Maßnahmen sowie tradierte „Hausmittel“ können eine nicht zu unterschätzende positive, lindernde Wirkung auf das kindliche Wohlbefinden bei BS-Episoden ausüben.

Inhalte

- Massagen
- heißer Kamillen-, Kräuter- oder Früchtetee
- Wärmflasche auf den Bauch legen (alternativ Handauflegen, ggf. in Kombination mit Atemübungen, bei denen mit dem Atem die Wärmflasche/Hand auf und ab bewegt wird),
- sonstige Wärme und Kälteanwendungen

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Sammeln am Flipchart und gemeinsames Durchführen und Üben

Anmerkungen

Bei diesen Maßnahmen dürften sich unterschiedliche Wirkmechanismen überlagern und addieren: eine tatsächlich peripher-schmerzlindernde, eine kommunikativ-tröstende durch die Zuwendung (und damit eine veränderte affektive Bewertung der peripheren Schmerzsignale), eine insgesamt vegetativ-tonisierende/beruhigende sowie ein unspezifischer Placeboeffekt. Vielen Eltern sind diese ritualisierten Hilfsmittel vertraut und auch bedeutsam, nicht zuletzt weil deren Anwendung implizit und nonverbal signalisiert, dass die Eltern die Existenz des Schmerzes sehen und anerkennen und tröstend Unterstützung in Form dieser Rituale anbieten. Gleichzeitig signalisieren diese „Hausmittel“ implizit, dass keine Strategien (z.B. Medikamente) zur Verfügung stehen, die den Schmerz jetzt sofort „abstellen“ könnten. Das Zurückgreifen auf diese Hausmittel signalisiert damit dem Kind, dass es sich für eine gewisse Zeit in Schmerzakzeptanz üben muss. Dies stellt wiederum für das Kind eine bedeutsame Schmerzbewältigungshilfe dar. Im Rahmen der oben beschriebenen Definition eines zukünftigen Zielverhaltens kann der Anwendung dieser Hausmittel eine hohe Bedeutung zukommen. Sie strukturieren die Situation und wirken einem Ohnmachtserleben entgegen. Die einfache Aussage „Wenn Du Bauchschmerzen bekommst, legst Du Dich erst einmal auf das Sofa, machst in Ruhe Deine Atemübung und ich koche Dir einen Kamillentee“ kann daher sehr strukturierend wirken.



Lernziel

4.10 Die Eltern und Kinder wissen, dass die Wirkung von Medikamenten bei BS sehr begrenzt ist

Begründung

Viele Betroffene hoffen, dass es eine einfache medikamentöse Lösung für die BS-Episoden gibt. Es muss deutlich werden, dass von Medikamenten nur bedingt Hilfe zu erwarten ist, damit die Betroffenen sich die Notwendigkeit einer eigenen aktiven Rolle bei der Schmerzbewältigung zueigen machen.

Inhalte

- Neuere Meta-Analysen und Reviews zeigen, dass Schmerzmittel beim funktionellen BS im Unterschied zum kindlichen Kopfschmerz nahezu wirkungslos sind.
- Medikamentös zeigt sich nur eine empirische Evidenz für die Anwendung von Pfefferminzöl in Kapselform (Magenpassage). In Deutschland ist diese Strategie noch nicht sehr verbreitet, scheint aber tatsächlich einen Nutzen zu versprechen.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Es wird eine Fragerunde in der Gruppe durchgeführt, welche Medikamente schon einmal im Einsatz waren und welche Wirksamkeit erlebt wurde.

Den Eltern wird nahe gelegt, ggf. mit dem gut verträglichen Pfefferminzöl zu experimentieren und die Erfahrungen für sich persönlich auszuwerten.

Anmerkungen



Lernziel

4.11.1 Die Eltern und Kinder können kognitive Techniken zur Schmerzbewältigung anwenden

Begründung

Die Intensität des Schmerzerlebens hängt wesentlich von der kognitiven Bewertung des Schmerzsignals ab. Die Veränderung der schmerzbezogenen Kognitionen stellt damit eine der effektivsten Methoden zur Beeinflussung des Schmerzerlebens dar.

Inhalte

Zwei Komponenten ergänzen sich komplementär:

- Identifikation der bisher praktizierten, automatisierten Kognitionen in der BS-Episode,
- Ersetzen dieser „negativen“ (katastrophisierenden) Gedanken durch „positive“, stärkende, Zuversicht ausstrahlende Gedanken.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Zur Identifikation der Kognitionen werden die Eltern und Kinder in der gemeinsamen Gruppe zunächst aufgefordert, mit Papier und Bleistift die Gedanken zu notieren, die ihnen typischerweise „durch den Kopf schießen“, wenn der Bauchschmerz beginnt. Die Eltern können ebenfalls befragt werden, welche Gedanken bzw. ausgesprochenen Sätze sie von ihren Kindern berichten können. Idealerweise sollten die Sätze möglichst in wörtlicher Rede formuliert werden. Dies verbessert die Alltagsnähe und damit die Chancen, dass die wenig hilfreichen Gedanken registriert und durch hilfreichere ersetzt werden können.

Nachdem die Gedanken identifiziert wurden, kann die Familie gemeinsam nach funktionaleren Alternativen suchen und deren Pro und Contras abwägen.

Anmerkungen

Kognitive Techniken verändern die Bewertung der abdominalen Schmerzsignale aus der Peripherie. Die zentrale Schmerzrepräsentanz wird moduliert durch die kognitiven Bewertungen in Form von automatisiert ablaufenden, häufig habitualisierten Selbstverbalisationen („innere Sätze“). Vor allem die so genannte „katastrophisierende Bewertung“ intensiviert eine negative affektive Bewertung der Schmerzsignale und damit das Leiden am BS. Positive Kognitionen können über descendierende Bahnen die afferente Schmerzweiterleitung an das Gehirn im Sinne der Gate-Control-Theory hemmen.



Lernziel

4.11.2 Die Eltern und Kinder finden mit Hilfe der Zwei-Spalten-Technik mindestens drei hilfreiche, positive Sätze, die sie bei BS-Episoden einsetzen können

Begründung

s. vorangegangenes Lernziel

Inhalt

- 2-Spalten-Technik (s. Tabelle 4.11.2)

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Das wichtigste Arbeitsmaterial besteht in einem Arbeitsblatt mit zwei Spalten. In der ersten Spalte sind typische negative Gedanken vorformuliert. Eltern und Kinder werden aufgefordert, gemeinsam positive Gegengedanken zu finden, die die Wirkung der negativen Gedanken neutralisieren und ersetzen können.

Das Arbeitsblatt enthält freie Zeilen, in die die Eltern/Kinder ihre persönlichen, typischen negativen Gedanken eintragen. Im Anschluss daran werden auch für diese positive Gegengedanken gesucht – zunächst alleine, dann im Dialog zwischen Kind und Eltern und dann mit Unterstützung der gesamten Schulungsgruppe.

In einem zweiten Schritt können die neuen, hilfreichen Gedanken zwei Prüfungen unterzogen werden

- a) Check auf Richtigkeit: Es wird geprüft, ob der neue Gedanke „richtiger und wahrer“ ist als der alte Gedanke.
- b) Check auf Nützlichkeit: Geht es mir mit dem neuen Gedanken besser? Entlastet mich der neue Gedanke im Vergleich zum alten Gedanken? Kann ich mit dem neuen Gedanken besser, leichter und entspannter leben?

Anmerkungen

Die beiden „Checks“ können wichtig sein, um dem Eindruck entgegen zu wirken, man würde mit den neuen Gedanken einfach „nur eine rosarote Brille aufsetzen“. Die neuen Gedanken haben keine nachhaltige Chance auf Transfer in den Alltag, wenn das Kind / die Eltern den alten Gedanken „eigentlich“ für überzeugender halten. Im Zweifelsfall müssen bei konfligierenden alten und neuen Gedanken Inhalte aus dem Modul 2 herangezogen und wiederholt werden, um aufzuzeigen, dass die neuen hilfreichen Gedanken gleichzeitig die „richtigeren und wahreren“ sind.



Tabelle 4.11.2: Arbeitsblatt zur 2-Spalten-Technik zur Identifikation negativer Gedanken zum Schmerz und Suchen positiver, hilfreicher Gegen-Gedanken

Ungünstiger Gedanke zum Schmerz	Guter, hilfreicher Gegen-Gedanke
„Geht das schon wieder los! Ausgerechnet heute, wo ich doch was Schönes vorhatte. Das kommt mir gerade recht! Verflucht noch einmal!“	
„Ich habe keine Ahnung, wie lange diese elenden Schmerzen heute anhalten, so lange bin ich vollkommen außer Gefecht gesetzt und kann nichts machen.“	
„Bestimmt glaubt mir wieder keiner, wie ich mich wirklich fühle. Wahrscheinlich denken alle, ich stelle mich nur an und ziehe eine Show ab.“	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 1:	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 2:	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 3:	
Mein persönlicher Gedanke Nr. 4:	



Lernziel

4.11.3 Die Eltern und Kinder können mindestens zwei hilfreiche, positive Universalsätze nennen, die sie bei allen BS-Episoden einsetzen können

Begründung

s. vorangegangenes Lernziel

Inhalt

- Positive Sätze, die als „Universal-Hilfen“ fungieren können (innere Sätze, Selbstanweisungen, Selbstinstruktionen, Selbstverbalisationen) und die als „Antidot“ auf eine Vielzahl negativer Sätze sinnvoll angewendet werden können (s. Tabelle 4.11.3)

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Tabelle 4.11.3 führt einige exemplarische positive Sätze auf. Diese Liste wird von den Eltern vervollständigt. Jedes Kind sucht sich gemeinsam mit den Eltern zwei Sätze aus, die persönlich am besten passen und am überzeugendsten wirken. Die Sätze werden „auswendig gelernt“. Kind und Eltern vereinbaren, dass die Eltern in zukünftigen Episoden an den individuell gewählten Satz erinnern.

Anmerkungen

Auch hier ist der zweifache „Check auf Richtigkeit und Nützlichkeit“ (vgl. Lernziel 4.11.2) durchzuführen, damit das Kind den Satz überzeugt in der BS-Episode anwendet und nicht kritisch verwirft.



Tabelle 4.11.3: Universelle, hilfreiche Sätze zur positiven Schmerzbewertung und unterstützenden Selbstanweisung im Umgang mit dem BS

- „Ich habe zwar schon viele Bauchschmerzepisoden erlebt, aber letztlich hat auch jede früher oder später wieder aufgehört. So lange muss ich jetzt Geduld haben.“
- „Früher oder später wird es wieder besser werden!“
- „Ich mache jetzt einfach wieder all die Sachen, die ich schon als hilfreich erlebt habe. So komme ich über die Runden.“
- „Wie kann ich diese Zeit jetzt trotzdem noch am besten für mich nutzen und es mir halbwegs gut gehen lassen?“
- „Ich lenke mich erst einmal ab und mache einfach mit den Dingen weiter, mit denen ich eben noch beschäftigt war. Wenn es schlimmer wird, kann ich ja immer noch etwas Anderes machen.“
- „Ich weiß, dass ich etwas gegen die Schmerzen tun kann.“
- „Die Schmerzen sind zwar kein Genuss, aber ich kann sie aushalten.“
- „Ich gehe vor die Tür an die frische Luft und mache einen kleinen Spaziergang und lenke mich ab.“
- „Wenn ich ruhig und entspannt bleibe, geht es besser.“
- „Ich weiß aus Erfahrung: Es wird wieder besser. Ich muss jetzt nur die nächsten Stunden erträglich und sinnvoll über die Runden bringen.“
- „Ich werde es auch diesmal schaffen, so wie ich es schon oft geschafft habe.“



Lernziel

4.11.4 Die Eltern und Kinder können hilfreiche Adjektive zur Beschreibung des Schmerzes nennen

Begründung

Eine wichtige kognitive Strategie liegt in der Suche nach hilfreichen Adjektiven zur Beschreibung des Schmerzes. An Stelle von affektiv „aufgeladenen“ Begriffen („der Schmerz ist furchtbar und unerträglich“) werden Adjektive gesucht, die eine deskriptiv-distanzierte Beschreibung bieten („Wie würde ein Wissenschaftler den Schmerz benennen?“).

Inhalte

- Differenzierung zwischen sensorischen und affektiven Begriffen zur Charakterisierung der BS-Empfindung
- Identifikation bisher angewendeter, Leid intensivierender Adjektive zur Beschreibung der Bauchschmerzempfindung
- Ersetzen negativer (affektiver) Adjektive durch positive (sensorische) Adjektive. Affektiv neutrale Begriffe sind z.B. „heiß“ oder „pochend“
- Einüben des neuen Vokabulars

Hinweise zur Durchführung/Methoden

In einem ersten Schritt werden Kinder und Eltern gemeinsam gebeten, möglichst viele Wörter zur Beschreibung der Empfindungen und Gefühle bei einer BS-Episode zu finden und auf einem Blatt zu notieren.

In einem zweiten Schritt werden die Begriffe auf dem Flipchart gesammelt. Der Trainer versucht dabei, die Begriffe entsprechend Tabelle 4.11.4 auf dem Flipchart so anzuordnen, dass auf der linken Seite eher „sensorische“ und auf rechten Seite eher „affektive“ Begriffe eingetragen werden.

In einem dritten Schritt werden Kind und Eltern gebeten, mit Hilfe des Arbeitsblattes in Tabelle 4.11.4 zunächst drei emotionale / affektive Begriffe aus der rechten Spalte auszuwählen, die ihrem bisherigen Erleben des Schmerzes recht nahe kommen. Sie können dazu auch emotionale Begriffe hinzunehmen, die nicht auf der Liste stehen.

In einem vierten Schritt werden sie aufgefordert, die affektiv aufgeladenen Begriffe durch „coolere“ Begriffe aus der linken Spalte zu ersetzen. Es können weitere Begriffe ergänzt werden, die noch nicht auf der Liste stehen. Im Plenum sagt dann jedes Kind die drei Worte, mit denen es in Zukunft seinen Schmerz „titulieren“ möchte. Auf Begriffe der rechten Spalte soll möglichst verzichtet werden.

Anmerkungen

Die Arbeit mit der „Semantik“ kann verdeutlichen, dass nicht der Schmerzreiz alleine, sondern seine verbale Etikettierung und Konstruktion wesentlich über die Intensität des Leidens am BS mitbestimmt.



Tabelle 4.11.4: Sensorische und affektive Begriffe zur Beschreibung der Schmerzempfindung auf der Basis von Adjektiven aus der Schmerzempfindungsskala von Geissner (1992)

Adjektive zur Charakterisierung der sensorischen Dimension der Schmerzempfindung	Adjektive zur Charakterisierung der affektiven Dimension der Schmerzbewertung
<ul style="list-style-type: none">• schneidend• klopfend• brennend• reißend• pochend• glühend• stechend• hämmernd• heiß• durchstoßend	<ul style="list-style-type: none">• quälend• grausam• erschöpfend• heftig• mörderisch• elend• schauerhaft• scheußlich• schwer• entnervend• marternd• furchtbar• unerträglich• lähmend





Lernziel

4.11.5 Die Eltern und Kinder akzeptieren, dass keine Methode zur Verfügung steht, die den BS komplett abschaltet

Begründung

s. vorangegangenes Lernziel

Die Teilnehmer müssen verstehen, dass auch nach Ausschöpfung aller genannten und gelernten Strategien eine Schmerzempfindung bestehen bleibt. Sie sollen lernen, diese „restliche“ Schmerzempfindung besser zu tolerieren.

Inhalt

- Möglichkeiten sowie Vor- und Nachteile von Schmerzbekämpfung versus Schmerzakzeptanz
- Übungen zur Einübung von Schmerztoleranz

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Eine konkrete Übung, bei der anschaulich das Prinzip des Trainierens der Schmerztoleranz eingeübt werden kann, ist die Eiswasserübung. Dazu wird ein Eimer mit leicht aufgetautem Eiswasser aus dem Eiskühlfach gefüllt. Die Aufgabe besteht darin zu trainieren, die Hand möglichst lange in den Eimer zu halten und das Kältegefühl dabei möglichst gut und lange zu tolerieren. Kinder und Eltern können auf analoge Erfahrungen zurückgreifen, bei denen sie das Aushalten von aversiven sensorischen Erfahrungen erprobt haben (z.B. Schwimmen im kalten See).

Die Übung kann mit den kognitiven Techniken kombiniert werden. Zum Beispiel kann die linke Hand in den Eimer gehalten werden, während man sich parallel negative Gedanken einflüstert. Im Anschluss wird die rechte Hand mit begleitenden entspannenden, positiven Sätzen in den Eimer geführt. Beide Erfahrungen werden miteinander verglichen und so die Wirkung der kognitiven Bewertung von Schmerzsignalen direkt erfahrbar gemacht.

Diskussion der Erfahrungen und ihrer Übertragbarkeit auf den Alltag mit BS.

Anmerkungen

Für die Akzeptanz der kognitiven Techniken ist es wichtig zu formulieren, dass diese nicht die Wahrnehmung des Schmerzes ausschalten können, sondern die *Toleranz* für die Schmerzwahrnehmung erhöhen. Diese Formulierung ist aus Sicht der Eltern realistischer und gibt ihnen gleichzeitig eine aktive Rolle bei der Schmerzbewältigung.



Lernziel

4.12 Die Kinder können Reaktionen nennen, die sie sich von ihrer Eltern auf ihre Schmerzäußerungen hin wünschen

Begründung

Viele Kinder wünschen sich, dass ihre Eltern ihnen ihre Schmerzen aufrichtig „glauben“. Sie fühlen sich verletzt, wenn ihrem Schmerz die Glaubwürdigkeit entzogen wird. Die Kinder können den Eltern die gewünschten Reaktionen mitteilen.

Inhalt

- elterliche Reaktionen, die als negativ bzw. die als hilfreich erlebt werden
- ideales Zielverhalten der Eltern aus kindlicher Perspektive

Hinweise zur Durchführung/Methoden

In der Kinderrunde werden die typischen Reaktionen der Eltern bei Schmerzäußerungen auf dem Flipchart gesammelt. Im Anschluss kann das „richtige und gewünschte“ Zielverhalten der Eltern abgeleitet werden.

Die Eltern können die Themensammlung beispielsweise als stille Beobachter im Außenkreis verfolgen.

Anschließend ist zu prüfen, ob die Eltern sich die Wünsche und Empfehlungen ihrer Kinder zueigen machen können.

Anmerkungen



Lernziel

4.13 Die Eltern und Kinder können beschreiben, wie sie sich bei zukünftigen BS-Episoden verhalten wollen

Begründung

Die Wahrscheinlichkeit für das neue Bewältigungsverhalten steigt deutlich an, wenn es in verhaltensnahen Begriffen formuliert wird und Kind und Eltern sich über das Zielverhalten im Vorfeld einigen können.

Inhalt

- Definition des Zielverhaltens für zukünftig auftretende BS-Episoden im Sinne eines umfassenden Notfallplans. Der Plan integriert zusammenfassend alle Einzelstrategien, die zuvor in der Schulung gelernt wurden.

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Die Eltern definieren ein „verhaltensnahes, lösungsorientiertes“ Zielverhalten für die Bewältigung zukünftiger BS-Episoden. Sie fassen einen schriftlichen Plan ab, mit dem sie neu auftretende BS-Episoden in der Familie steuern wollen. Dieser umfasst idealer Weise alle Komponenten und Bewältigungsfertigkeiten aus Modul 3 und 4.

Die Entwicklung dieses lösungsorientierten Zielverhaltens wird initiiert mit der Frage: „Stellen wir uns vor, nächsten Dienstag hat Ihr Kind bald nach dem Aufstehen wieder Bauchschmerzen. Was werden Sie tun? Wie wird der Morgen verlaufen? Welche Ideen haben Sie, um die Situation und den Tag zu meistern?“

Die Eltern und Kinder tauschen ihre Ideen untereinander aus und entwickeln unter Moderation der Trainer an der Flipchart einen gemeinsamen „übergeordneten Masterplan“.

Anmerkungen

Die Einstiegsfrage leitet unmittelbar zu kritischen Anschlussfragen über, wie z.B. dem Sinn eines erneuten Arztbesuches, dem Schulbesuch, den emotionalen und verhaltensbezogenen Reaktionen der Eltern auf den Schmerzausdruck des Kindes, der Nachhaltigkeit sowie den lebenspraktischen Problemen wie der Betreuung des Kindes, wenn beide Eltern wegen Berufstätigkeit außer Haus gehen. Besonders hilfreich ist es, wenn die Eltern auf erfolgreiche, schon praktizierte Bewältigungsstrategien Bezug nehmen. Der Bewältigungsplan soll eine konkrete Antwort auf alle diese Fragen liefern.



Lernziel

4.14 Die Eltern und Kinder können erklären, warum nach jeder BS-Episode eine „Manöverkritik“ sinnvoll ist

Begründung

Häufig verzichten Eltern und Kind auf eine Auswertung der BS-Episode, weil sie froh sind, die Episode überstanden zu haben. Sie verzichten damit aber auf eine wertvolle Möglichkeit, ihr Bewältigungsverhalten zu optimieren und besser mit dem BS zurechtzukommen.

Inhalt

Eine Manöverkritik ermöglicht es, aus den positiven wie negativen Erfahrungen zu lernen und beim nächsten Mal besser auf Herausforderungen zu reagieren.

Zu einer Manöverkritik gehören die Fragen:

- Was hat funktioniert? Was war verantwortlich für den Erfolg?
- Was hat nicht funktioniert? Was hätte ich/wir besser machen können? Motto: Aus Fehlern lernen. Was nehme ich mir für die nächste Episode vor?
- Wie hat die Abstimmung zwischen Eltern und Kind funktioniert?

Hinweise zur Durchführung/Methoden

Gemeinsames Erarbeiten und ggf. Verankern im zuvor formulierten Handlungsplan

Anmerkungen

Jede durchlebte BS-Episode stellt eine wertvolle Gelegenheit für die Optimierung des Bewältigungsverhaltens dar. Eine gezielte und das Selbstwertgefühl des Kindes schützende Auswertung von spezifischen Defiziten bei der Krisenbewältigung kann als Ausgangspunkt für eine sinnvolle Neudefinition des zukünftigen Zielverhaltens dienen (Handlungsbewertung). Erfolgreiche Bewältigungsstrategien können verstärkt und gefestigt werden, wenn die positiven Auswirkungen noch einmal vor Augen geführt und auf die Fähigkeiten und Anstrengungsbereitschaft des Kindes attribuiert werden. Das bei vielen chronisch kranken Kindern beeinträchtigte Selbstkonzept kann stabilisiert werden, wenn dem Kind seine Leistungen bei der Kontrolle einer Akutkrise anerkennend zurückgemeldet werden (Selbstbewertung).



Literatur

- Berger T, Damschen U. Rezidivierende Bauchschmerzen. *Schmerz* 2000; 14: 346-50
- Bursch B, Tsao JCI, Maldrum M, Zeltzer LK. Preliminary validation of a self-efficacy scale for child functioning despite chronic pain (child and parent versions). *Pain* 2006; 125: 35-42
- Campo, JV, Gilchrist RH. Psychiatric Comorbidity and functional abdominal pain. *Pediatr Ann* 2009; 38(5): 283-7
- Classen, M. Funktionelle Bauchschmerzen bei Kindern und Jugendlichen: Wenn andere Ursachen ausscheiden. *Pädiatrie hautnah* 2011; (23) 6
- Denecke H, Kröner-Herwig B. Kopfschmerz-Therapie mit Kinder und Jugendlichen. Hogrefe, Göttingen 2000
- Du Y, Knopf H, Zhuang W, Ellert U. Pain perceived in a national community sample of German children and adolescents. *Eur J Pain* 2011; 15(6): 649-57
- Geissner E, Jungnitsch G. Psychologie des Schmerzes. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1992
- Helgeland H, Van Roy B, Sandvik L, Markestad T, Kristensen H. Paediatric functional abdominal pain: significance of child and maternal health. A prospective study. *Acta Paediatr* 2011; 100(11): 1461-7
- Hicks C, von Baeyer C, Spafford P, van Korlaar I, Goodenough B. The faces pain scale-revised: toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain* 2001; 93: 173-83
- Huertas-Ceballos A, Logan S, Bennett C, Macarthur C. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain (RAP) and irritable bowel syndrome (IBS) in childhood. *Cochrane Database Syst Rev* 2008CD003014
- Lager P, Andresen V, Pehl C et al. S3-Leitlinie Reizdarmsyndrom: Definition, Pathophysiologie, Diagnostik und Therapie. Gemeinsame Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Neurogastroenterologie und Motilität (DGNM). *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237-93
- Levy RL, Langer SL, Walker LS, Romano JM, Christie DL, Youssef N, DuPen MM, Feld AD, Ballard SA, Welsh EM, Jeffery RW, Young M, Coffey MJ, Whitehead WE. Cognitive-behavioral therapy for children with functional abdominal pain and their parents decreases pain and other symptoms. *Am J Gastroenterol* 2010; 105: 946-56
- Levy RL, Langer SL, Walker LS, Romano JM, Christie DL, Youssef N, DuPen MM, Ballard SA, Labus J, Welsh E, Feld LD, Whitehead WE. Twelve-month follow-up of cognitive behavioral therapy for children with functional abdominal pain. *JAMA Pediatr* 2013; 167(2): 178-84
- Noeker M. Funktionelle und somatoforme Störungen im Kindes- und Jugendalter. Band 11 der Reihe Klinische Kinderpsychologie (Hrsg. F. Petermann). Hogrefe, Göttingen 2008
- Rasquin A, Di Lorenzo C, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A, Walker LS. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130(5): 1527-37
- van Tilburg MA, Chitkara DK, Palsson OS, Levy RL, Whitehead WE. Parental worries and beliefs about abdominal pain. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009; 48(3): 311-7
- Walker LS, Williams SE, Smith CA, et al. Parent attention versus distraction: impact on symptom complaints by children with and without chronic functional abdominal pain. *Pain* 2006; 122: 43-52
- Youssef NN, Atienza K, Langseder AL, Strauss RS. Chronic abdominal pain and depressive symptoms: analysis of the national longitudinal study of adolescent health. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008; 6(3): 329-32



Indikationsspezifisches Qualitätsmanagement für Chronisch funktionelle Bauchschmerzen	
<p>Der Beratungsaufwand bei funktionellen Bauchschmerzen ist hoch und in der Kinderarztsprechstunde oft nicht leistbar. Bisher fehlte es zwischen der psychosomatischen Grundversorgung und der psychotherapeutischen Behandlung an einer niederschweligen Kurzintervention. Eine rechtzeitige Bahnung des biopsychosozialen Störungsmodells könnte Fehlwege in der Versorgung wie "Doctorshopping" und nicht indizierte invasive diagnostischen Eingriffe vermeiden.</p>	
Schulung	
Zielgruppe & Einschlusskriterien für Schulungsteilnahme	<p>Kinder/Jugendliche im Alter von 10 bis 16 Jahren mit funktionellen Bauchschmerzen nach den Rom-III-Kriterien. Einschlusskriterien:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausschluss organischer Grunderkrankung (ideal: auf Basis S3-Leitlinie), die die Symptomatik erklärt 2. Positive Diagnose funktioneller Erkrankung (auf Basis der Rom-Kriterien) 3. Anamnese > 6 Monate, also länger als Rom - Kriterien 5. Starke Schmerzintensität und / oder 6. Starke funktionelle Beeinträchtigungen und / oder 7. Starke gesundheitsbezogene ("hypochondrische") Angst.
Schulungsumfang in UE à 45 min	36
Zusammensetzung des Schulungsteams	<p>Kinderarzt und Psychologe, beide mit Erfahrung in Patientenschulung bei chronischer Krankheit, erwünscht psychosomatische und gastroenterologische Zusatzqualifikation Fakultativ: Physiotherapeut, Musik-/Kunsttherapeut</p>
Trainerausbildung	
Formale Qualifikationsvoraussetzungen für den Trainerschein	Bisher nicht definiert
Trainerausbildung (Anforderungen und Umfang von Hospitation, Supervision und Theorieblock)	Bisher nicht definiert
Anforderungen an die Hospitationszentren	Bisher nicht definiert
QM bei der Schulungsdurchführung	
Besonderheiten bei der Strukturqualität (z.B. Räumlichkeiten, Material, Zielgruppe)	--
Besonderheiten bei der Prozessqualität (z.B. Ablauf, Überprüfung, Dokumentation)	--
Besonderheiten bei der Ergebnisqualität (z.B. Art und Häufigkeit der Messungen, verwendete Verfahren)	Bisher nicht definiert
Weitere Besonderheiten und Maßnahmen zur Qualitätssicherung	--
Qualitätsmatrix	Bisher nicht definiert
Liste der derzeit durchführenden Schulungszentren	Klinikum Links der Weser, Bremen
Autorisierung der Arbeitsgruppe	über Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE)