

## PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

---

Prof. Dr. med. Volker Faust

*Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit*

### MAGEN-DARM UND SEELISCHE STÖRUNGEN

**Globus-Gefühl – Rumination – funktionelle Schluck-Störungen – funktionelles Erbrechen – funktionelle Dysphagie – funktionelles Sodbrennen – gastro-ösophageale Refluxkrankheit – Reizmagen – funktionelle Oberbauch-Beschwerden – Aerophagie (Luftschlucken) – psychogenes Erbrechen – Reizdarm-Syndrom (Colon irritabile) – Flatulenz (Blähungen) – funktionelle Diarrhoe (Durchfall auf seelischer Grundlage) – funktionelle Obstipation (Darmträgheit, Stuhl-Verstopfung) – funktionelle Stuhl-Inkontinenz – funktionelle Bauchbeschwerden – Ulcus ventriculi (Magen-geschwür) – Ulcus duodeni (Zwölffingerdarm-Geschwür) – Morbus Crohn (Enteritis/Ileitis regionalis) – Colitis ulcerosa – anorektaler Schmerz – erschwerter Stuhlgang – Dyssynergie des Beckenbodens – Zöliakie (Sprue) – u. a.**

Magen und Darm haben im Gegensatz zu Herz und Kreislauf, Wirbelsäule und Gelenken, ganz zu schweigen von den geistigen Gehirn-Funktionen keinen bedeutsamen Stellenwert in der allgemeinen Einschätzung. Das ändert sich aber rasch bei organischen Erkrankungen in diesem Bereich. Und noch mehr, wenn es sich um funktionelle Störungen handelt, also körperliche Beeinträchtigungen rein seelischer Ursache. Dies vor allem dann, wenn sie sich nicht nur zermürend lange hinziehen, sondern auch ungeklärt beeinträchtigen, was noch mehr beunruhigt als eine klare Organ-Diagnose.

Welche funktionellen Störungen im Magen-Darm-Bereich gibt es nun, was sind die persönlichkeits-spezifischen Ursachen und psychosozialen Hintergründe, welchen Verlauf nehmen sie und welche Konsequenzen sind zwischenmenschlich, beruflich, gesellschaftlich und vor allem gesundheitlich zu erwarten? Dazu eine etwas ausführlichere Darstellung in einer Gesamt-Übersicht. Weitere Einzelheiten siehe die gesonderten Beiträge zu den wichtigsten Krankheitsbildern in dieser Serie.

**Erwähnte Fachbegriffe:**

Magen-Störungen – Darm-Störungen – Magen-Darm und seelische Störungen – Verdauungsorgane und Seele – Verdauungsorgane im Volksmund – Essen und Trinken im Volksmund – psychosomatische Magen-Darm-Erkrankungen – gastro-intestinale Funktionsstörungen – Ess-Störungen – ungesunder Lebensstil und Magen-Darm-Störungen – Ess-Verhalten und Magen-Darm-Störungen – Fütterungs-Zwang – Globus-Gefühl – Fremdkörpergefühl im Hals – Kloß im Hals – Schluckstörung durch Kloß im Hals – Globus-Syndrom und seelische Ursachen – Therapie des Globus-Gefühls – Rumination – Meryzismus – Wiederkäuen von Magen-Inhalt – Regurgitation – Schluck-Störungen mit Erbrechen – funktionelle Dysphagie – funktionelles Sodbrennen – gastro-ösophageale Refluxkrankheit – Achalasie – Kariospasmus – Kardiotonie – kardiotonische Ösophagus-Dilatation – idiopathische Ösophagus-Dilatation – Reizmagen – Gastropathia nervosa – funktionelle Dyspepsi – funktionelle Oberbauch-Beschwerden – Tonus-Störungen des Magens – Spannungs-Störungen des Magens – Motilitäts-Störungen des Magens – Bewegungs-Störungen des Magens – Sekretions-Anomalien des Magens – Hypersekretion im Magen – Magen-Störungen aus seelischer Ursache – Stress-Gastritis – Aerophagie – Luftschlucken – gastro-kardialer Symptomen-Komplex – Luftschlucken und seelische Störung – Atemnot durch Luftschlucken – psychogenes Erbrechen – funktionelles Erbrechen – psychisch bedingtes Erbrechen – Anorexia nervosa und Erbrechen – Magersucht und Erbrechen – Ess-Verhaltensstörungen und Erbrechen – Bulimie und Erbrechen – Bulimia nervosa und Erbrechen – anfallartiger Heißhunger – Fress-Anfall – Reizdarm – Reizdarm-Syndrom – Colon irritabile – Reiz-Colon – funktionelle Darm-Erkrankungen – Obstipation – Stuhlverstopfung – Diarrhö – Durchfall – Abdominal-Schmerzen – Bauchschmerzen – Unterleibs-Schmerzen – Blähungen – Meteorismus – Völlegefühl – Nahrungsmittel-Unverträglichkeit – Gasbildung im Darm – Flatulenz – funktionelle abdominelle Blähungen – Maldigestion – Laktose-Intoleranz – Darmgas-Abgang – Leibeswinde – Darmwinde – funktionelle Diarrhoe – emotionale Diarrhoe – nervöse Diarrhoe – Durchfall auf seelischer Grundlage – Stuhl-Drang – funktionelle Obstipation – Stuhl-Verstopfung – Darm-Trägheit – funktionelle Stuhl-Inkontinenz – Inkontinenz – funktionelle Magen-Darm-Schmerzen – Ulcera – Ulcus ventriculi – Magengeschwür – Ulcus duodeni – Zwölffingerdarm-Geschwür – Helicobacter pylori – Morbus Crohn – Enteritis regionalis – Ileitis regionalis – granulomatöse Jejuno-Ileitis – Colitis ulcerosa – chronisch entzündliche Darmerkrankung von Dickdarm und Mastdarm – anorektaler Schmerz – After-Schmerz – Levator ani-Syndrom – Proctalgia fugax – erschwerter Stuhlgang – Defäkations-Störung – Dyschezie – Zöliakie – einheimische Sprue – u.a.m.

## • ALLGEMEINE ASPEKTE

Wer meint, die Verdauungsorgane spielten in seelischer Hinsicht keine große Rolle, der irrt – und muss sich bereits durch den Volksmund korrigieren lassen. Schon scheinbar so banale Tätigkeiten wie die Nahrungsaufnahme und Verdauung, also Essen, Kauen, Schlucken und sogar der Stuhlgang sind häufig mit emotionalen Zuständen und vor allem der Kommunikation, dem zwischenmenschlichen Kontakt verbunden. Sie haben nämlich ganz erheblichen Ausdrucks-Charakter, was dann auch umgangs-sprachlich deutlich wird (siehe Kasten).

### **Essen, Trinken und Verdauen und ihre übertragenen Bedeutungen im Volksmund**

- Zu den häufigsten *Redensarten* gehören:

„Es schlägt mir auf den Magen“, „Es hat mir den Appetit verdorben“, „Ich bin ein armer Schlucker“, „Der Bissen bleibt einem wie ein Kloß im Halse stecken“, „Das kommt einem wieder hoch“, „Jemand die Zähne zeigen“, „Es ist zum Kotzen“ u. a.

- Natürlich gibt es auch positive Versionen, die man in der Interpretation nicht übergehen sollte:

Beispiele: „Es läuft einem das Wasser im Munde zusammen“, „Es geht einem aalglatt herunter“, „Man hat es sofort gefressen“, „Es ist ein gefundenes Fressen“, „Man hat jemand zum Fressen gerne“, „Jemand ist zum Anbeißen“, „Die Liebe geht durch den Magen“ u. a.

Dass Nahrungsaufnahme und Verdauung häufig mit gemütsmäßigen Zuständen assoziiert sind, vor allem die emotionale Befindlichkeit beeinflussen, beginnt schon im Säuglingsalter: Lust und Unlust, Befriedigung und Enttäuschung sind im ersten Lebensjahr mit dem Stillen und Gefüttert-werden, kurz dem körperlichen und auch seelischen Gedeihen des Säuglings verbunden. Und jede Mutter weiß, was das bedeutet – im Guten wie im Schlechten. Und jeder Fachmann, aber auch jeder mit offenen Augen durch das Leben laufende Nicht-Fachmann kann bestätigen: Diese Beziehung zwischen Nahrungsaufnahme und sozialer Umgebung, insbesondere zu wichtigen Bezugspersonen, bleibt auch im Erwachsenen-Leben bedeutsam. So etwas interessiert aber kaum, wenn es problemlos funktioniert – und wird doch zur ggf. ernststen Beeinträchtigung, wenn das nicht der Fall ist.

Nun fiel schon früh vor allem den Internisten auf, dass Affekte wie Wut, Furcht, Angst, Ärger und als Auslöser beispielsweise Sorgen einen negativen Einfluss auf Magen und Darm haben können. Dabei stellte sich dann die Frage, ob gestörte gastro-intestinale Funktionen (Fachbegriff für Magen-Darm) auch von bestimmten Belastungs-Situationen abhängen. Und in der Tat, das scheint sich bestätigt zu haben. Beispiele:

- So lassen sich bei psychosomatischen, also seelisch ausgelösten Erkrankungen des Magen-Darm-Trakts z. T. erhebliche Erb-Einflüsse feststellen, wenn man nur gezielt danach fragt. Oder kurz: Das gab es oder gibt es in der Vorgeschichte naher Angehöriger nicht selten ebenfalls.
- Häufig findet sich auch etwas, was zuerst Kinderärzte und später Psychoanalytiker feststellen, nämlich eine frühe „Schwächung“ oder gar auffällige „Verwundbarkeit“ (Fachbegriff: Vulnerabilität) des Magen-Darm-Systems seit früher Kindheit. Beispiele: Essen verweigern, Essen speien, zu bestimmten Anlässen mit Bauchschmerzen reagieren u. a. Das ist mit dem Erwachsenwerden durchaus nicht erledigt, jedenfalls nicht grundsätzlich. Denn es finden sich auch im späteren Alter immer wieder Situationen, bei denen bestimmte psychosoziale Belastungen zu konkreten Auslösern für Magen-Darm-Störungen werden. Kurz: eine Schwachstelle, die bleiben kann, wenn auch auf „anderem, jetzt Erwachsenen-Niveau“.
- Natürlich spielen bei solchen Konstellationen zwei Faktoren mit herein: Zum einen die spezifische Persönlichkeits-Entwicklung (s. o.), zum anderen aber der Belastungs-Grad des auslösenden Ereignisses. Und dabei eine nachvollziehbare Konstellation:

Steht der Betreffende schon rein körperlich auf „dünnem Eis“, hat also im Magen-Darm-Bereich seine Schwachpunkte, reicht bereits ein weniger belastendes Ereignis, um zur gastro-enterologischen Störung zu werden. Und umgekehrt kann jemand, der hier nur andeutungsweise verwundbar ist, durch ein schwer zu ertragendes Lebensereignis (z. B. der Tod des Partners oder der Mutter, länger dauernde Konflikt-Situationen jeglicher Art) ebenfalls dekomensieren. Entscheidend sind also sowohl frühere krankhafte Entwicklungen als auch die ungünstige Art der subjektiven Verarbeitung aktueller Lebensereignisse, was dann zum auslösenden „Stressor“ für das gastro-intestinale Bild führt, wie es die Experten nennen.

- Und schließlich ist es eine alte Erkenntnis, die auch jedem Nicht-Fachmann einleuchtet, dass ein ungesunder Lebensstil seinen eigenen negativen Einfluss ausübt. Beispiele: Alkohol für die Entstehung von Gastritis (Magenschleimhaut-Entzündung), Leberzirrhose (krankhafter Ersatz des Lebergewebes durch nutzloses Bindegewebe) oder Pankreatitis (Bauchspeichel-

Entzündung) und vor allem das Rauchen für die Vorschädigung der Magenschleimhaut.

Schlussfolgerung: Gefüttert werden dient also nicht nur der Sättigung, sondern auch als Möglichkeit des Trostes, des Geborgenheits-Gefühls, des Erlebens, geliebt zu werden. So bleibt die Nahrungsaufnahme und das Ess-Verhalten für das ganze restliche Leben eine Möglichkeit der Ersatzbefriedigung, was besonders bei Enttäuschungen folgens schwer deutlich wird.

Aber nicht nur in subjektiver Hinsicht, auch von außen nehmen psychologische Aspekte einen breiten Raum rein, so eigenartig sich das anhören mag: So wird beispielsweise ein übermäßiges Füttern nahestehender Personen nicht selten dazu benutzt, die eigene, als unzureichend empfundene Kontaktfähigkeit auf emotionaler Ebene auszugleichen, ja sogar Schuldgefühle auf diesem Wege abzuwehren. Dieser Fütterungs-Zwang findet sich nicht selten bei Personen, die auf diese Weise ein (unbewusstes) Defizit zu kompensieren versuchen, und zwar sowohl während der Erziehungsphase als auch später („Essen was auf den Tisch kommt“ und später „Fasten kannst Du wo Du willst, aber nicht bei mir“).

#### ● SPEZIELLE ASPEKTE

Als *funktionelle Störungen* bezeichnet man Beeinträchtigungen, die „nur“ die Funktion betreffen, ansonsten keine nachweisbaren Gewebe-Zerstörungen erkennen lassen. So etwas findet sich in vielen Bereichen des Organismus (vor allem Herz-Kreislauf und Magen-Darm).

Funktionelle Störungen im so genannten Gastrointestinal-Trakt (d. h. Magen-Darm) kann man überall feststellen, beginnend von der Speiseröhre über den Magen, den Dick- und Dünndarm bis zum Enddarm. Sie haben in den letzten Jahren einerseits an Belastungs-Bedeutung gewonnen (erkennbar an ihrer Häufigkeit und den damit verbundenen fachärztlichen Konsultationen), andererseits aber auch die Forschung stimuliert und zu vielen Erkenntnissen geführt, die sowohl ent-ängstigend („kein Krebs“), als auch auf seelischer Ebene beeinflussbar sind, sowohl in Eigen-Leistung als auch psychotherapeutisch unterstützt.

Dafür wichtig die Erkenntnis, dass für funktionelle gastro-intestinale (Magen-Darm)Störungen einerseits die erwähnten genetischen (Erb-)Faktoren eine Rolle spielen, aber auch frühe Lebens-Erfahrungen, die soziale Umgebung, die seelische Stabilität (oder leider auch nicht), schließlich die Familie, die Partnerschaft, die jeweilige gesellschaftliche und kulturelle Umgebung, damit soziale Unterstützung (oder Entbehrung), Neben-Belastungen, das individuelle

Krankheitsverhalten und die dafür notwendige Belastungs-Bewältigung, zusätzliche Komplikationen (wenn z. B. eine Krankheit zur anderen kommt) und schließlich die Möglichkeiten (und leider bisweilen auch Grenzen) medizinischer Unterstützung zu Diagnose, Therapie, Rehabilitation und zuvor Prävention (letzteres leider oft zu spät genutzt).

Entscheidend ist gerade bei den funktionellen Störungen im Allgemeinen und beim Magen-Darm-Bereich im Speziellen die Sicht des Patienten zu seinen Beschwerden oder seiner Krankheit, die hier nicht selten langwierig oder gar chronisch verläuft. Zuletzt auch die Umstände, die das „alte Beschwerdebild“ nicht mehr tragbar machten und schließlich zur Arzt-Konsultation zwangen.

Das sind bei funktionellen Leiden spezielle zusätzliche Aspekte, die zur Verschärfung des Leidesbildes beigetragen haben (könnten). Beispiele: diätetische Umstellungen, andere körperliche Erkrankungen, die Nebenwirkungen neuer Medikamente, aber auch persönliche Sorgen, Kümernisse, Ängste (z. B. ernste Erkrankungen oder gar Todesfälle in Familie und Freundeskreis), die Belastung durch die Umgebung (neue Wohn- und Berufs-Konstellationen, der Verlust wichtiger Bezugspersonen u. a.), schließlich das was man eine psychiatrische Ko-Morbidität nennt, nämlich wenn eine seelische Erkrankung zur anderen kommt, sprich Angststörung oder Depression usf. Auch Beeinträchtigungen in der Bewältigung von Alltags-Aufgaben (vor allem wenn neue Belastungen hinzukommen), vielleicht sogar der Versuch, durch Genussmittel Erleichterung zu finden. Beispiele: Alkohol zur Entspannung, Kaffee zur Aktivierung, von Weckmitteln ganz zu schweigen. Oder schließlich Beruhigungs- und Schlafmittel, im Übrigen auch Laxantien (Abführmittel). Letztlich auch Probleme am Arbeitsplatz bis hin zur drohenden oder eingetretenen Arbeitslosigkeit oder gesellschaftliche Belastungen oder Konflikte jeglicher Art.

Da können dann – gerade im Magen-Darm-Bereich – Aspekte in eigener Verantwortung und damit Korrektur durchaus bedeutungsvoll werden. Beispiele: Nahrungsmittel-Probleme (Laktose, fettreich, Koffein, Nebenwirkungen durch Medikamente), aber auch die Diätfehler und auf psychosozialer Ebene Partner- und Familienprobleme, berufliche Mobilitäts-Pflicht (ständig unterwegs mit allen Konsequenzen) usw. Da wird dann deutlich, dass Magen und Darm auch auf Außenreize reagieren, und zwar – je nach individueller Disposition – sehr empfindlich und nachhaltig. Beispiele: Stress, Nahrung, Hormon-Veränderungen, Medikamente.

In leichteren Fällen, d. h. bei geringen oder wechselnden und dabei meist ertragbaren Symptomen, wird es der Hausarzt durch Erläuterungen, ggf. konkrete Belehrungen, auf jeden Fall Beruhigung und Anleitung zur gesundheits-erhaltenden Maßnahmen belassen können. Bei dann doch beeinträchtigenden bis mäßig-schweren Krankheitszeichen wird man schließlich schon konkreter die auslösenden diätetischen oder Stress-Faktoren gemeinsam identifizieren müssen, um über Lebensstil- und Verhaltens-Änderungen zu einer

dauerhaft tragbaren Beruhigung zu kommen. Hier dürfen dann auch die ersten medikamentösen Behandlungs-Empfehlungen einsetzen. Aber auch verstärkt der Abbau von Ängsten, Befürchtungen, Sorgen, ggf. Resignation und Verstimmungen durch mehr Verantwortlichkeit und Kontrolle über den eigenen Lebensstil mit dem Ziel: Gesundheits-Erhaltung. Hier kommen dann Entspannungs-Verfahren, Biofeedback-Techniken und ggf. eine gezielte Psychotherapie (zumeist kognitive Verhaltenstherapie) zum Einsatz.

Bei schweren und vor allem durch diese Maßnahmen nicht beeinflussbaren Symptomen dürfte es sich eher um organische Ursachen handeln. Diese Betroffenen haben dann aber zusätzlich noch häufig psychosoziale Probleme und damit auch entsprechende Diagnosen wie Angststörungen, Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, Somatisierungs-Tendenzen (also gleichsam eine „Verkörperlichung“ ungelöster psychischer Probleme) u. a.

Es können sich aber auch schwerwiegende Verlust- oder Missbrauchs-Ereignisse und insbesondere Extrem-Belastungen objektivieren lassen (Stichworte: Anpassungsstörungen, Posttraumatische Belastungsreaktionen und -störungen).

Es kann sich aber auch um ein pathologisches Krankheitsverhalten handeln. Solche Patienten suchen ihre Bestätigung über die Krankheit, die dann zum „Lebens-Inhalt“ werden kann. Sie lehnen psychologische und psychiatrische Hilfe ab, bestehen auf ständig neuen Untersuchungen, die von den Fachärzten aber als nicht angezeigt oder angemessen eingestuft werden, suchen spezifische Therapie-Maßnahmen durchzusetzen und übergeben dann doch dem Arzt die vollständige Verantwortung für ihre unrealistischen Erwartungen („geheilt zu werden“).

Hier wäre also der psychiatrische Experte gefordert, nachdem er sich ein ausreichendes Bild über Persönlichkeitsstruktur, Lebens- und Leidensverlauf sowie psychogene Symptomatik gemacht hat. Hier müsste es dann aber auch zu einem therapeutischen Bündnis kommen, das seine eigenen Regeln hat und von beiden Seiten nicht ohne Beschwerden getragen werden kann. Dabei können schließlich sogar bestimmte Psychopharmaka ihren sinnvollen (zusätzlichen) Einsatz haben.

### **Ein besonderes Kapitel: Störungen des unteren Verdauungstraktes**

In den folgenden Ausführungen über die wichtigsten funktionellen gastroenterologischen Störungen geht es um spezifische Krankheitsbilder und Begriffen, die nicht jedem geläufig sein dürften. Beispiele: Globus-Gefühl, Rumination, Dysphagie, Aerophagie, Colon irritabile, Morbus Crohn u.a.m. Glücklicherweise sind die meisten dieser so genannten funktionellen Magen-Darm-Störungen eher selten, d. h. auf einen überschaubaren Kreis Belasteter be-

schränkt. Etwas anderes ist es mit einem Thema, das gerne peinlich berührt verschwiegen wird, aber deutlich häufiger vorkommt. Gemeint ist der Stuhlgang bzw. die unzureichend ablaufende Darm-Entleerung. Nachfolgend deshalb zu diesem eher „peinlichen“ Thema noch einige Zeilen aus entwicklungspsychologischer Sicht, zumal gerade unsere überwiegend sitzende Tätigkeit hier nicht hilfreich ist. Im Einzelnen:

Man spricht also nicht gerne über Stuhlgang, Darm-Entleerung, wissenschaftlich ausgedrückt die Defäkation, schon gar nicht wenn man damit Mühe hat. Ja, die Umgangssprache zeigt mit ihrer negativen Einschätzung dieses menschlichen Bereichs sogar eine ausgesprochen abschätzige Einstellung, auf jeden Fall in der Wortwahl.

Dabei ist die physiologische Organisation der Darm-Entleerung eine durchaus eindrucksvolle Einrichtung, an der Muskeln, Endokriniem (die innere Sekretion der Hormondrüsen), humorale (die Körperflüssigkeiten betreffend) und neuronale (Nerven-)Faktoren vielfältig beteiligt sind. Im unteren Sakralmark (Kreuzbein) liegen übergeordnete spinale Nerven-Zentren, die das Ganze koordinieren. Und wenn man glaubt, Stuhlgang sei lediglich Stuhlgang, dann sollten die folgenden Erkenntnisse schon zu denken geben.

Dies nicht zuletzt deshalb, weil auch seelische und psychosoziale Aspekte, sprich Stimmung, Gewohnheit, Umfeld, vor allem aber die Frage „seelisch gesund oder krank“ eine bedeutsame Rolle bei der Darmfunktion spielen. Wer glaubt, das alles laufe nur rein reflektorisch ab, der irrt sich gewaltig – und lernt ggf. einiges dazu, wenn es nicht (mehr) klappt.

Auch die erwähnte Umgangssprache trägt einiges Erhellende dazu bei. Niemand muss lange nachdenken, um sofort auf entsprechende Begriffe, Wertungen, Vorhaltungen, Einschätzungen u. a. zu kommen, mit denen eine der wohl wichtigsten Organfunktionen regelrecht missbraucht wird. Und dies insbesondere in aggressiven, frustrierten, irritierten, resignierten Situationen des Alltags mit entsprechendem Affekt, meist an eine oder mehrere Personen oder eine Institution gerichtet.

Überhaupt ist die Anal-Zone (also die After-Region) in die emotionale Gestimmtheit stark eingebunden, wie man es vornehm ausdrückt. Da geht es beispielsweise um die unterdrückte Auflehnung (was schon im Kleinkind-Alter beginnt), aber auch um überwältigende Furcht oder gar Angst bis hin zur Unterwerfung, was vor allem Gefahren-Momente und Autoritäten anbelangt. Da gehen feinere Charakter-Differenzierungen fast schon unter, was übertriebene Sparsamkeit bis zum Geiz („Korinthen-Kacker“), was Besitz, Geld, Beziehungen usw. anbelangt. Die stärksten Ausdrücke dazu müssen gar nicht wiederholt werden, sie sind in allen Gedächtnissen programmiert, ob man sie nur für sich denkt oder öffentlich in Worte fasst.

Dabei ist die Defäkation nicht nur im Tierreich, sondern auch beim Menschen an eine Situation der Ruhe gebunden. Im Tierreich kompliziert es dazu noch das unerlässliche Moment der Gefahrlosigkeit (was dort nicht so selbstverständlich ist wie beim Menschen). Wenn das nicht gegeben ist, kommt es nicht zur Kot-Abgabe. Auch die Menschen bevorzugen hier den stillen Rückzug. Schwierige Aufgaben, hektisches Umfeld oder gar eine feindselige Stimmung sind einem normalen Stuhlgang abträglich, sei es Verstopfung, sei es dünner Stuhl bis zum Durchfall (siehe später).

In der Tierwelt hat die Kot-Abgabe so wie der Harn noch eine besondere Funktion, nämlich die Abgrenzung des eigenen Territoriums durch eine Duftmarke. Die in der westlichen Welt liebsten Haustiere, nämlich Katzen und Hunde, sind die besten Beispiele. Aber auch heimliche Mitbewohner, z. B. der Hausmarder, stehen hier nicht nach, manchmal sehr zum Ärger der Betroffenen.

So konnte es nicht ausbleiben, dass vor allem die Psychoanalyse, beginnend mit ihrem Begründer Sigmund Freud, auch diesen Bereich, nämlich End-Darm und Anal-Region gleichsam auf höherer Ebene beforschten und als Ergebnis ihrer wissenschaftlichen Überlegungen zu so genannten „erogenen Zonen“ erklärten (also jene Körperoberflächen wie Geschlechtsregion, Brustwarzen, aber auch die Gegend um Mund, Zunge, Hals und eben After, deren Reizung zu sexueller Erregung führen kann).

Einzelheiten dazu würden hier zu weit führen, sind aber schon in der Entwicklungs-Psychologie zu Kindheit und Jugend von Bedeutung. So ist für das Kleinkind das Spiel mit dem eigenen Kot durchaus lustvoll, bevor ihm von seinem erwachsenen Umfeld eine „Ekel-Schranke“ eingeübt wird. Das kann erst einmal zu erheblichen Irritationen führen, was sich nebenbei durch Fixierung an diese frühkindlichen Erlebnisse auch auf später zu übertragen vermag. Stichworte: Unfähigkeit etwas zu behalten oder herzugeben, Angst vor dem Ausgeliefert-Sein, besonders gegenüber (gefürchteten) Autoritäts-Personen, aber auch Trotz, Beharren auf dem eigenen Willen bis hin zum Eigensinn u. a. Die Verstopfung ist dafür zwar nur ein wenig überzeugendes Symptom, der Angst-Durchfall hingegen unter kriegerischem Feind-Beschuss, auf der Bühne oder in der Prüfung schon überzeugender.

Nachfolgend also eine komprimierte Übersicht zu den wichtigsten psychosomatisch interpretierbaren Störungen des oberen und unteren Verdauungstraktes. Grundlage dazu ist das gängige Lehrbuch-Wissen. Beispiele dazu: M. Dielert u. Mitarb.: Harrisons Innere Medizin, ABW Wissenschaftsverlag, Berlin 2013; E. Hahn u. J. Riemann: Klinische Gastroenterologie, Thieme-Verlag, Stuttgart 1996; S. O. Hoffmann, G. Hochapfel: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin, Schattauer-Verlag, Stuttgart 1999; W. Siegenthaler: Differentialdiagnose innerer Krankheiten, Thieme-Verlag, Stuttgart 2000; C. Haurand u. Mitarb. (Hrsg.): Stressmedizin. Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesell-

schaft, Berlin 2015 usw. Vor allem aber drei wohl inzwischen vergriffene Fach- bzw. Lehrbücher, die sich durch besonders prägnante Darstellungen auszeichneten:

- Bräutigam, W., P. Christian: Psychosomatische Medizin. Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1975
- Bräutigam, W.: Reaktionen – Neurosen – abnorme Persönlichkeiten: Seelische Krankheiten im Grundriß. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1985
- Deter, H. C.: Angewandte Psychosomatik. – Eine Anleitung zum Erkennen, Verstehen und Behandeln psychosomatisch Kranker. Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

## • DIE WICHTIGSTEN FUNKTIONELLEN GASTRO-ENTEROLOGISCHEN STÖRUNGEN

Zu den häufigsten und wohl wichtigsten psychosomatisch interpretierbaren Krankheitsbildern vom oberen bis zum unteren Magen-Darm-Trakt zählen folgende Beispiele:

### GLOBUS-GEFÜHL

Unter einem *Globus*-Gefühl (vom Lat.: globus = Kugel, Ball, Klumpen u. a.) versteht man ein Fremdkörpergefühl im Rachen und Hals mit Würgereiz, das den Schluckakt behindert. Oder wie es die Patienten schildern: „Als ob ich einen Kloß im Hals habe“ oder „Mir jemand den Hals zusammendrückt“. Und dies unabhängig vom Schluck-Akt, was sich natürlich subjektiv auf das Schlucken hinderlich auswirken kann. Manche Betroffene glauben auch, ihr Hals werde dicker und empfinden ein beklemmendes Gefühl durch Kragen, Pullover u. ä.

Globus-Gefühle sind nicht selten, man spricht von mehr als jedem Zehnten (Frauen dreimal häufiger als Männer), möglich in jedem Lebensalter, gehäuft in den so genannten „besten“, d. h. mittleren Lebensjahren.

### Diagnostische Aspekte

Neben den oben erwähnten Klagen diagnostiziert der Arzt ein chronisches oder immer wieder auftretendes Druckgefühl im Halsbereich, wobei diese Empfindungen zwischen den Mahlzeiten auftreten und keine richtigen Schluckstörungen nach sich ziehen.

Wichtiger sind dabei die psychischen Befunde. Und die lassen sich häufig erfragen, auch wenn hier nicht alle Patienten „spontan damit rausrücken“ bzw. überhaupt eine Verbindung zu sehen glauben. Gemeint sind – vor allem beim weiblichen Geschlecht – Ängste, Befürchtungen, depressive Verstimmungen, auch zwanghafte Züge und weitere körperliche Beschwerden ohne organischen Grund. Nicht wenige imponieren auch als introvertiert, also eher in sich gekehrt.

Früher war das Globus-Syndrom (Syndrom = konkrete Zusammensetzung bestimmter Symptome) vor allem ein kennzeichnendes Merkmal für hypochondrische, ja hysterische Züge. Deshalb auch damals Globus hystericus genannt, bisweilen durchaus dramatisch geschildert, insbesondere wenn man glaubt, dass Speise-Reste steckenbleiben und damit zum Ersticken führen könnten.

Tatsächlich ist die Vorstellung, an einer schweren Erkrankung zu leiden und ggf. sterben zu müssen nicht selten, wenngleich – wie erwähnt – nur auf direktes Nachfragen geäußert. Häufiger findet sich ein so genannter konversionsneurotischer Grund. Dabei geht es um die naheliegenden Vorstellungen, Befürchtungen, Zwänge und resignativen Erkenntnisse, „alles schlucken zu müssen“, auf jeden Fall aber nicht alles schlucken zu wollen oder können; manchmal auch um nicht schlucken zu dürfen, aus welchen innerseelischen Hemmnissen heraus auch immer. Aus der Sicht der Psycho-Analytiker spielen hier nicht selten verdrängte Wünsche oder Befürchtungen, mitunter auch aggressive oder Unterwerfungs-Aspekte eine unbewusste Rolle.

### **Differentialdiagnose**

Natürlich wird sich der erst-untersuchende Arzt, zumeist der Hausarzt, später Internisten, ggf. Gastroenterologen usw. mit organischen Ursachen beschäftigen. Denn als somatische Diagnosen kommen durchaus auch Karzinome im Rachen- und Halsbereich sowie Speiseröhre, ferner Fremdkörper, Schilddrüsen-Vergrößerung, Divertikel (sackförmige Ausstülpungen der Speiseröhren-Wand) usw. infrage. Das aber lässt sich in der Regel rasch und sicher feststellen.

In psychiatrischer Hinsicht bedeutsam ist auch die Erkenntnis, dass sich das Globus-Gefühl bei Depressionen in rund jedem 10. Fall erfragen lässt. Dann spielen natürlich andere diagnostische und therapeutische Aspekte eine Rolle.

### **Therapie und Heilungsaussichten**

Eine körperliche Behandlung ist beim echten Globus-Gefühl natürlich nicht nötig. Im Gegenteil: Sie wäre kontraindiziert, wie man sagt, d. h. würde die in diesem Fall unnötigen Ängste des Patienten noch verstärken. Wichtig ist eine

freundliche, offene, verstehende, aber auch konsequente Aufklärung über das Symptom, seine Hintergründe, die mögliche Dauer (nämlich bisweilen kurz, manchmal aber auch mittellang, selten chronisch) und die therapeutischen Möglichkeiten.

Dazu gehört vor allem die so genannte konflikt-orientierte Kurztherapie; oder bei weniger ausgeprägter Introspektions-Fähigkeit (sprich kritischer und damit konstruktiver Innenschau bzw. Selbsterkenntnis) übende Verfahren (z. B. Autogenes Training). Eine medikamentöse Behandlung empfiehlt sich nur dann, wenn das Globus-Gefühl Teil-Symptom einer nachgewiesenen Depression ist (dann ggf. auch Antidepressiva).

Die Heilungsaussichten sind recht unterschiedlich, wobei es chronisch fixierte Fälle mit ungünstiger Prognose gibt, in der Mehrzahl der Fälle dann aber doch nur mittellang beeinträchtigend, wenn auch mit (ständigem) Rückfall-Risiko. Organisch gesehen ist das Globus-Syndrom harmlos.

## RUMINATION

Bei der *Rumination* (vom Lat.: ruminatio = Wiederkäuen), auch *Meryzismus* genannt, handelt es sich um ein bewusstes erneutes Kauen und Schlucken von Magen-Inhalt, in der Regel eine ¼ bis ½ Stunde nach der Mahlzeit. Übelkeit und Erbrechen werden nicht geklagt. Diese so genannte Regurgitation (vom Lat.: re = wieder und gurgus = Schlund) kann verschiedene Ursachen haben. Beispiele: Ösophagus-Stenose (Speisenröhren-Verengung) oder -Divertikel (sackförmige Ausstülpung). Aber auch psychologische Hintergründe (s. u.)

Das Ruminations-Syndrom ist nicht selten und betrifft rund jeden Zehnten, und zwar sowohl Männer wie Frauen. Bei Kindern fällt es noch häufiger auf. Erwachsene pflegen es allerdings meist zu verheimlichen. Bei einer Bulimia nervosa, also einer Ess-Störung mit Ess-Attacken, induziertem Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika u. a., findet sich die Rumination sogar in rund jedem 5. Fall.

### Psychosomatische Aspekte

Das unangenehme Leiden tritt häufig zusammen mit psychischen Störungen auf, vor allem bei geistiger Retardierung (z. B. Entwicklungsverzögerung in körperlicher und/oder intellektueller Beziehung) oder bei Kindern mit erheblich gestörter Mutter-Kind-Beziehung. Bei geistig unauffällig Erwachsenen sind es eher Angstreaktionen und eine zwanghafte Persönlichkeitsstruktur.

## Therapie

Die Behandlung hängt von Alter und geistiger Gesundheit ab. Bei intellektuell unauffälligen Patienten empfehlen sich verhaltenstherapeutische Maßnahmen, die Veränderung der Ess-Gewohnheiten, Entspannungstechniken u. a. Wichtig ist auch hier die Aufklärung. Unterstützend wirken bestimmte Diät-Vorschläge (Vorsicht bei Süßigkeiten und kohlenensäure-haltigen Getränken, langsame Nahrungsaufnahme), ggf. eine gezielte medikamentöse Behandlung, zu der auch zeitlich begrenzt Beruhigungsmittel gehören können.

### WEITERE FORMEN FUNKTIONELLER SCHLUCK-STÖRUNGEN

Schluck-Störungen – es klang schon an – sind nicht selten und können vielerlei Ursachen haben. Nachfolgend deshalb eine komprimierte Übersicht zu bestimmten Formen, die sowohl die Gastroenterologen als auch Psychosomatiker diagnostizieren bzw. diskutieren. Im Einzelnen:

- **Schluck-Störungen mit Erbrechen**

Reine *Schluck-Störungen*, welcher Ursache oder Form auch immer, sind das eine. Kommt *Erbrechen* hinzu, bekommt es schon eine bestimmte psychodynamische Richtung.

Gerade in der Pubertät findet sich nämlich Erbrechen oft auch als Ausdruck des Abscheus oder des Widerwillens, nicht selten des Protestes. In diesem Alter trifft es vorwiegend junge Mädchen mit sexuellen Problemen. Vor allem Ekel-erregende Erstkontakte werden bisweilen mit Erbrechen „beantwortet“.

Die Zusammenhänge sind natürlich meist nicht bewusst. Man sprach deshalb auch früher von einer Brech-Neurose. In Extrem-Fällen findet sich diese Form der „neurotisch-hysterischen“ Reaktion bei der Pubertäts-Magersucht.

Die Behandlung zielt deshalb auf die Aufdeckung eines unbewussten Konfliktes (z. B. auch partnerschaftlich), bedarf also einer gezielten Psychotherapie. Die Erfolge können sich in Grenzen halten, was bei rein medikamentöser Behandlung sogar die Regel zu sein pflegt.

- **Funktionelle Dysphagie**

Unter einer *funktionellen Dysphagie* verstehen die Experten eine Schluck-Störung mit und ohne Schmerzen, konkret: einem Gefühl von soliden und/oder flüssigen Speisen, die in der Speiseröhre stecken oder ungewöhnlich bzw.

nicht richtig passieren wollen. Das kann schon zu Beginn des Schluck-Aktes und kurze Zeit nach den ersten Bissen auftreten.

Wenn die entsprechenden gastro-enterologischen Untersuchungen keinen krankhaften Befund erbringen, was man grundsätzlich ausschließen sollte, geht es um den psychischen Befund. Hier spielen wieder Ängste, depressive Verstimmungen und Somatisierungs-Störungen (körperliche Beschwerden aus seelischer Ursache) die häufigste Rolle.

Aus diesem Grunde braucht es eine ärztliche oder psychologische Unterstützung, die sich dieser Störung unter diesem Aspekt annimmt.

- **Funktionelles Sodbrennen**

Unter *funktionellem Sodbrennen* versteht man – wie der Name sagt – eine brennende Empfindung, zumeist in der Speiseröhre, aber ohne Nachweis einer Entzündung der Speiseröhren-Schleimhaut. Und ohne so genannten gastro-ösophagealen Reflux, d. h. ein Rückfluss vom Magen zurück in die Speiseröhre (vom Lat.: *refluere* = zurückfließen, überfließen).

Die Beschwerden treten meistens am Tage und in Wellen auf und sind oft mit Rülpsen, Wiederauswürgen von Speiseresten, Blähungen, raschem Sättigungs-Gefühl, Übelkeit u. a. verbunden.

Auslöser können manche Nahrungsmittel und sogar Körperbewegungen (z. B. Hinlegen, Vornüberbeugen), aber auch bestimmte Gefühlsregungen sein.

Frauen sind etwas häufiger betroffen, wobei funktionelles Sodbrennen nicht so selten vorzukommen pflegt, vor allem unter entsprechend beeinträchtigenden Belastungs-Situationen.

Therapeutisch wird man deshalb auf diese Faktoren psychodiagnostisch und -therapeutisch eingehen, nachdem keine gastro-enterologisch fassbaren Ursachen gefunden werden konnten.

- **Gastro-ösophageale Refluxkrankheit**

Ein Reflux ist – wie oben erwähnt – der Rückfluss, also die falsche Richtung mit entsprechenden Symptomen. Bei der *gastro-ösophagealen Refluxkrankheit* handelt es sich um einen Rückfluss von Mageninhalt in die untere Speiseröhre. Die Folgen sind uncharakteristische Beschwerden, nämlich – ebenfalls schon erwähnt – Sodbrennen, Aufstoßen, Blähungen, Übelkeit, Druckschmerz und Spontanschmerz im Oberbauch, Brennen hinter dem Brustbein, Krämpfe, Appetitlosigkeit usw.

Als begünstigende Faktoren gelten Stress (Zunahme der Magensäure), Nikotin (desgleichen), Übergewicht (Druckerhöhung durch fettreiche Bauchdecken), Koffein (reduzierter Verschlussdruck) sowie angeborene oder erworbene Störungen der Muskelkontraktion der Speiseröhre.

Das Phänomen ist nicht selten (man spricht von rund einem Drittel in der Allgemeinbevölkerung) und findet sich bei Frauen und im höheren Lebensalter etwas häufiger.

Problematisch wird es bei Schluck-Störungen, Gewichtsabnahme oder gar Blutungs-Hinweisen.

Häufig handelt es sich auch um Patienten mit Übergewicht sowie Alkohol- und Nikotin-Missbrauch.

Neben der gastro-enterologischen Untersuchung mit entsprechenden therapeutischen Empfehlungen sind deshalb ggf. auch diese Aspekte psychotherapeutisch zu bearbeiten. Hilfreich ist auch das Erlernen von Entspannungsverfahren, das vor allem der Verminderung äußerer Stressfaktoren dienen soll.

- **Achalasie (Kardiospasmus, Kardiotonie, kardiotonische (idiopathische) Ösophagus-Dilatation**

Unter einer *Achalasie* mit ihren verschiedenen bedeutungsgleichen Fachbegriffen (s. o.) versteht man eine neuromuskuläre Erkrankung der glatten Muskulatur der Speiseröhre, konkret: eine Störung der Muskelkontraktionen (Fachbegriff: Peristaltik). In Folge einer mangelhaften oder gar fehlenden Peristaltik und wegen eines gestörten Öffnungs-Reflexes im unteren Speiseröhrenteil kommt es zunehmend zu einer Zurückhaltung des Speiseröhren-Inhalts, mitunter Speiseröhren-Ausweitung. Die Folgen: uncharakteristische Beschwerden hinter dem Brustbein, Hustenreiz, ggf. Erbrechen unverdauter, nicht angesäuerter Nahrung, Atemnot und Angst.

Die unangenehme Krankheit betrifft beide Geschlechter etwa gleich häufig, kann in jedem, bevorzugt aber im früheren und mittleren Lebensalter auftreten.

In psychodynamischer Hinsicht werden verschiedene Ursachen diskutiert, nicht zuletzt sexuelle Probleme, insbesondere beim weiblichen Geschlecht. Auch sollen sich bisweilen Vaginismus (Scheidenkrampf) oder Frigidität (sexuelle Funktionsstörung) finden. Bisweilen auch Selbstvorwürfe nach schuldhaft erlebter Sexualität (Selbstbestrafung?).

Manche Therapeuten stellen gehäuft Verwöhnungs-Wünsche, aber auch eine verstärkte Neigung zu Leistungsbereitschaft, Fürsorge und Verwöhnung nahestehender Menschen fest.

Vereinzelt finden sich solche Leidensbilder auch bei Kindern, heißt es. Hier scheint sich vor allem ein enger zeitlicher Zusammenhang mit einer schweren Belastung abzuzeichnen, z. B. der Tod nahestehender Angehöriger, die Konfrontation mit schweren Unfällen, der Anblick von verletzten Menschen usw.

Die Therapie konzentriert sich erst einmal auf organische Ursachen, falls vorhanden. Für mögliche psychosoziale Auslöser empfiehlt sich dann ggf. eine aufdeckende Psychotherapie, vor allem wenn sich nicht nur Schluck-Störungen ohne organischen Grund, sondern auch weitere „neurotische“ Symptome finden, die schließlich zu dem bisweilen erheblichen seelischen Leidensdruck führen können.

### **REIZMAGEN – GASTROPATHIA NERVOSA – FUNKTIONELLE DYSPEPSI – FUNKTIONELLE OBERBAUCH-BESCHWERDEN**

Seelisch bedingte Magen-Störungen, am häufigsten als *Reizmagen* bezeichnet, sind eine vielschichtige, komplizierte und für manche Betroffene schier unendliche Leidens-Geschichte. Kompliziert deshalb, weil man noch eine Reihe spezifischer und unspezifischer Untergruppen diagnostizieren kann, je nach dem Schwerpunkt möglicher Ursachen, dem Verlauf sowie zusätzlicher psychosozialer Aspekte solcher „neurotischer“ oder vegetativer Magen-Funktionsstörungen, wie man es früher nannte.

Entscheidend ist für alle Formen aber die Definitions-Grundlage: Magen-Störungen ohne organisch fassbaren Befund. Zwar finden sich in dem einen oder anderen Fall Tonus- (Spannungs-) und Motilitäts- (Bewegungs-)Störungen sowie Sekretions-Anomalien (also Funktionsstörungen der beteiligten Drüsen, meist eine so genannte Hyper-, also Über-Sekretion); aber entscheidend pflegt dies in der Mehrzahl der Fälle nicht zu sein.

Zur Abgrenzung zur so genannten *Stress-Gastritis* siehe später.

#### **Vielfältiges Beschwerdebild**

Auch das äußerlich fassbare *Beschwerdebild* des Reizmagens ist vielfältig. Beispiele: Druck- und Völlegefühl im Oberbauch-Bereich, Appetitlosigkeit, Unverträglichkeit von Fetten, Alkohol, Koffein, bestimmten Gemüsen (wobei die Unverträglichkeiten in der Regel eher unspezifisch sind) u. a.

Bei bestimmten Untergruppen, wie sie die Experten bisweilen unterteilen, finden sich dann noch Hinweise wie Hunger-, Nacht- und unspezifisch periodische Schmerz-Attacken, frühes Sättigungsgefühl, Völlegefühl nach jeder Mahlzeit, Übelkeit, Würgereiz, wenn nicht gar Erbrechen, saures Aufstoßen usf.

Die Beschwerden werden eher ungenau als nicht kontinuierlich, eher fließend oder immer wieder auftretend, manchmal sogar als wehen-artig geschildert. (Bei organischen Ursachen beispielsweise finden sich eher scharf umschriebene Beeinträchtigungen, die meist kontinuierlich quälen)

Beim Reizmagen verstärken sich die Beeinträchtigungen mitunter durch Lagewechsel oder bestimmte Bewegungen, weshalb manche Patienten auch eine Schonhaltung bevorzugen.

Hier gilt es differential-diagnostisch tiefer zu klären, was dem Facharzt für Gastroenterologie vorbehalten bleiben dürfte, der sich dann bei entsprechender Verdachts-Diagnose des Psychiaters bzw. psychosomatisch orientierten Kollegen als Beraters versichert.

### **Verlauf – Geschlecht – Alter**

Der *Verlauf* ist beim „klassischen“ Reizmagen chronisch, wobei immer wieder intensivere Beschwerde-Perioden drohen.

*Geschlechtsspezifisch* gibt es keine ausgeprägten Unterschiede. Vom *Alter* her findet sich in manchen Studien eine Zunahme im 2. und 3. Lebensjahrzehnt.

### **Häufigkeit**

Was die *Häufigkeit* generell anbelangt, so irritieren erst einmal unterschiedliche Hinweise je nach untersuchtem Patienten-Kollektiv (Hausarzt, Facharzt Praxis, Ambulanz, Klinik, und zwar entweder rein organisch und/oder auch psychosomatisch orientiert). Doch eines fällt auf:

Die Zahl der Betroffenen in den westlichen Industriestaaten, die unter so genannten dyspeptischen Beschwerden (zusammenfassende Bezeichnung für Oberbauchbeschwerden unterschiedlicher Ursache) leiden, ist hoch: man spricht von 20 bis 40% in der Gesamtbevölkerung.

In der Praxis des Hausarztes soll sogar jeder Zweite jener Kranken, die über Druck im Oberbauch, Völlegefühl, Übelkeit und entsprechende funktionelle Störungen klagen, keinen organischen Befund aufweisen. Das aber hieße dann auch „psychogen“, d. h. rein bis überwiegend seelisch bedingt.

### **Ursachen und Hintergründe**

Damit kommt man zu den psychosozialen Hintergründen. Und da wird der Magen zum so genannten „Trigger-Point“ für seelisch bedingte Belastungen

jeglicher Art, wie die Erfahrung lehrt. D. h. die Druck- und Völlegefühle im Oberbauch, die Appetitlosigkeit, die Unverträglichkeit von Fetten, Alkohol oder Koffein u. a., die Neigung zur Dauer-Belastung (Chronizität) mit immer wieder aufbrechenden Beschwerden, das alles lässt vor allem erst einmal an äußere Stress-Faktoren jeglicher Art denken.

Hier finden sich dann auch soziale Hinweise, insbesondere berufliche und familiäre Konflikte (selbst wenn sie nicht immer bewusst sind oder bei konkreter Ansprache sogar erst einmal verneint, mitunter energisch zurückgewiesen werden). Auch zeigt sich offenbar, dass Patienten, die in einer Wohngegend mit vielen anderen leben, die einen höheren sozialen Sozialstatus haben, häufiger solche Beschwerden aufweisen wie Personen in einer eher durchmischten Umgebung. Ähnliches findet sich offenbar auch für die Doppelbelastung von erwerbstätigen verheirateten Frauen und von „Pendlern“.

Was hat das nun für psychosomatische Konsequenzen? Nicht selten – so die Experten – sind diese Magen-Beschwerden so genannte Äquivalente (Entsprechungen) depressiver Verstimmungen, von Resignation, Hilfs- und Hoffnungslosigkeit; oft auch im Rahmen ausgeprägter Ängstlichkeit, bisweilen durchaus hypochondrisch getönt.

Ein charakteristisches *Persönlichkeitsprofil* für diese Patienten-Gruppe lässt sich allerdings bisher nicht objektivieren. Angststörungen hingegen sind auffällig häufig, eine Neigung zur Aggressivität zumindest nicht selten, vor allem im Rahmen sozialer Stressoren (so genannter Life-Events). Oder im Rahmen bestimmter Beziehungs-Belastungen. Und vor allem bei einem weniger ausgeprägten und tragfähigen psychosozialen Netz.

## Differentialdiagnose

Differential-diagnostisch (was könnte es sonst noch sein) muss an zwei große Gruppierungen gedacht werden:

- Zum einen *körperlich*, nämlich bei Ulcus ventriculi, Ulcus duodeni, Magen-Karzinom, ferner bei Verdacht auf Diabetes mellitus, Medikamenten-Missbrauch, mechanischer Darmverlegung, bei Ischämie (Mangeldurchblutung eines Organs) und Sklerodermie (verhärtende Bindegewebs-Krankheit).
- In *psychopathologischer Hinsicht* besonders die Frage, könnte es sich hier um Ess-Störungen oder andere körperliche Erkrankungen mit seelischer Ursache handeln. Vor allem auch um eindeutige Depressionen, bei denen funktionelle Magen-Darm-Störungen im Rahmen des depressiven Beschwerdebilds nicht selten sind.

## Möglichkeiten und Grenzen der Therapie

Die Behandlung des „Reizmagens“ ist deshalb ein schwieriges Kapitel, aber nicht nur wegen der oben erwähnten Faktoren. Denn solche Patienten führen ihre körperlichen Beschwerden stärker, ja manchmal geradezu verbissen-zwanghaft auf somatische (also organische) Ursachen zurück, keinesfalls auf seelische oder psychosoziale. Sie vermuten hinter jedem Symptom eine gefährliche Krankheit, nicht zuletzt Krebs und machen sich entsprechende Sorgen um ihre Gesundheit. Und das ausgeprägter, zermürender, langfristiger als Patienten, die tatsächlich vergleichbare organisch bedingte Beeinträchtigungen zu ertragen haben.

Die Häufigkeit gezielter Arztbesuche ist dann also weniger von der Intensität und Häufigkeit der körperlich empfundenen Symptome und ihrer Auswirkung auf das tägliche Leben abhängig, sondern mehr von entsprechenden Befürchtungen und Sorgen über die Bedeutung dieser Krankheitszeichen. Außerdem spielen hier nicht nur bestimmte vor-belastende Lebensereignisse, sondern auch Alter, Schichtzugehörigkeit und Geschlecht eine Rolle, heißt es in manchen Studien.

Das prägt nicht selten das Arzt-Patient-Verhältnis und die ganze Therapie – leider mitunter nachteilig. Bei den meisten Betroffenen pflegt aber die Mitteilung entlastender Untersuchungs-Ergebnisse zur Entspannung, jedenfalls zu einer Linderung der Beschwerden beizutragen. Das hängt im Übrigen nicht nur von der Wesensart des Kranken, sondern auch von einer entsprechenden Aufklärung ab. Und die wiederum ist abhängig vom persönlichen Geschick des Arztes, dem zeitlich verfügbaren Rahmen und sonstigen Umständen.

Es betrifft aber auch die gemütsmäßige Abwehr mancher Patienten und ihren Versuch, immer neue Untersuchungen anzuschließen, was zuletzt bei selbst unerheblichen Mini-Befunden zur allseitigen Unsicherheit beitragen kann. Und den so dringend erhofften therapeutischen Fortschritt regelrecht blockiert. Einzelheiten zu diesem schwierigen Phänomen siehe die entsprechende Fachliteratur.

Am besten scheinen sich deshalb stützende, langfristig angesetzte kombinierte Therapie-Formen bewährt zu haben. Beispiele: psychotherapeutische Beratung, Korrektur krankmachender Verhaltensweisen in Bezug auf Tagesrhythmik und Ess-Verhalten (nicht zuletzt Alkohol-, Kaffee- und Nikotin-Abusus). Auch Entspannungstechniken wie Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation sind sinnvoll.

Die Frage: Medikamente oder nicht und wenn ja, welche, ist gerade hier besonders schwer zu beantworten. Bei Depressionen und schweren Angststörungen mit entsprechender Reizmagen-Symptomatik fällt es noch am leichtesten, nämlich bestimmte Antidepressiva. In allen anderen Fällen will es gut ü-

berlegt sein, ob es zur „innerseelischen Befreiung“ oder „medikamenten-induzierten“ Fortdauer des Leidensbildes beiträgt. Auf jeden Fall gilt sowohl für Patient (und Angehörige) als auch Arzt bzw. psychologischen Psychotherapeuten: Sie haben ggf. eine mühselige Zeit vor sich, die bisweilen auch noch lange dauern kann.

## **ANHANG: STRESS-GASTRITIS**

In zunehmendem Maße werden also in der Gastroenterologie und Psychosomatik der Magen-Darm-Störungen auch Stress-Faktoren diskutiert, und zwar als konkrete Ursachen entsprechender Leidensbilder. Dazu gehört auch die *Stress-Gastritis*. Typische Symptome hier sind Appetitlosigkeit, eine immer wieder belastende Übelkeit und/oder ein Völlegefühl. Zudem ein permanentes Druckgefühl, wenn nicht gar ein Spontan-Schmerz, zumindest aber provozierbarer Schmerz im Oberbauch. Bei starker Schmerz-Zunahme nach einer Mahlzeit muss man an ein Ulcus denken.

Wichtige Zusatz-Belastungen sind Nikotin- und Alkohol-Missbrauch, bestimmte Medikamente (z. B. Schmerzmittel) sowie Koffein, das ja die Säure-Produktion stimuliert und damit einen Rückfluss vom Magen in die Speiseröhre provozieren kann.

Der wichtigste Faktor scheint aber – wie der Name schon sagt – ein ständiger, entlastungsloser Stress zu sein, was besonders bei beruflicher Überforderung gesehen wird (Stichwort: „Belastung ohne Aussicht auf Entlastung“). Die entsprechenden Behandlungs-Empfehlungen kann man sich denken.

## **AEROPHAGIE (LUFTSCHLUCKEN)**

Luft im Magen ist nichts Ungewöhnliches. Schon mit jedem Schluck-Akt wird normalerweise 1 bis 2 ml Luft in den Magen befördert; bei jeder flüssigen Mahlzeit wird zehnmal so viel geschluckt. Auf wenn es vornehm verheimlicht wird, das Aufstoßen nach einer Mahlzeit ist nicht selten und im Sinne der Erleichterung durchaus sinnvoll.

Anders die Neigung zum ständigen unwillkürlichen Luftschlucken und damit Vollpumpen des Magens. Hier wird die Luft mit oder ohne Nahrung und über ein normales Maß hinaus geschluckt, was sehr lästig, mitunter sogar beängstigend bis qualvoll ausfallen kann (Fachbegriffe: gastro-kardialer Symptomen-Komplex, Meteorismus = Blähungen).

In grenzwertiger bis krankhafter Hinsicht sind die Ursachen häufig habituell, d. h. gewohnheitsmäßig und dem Patienten darüber hinaus noch nicht einmal

so recht bewusst. Erst die Blähungen, das Aufstoßen und das Gefühl des Unwohlseins machen ihn auf die lästigen Folgen aufmerksam. Läuft die Aerophagie im Rahmen eines zu hastigen Essens, sollte schon die Aufklärung reichen (s. u.). Meist aber ist es eben mehr, nämlich psychogen gebahnt.

### **Ursachen und Hintergründe**

Obwohl nicht wenige davon betroffen sind (man spricht von etwa jedem Fünften, zumindest gelegentlich), ist es gar nicht so einfach, hier zu konkreten Daten zu kommen. Das hat mit dem angenommenen und durchaus interessanten psychosozialen Hintergrund dieses Phänomens zu tun. Denn gewöhnlich findet man dieses lästige Symptom bei Menschen, die sich in einer unbefriedigenden Situation wähnen, die sie nicht bewältigen können, nicht zuletzt wegen subjektiv empfundener Unfähigkeit oder gar Hilflosigkeit. Alle Anstrengungen scheinen nichts zu nützen, man ist letztlich zutiefst frustriert und sieht auf Dauer keine Möglichkeiten zur Korrektur.

Den meisten ist dieser Verlauf weitgehend unbewusst, auch wenn sie sich permanent bemühen. Dafür kommen bisweilen Sätze, Erklärungen und Rechtfertigungen, die einen gewissen Bezug zum Luftschlucken und damit meteoristisch behindernder Atmung erkennen lassen. Beispiele: „viel herunterschlucken müssen“, „alles in sich hineinfressen“, regelrecht ein „armer Schlucker“ zu sein u. a.

Man mag solche Erklärungen künstlich aufgebauscht finden, einen wahren Kern haben sie schon, was psychologisch erfahrene Hausärzte und Psychotherapeuten zu bestätigen pflegen. Es handelt sich um eine mittel- bis langfristige, manchmal sogar chronisch depressive Verstimmung (also keine eigentliche krankhafte Depression). Diese steht im Zusammenhang mit einem ständig erhöhten Anspruch, der Bestätigung und Anerkennung fordert, überkompensierend, was aber die permanenten Selbstzweifel nicht auszugleichen vermag.

Interessant auch ein weiterer Aspekt, der von den Betroffenen noch oft rigoros abgelehnt wird: Nicht selten findet sich nicht nur die erwähnte resigniert-deprimierte Stimmungslage, sondern (auch) eine uneingestandene Aggressions-Problematik. Bei manchen soll sich sogar eine masochistisch-sadistische Charakter-Komponente abzeichnen – wohl meist unbewusst und/oder uneingestanden.

Wie auch immer: Psychische Faktoren spielen bei der Aerophagie durchaus eine Rolle. Organisch findet sich außer einer vermehrten Luftfüllung im Magen (so genannte Magenblase) in der Regel kein krankhafter Befund.

Dafür ist das Leidensbild aber nicht nur unangenehm (und letztlich nicht vorzeigbar, schon gar nicht akustisch), sondern auch zermürend. In nicht seltenen Fällen wird nämlich auch durch die Magenblähung das Zwerchfell ange-

hoben, was eine reduzierte Lungen-Ausdehnung und damit Atmungs-Leistung nach sich zieht. Manche Menschen geraten dann schon auf dieser Ebene der Atem-Beklemmung in „leichte Panik“, zumindest aber Leistungs-Behinderung.

Auf jeden Fall fallen bei diesen Menschen mit starkem Leidensdruck eine unterschwellige Unzufriedenheit, durchaus auch eine gewisse innere Unruhe und Getriebenheit, manchmal auch hypochondrische Ängste und – wie erwähnt – eine heimliche (bzw. unterdrückte) sub-aggressive Grund-Einstellung auf.

### **Therapeutische Möglichkeiten**

Die Therapie pflegt natürlich erst einmal organische Empfehlungen einzuschließen: Dazu gehören bestimmte Diät-Vorschläge (nicht so viel Süßigkeiten, keine kohlenensäure-haltigen Getränke), langsames Essen usf. Außerdem den eingefahrenen falschen Schluck-Akt wie folgt korrigieren: erst Löffel oder Gabel in den Mund führen und nicht während der Einatmung, sondern während des Ausatmens die Speise schlucken. In manchen Fällen erleichtern diese Atem-Enge bestimmte Kombinationen aus Pflanzenheilmitteln; mitunter – falls wirklich nötig – kurzfristig und niedrig-dosiert ein Beruhigungsmittel.

Am wichtigsten aber ist die Aufklärung durch den Hausarzt. Sie enthält nicht nur die physiologischen Abläufe des Schluck-Aktes, sondern auch die erwähnten Fehlsteuerungen, auf die man aber Einfluss nehmen kann.

Sollte die psychopathologisch auffällige Wesensart (s. o.) eine nicht zu übersehende Rolle spielen, wird man um eine konflikt-orientierte Psychotherapie beim Psychologen oder Psychiater nicht herumkommen. Dabei hört man allerdings immer wieder, dass Aerophagie-Patienten neben ihrer möglicherweise versteckt-aggressiven Tendenzen keine „einfache Klientel“ seien. Auch das gilt es also im Therapeuten-Patienten-Kontakt zu berücksichtigen.

## **PSYCHOGENES (FUNKTIONELLES) ERBRECHEN**

Beim *Erbrechen* wird entweder willkürlich oder unwillkürlich, und dann eher funktionell bzw. psychogen erbrochen, was vorher geschluckt worden war. Das kann nachvollziehbar und sinnvoll sein (z. B. verdorbene Nahrung), einen organischen Grund haben (Erkrankungen von Speiseröhre, Magen und Darm) – oder eben seelisch bzw. psychosozial ausgelöst bzw. gebahnt.

Erbrechen kennt wahrscheinlich jeder aus verschiedenen, in der Mehrzahl wohl überwiegend nahrungs-bedingten Gründen. Dazu zählt natürlich auch die Intoxikation, die Vergiftung, z. B. bei Alkohol-Missbrauch und bestimmten Rauschdrogen, selten auch Medikamenten.

## Beschwerdebild und organische Ursachen

Zu den Kernsymptomen gehört das gezielte Erbrechen bei der Magersucht und vor allem bei der Bulimia nervosa (s. u.). Neben den erklärbaren Hintergründen gilt die Regel: Patienten mit habituellem, also gewohnheitsmäßigem Erbrechen zeigen in der Mehrzahl der Fälle auch seelische Auffälligkeiten. Am häufigsten hysterische Symptome, sexuelle Ängste, den Versuch Aufmerksamkeit zu erzwingen (vor allem bei Kindern) und schließlich die erwähnten Ess-Störungen.

Den Arzt beschäftigen bei den differential-diagnostischen Abklärungen neben obigen Aspekten, insbesondere der verdorbenen Nahrung, vor allem Infektionen, Vergiftungen, ein Schädel-Hirn-Unfall oder andere krankhafte Gehirn-Prozesse (z. B. Druckerhöhung im knöchernen Schädel durch Abflussbehinderung des Nervenwassers, aber auch raumgreifende Tumore) usw.

## Psychodynamische Aspekte

In psychodynamischer Hinsicht aber wird das Erbrechen als so genanntes Affekt-Äquivalent eingestuft, d. h. als eine Art Ersatz für gemütsmäßige (Über-) Reaktionen, insbesondere von Ekel-Gefühlen. Im Rahmen einer „Breach-Neurose“, wie das früher genannt wurde, finden sich auch so genannte konversions-neurotische Hinweise.

Die Konversion ist ein Abwehr-Mechanismus für unterschiedliche Verhaltensweisen, um sich vor seelischen Konflikten zu schützen. So das psychoanalytische Konzept. Oder konkret: die Umsetzung eines verdrängten seelischen Problems in die Körpersprache, d. h. die „Verkörperlichung“ einer unverarbeiteten psychischen Belastung.

Am bekanntesten sind seelische Blindheit oder Taubheit bzw. Muskelschwäche oder gar -lähmung, aber auch entsprechende Folgen im Rahmen von Herz-Kreislauf, Atem und Magen. Bei Letzterem droht dann beispielsweise ein psychogenes Erbrechen.

## Spezifische Aspekte

Bei den diagnostisch und therapeutisch besonders schwierigen Leidensbildern mit psychogenem Erbrechen geht es vor allem um Anorexie und Bulimie. Im Einzelnen:

- Bei der *Anorexia nervosa*, der Magersucht, handelt es sich um eine Ess-Verhaltensstörung (zeitweilige Nahrungsverweigerung oder gar strikte Nahrungsbegrenzung), um einen gewollten Gewichtsverlust zu erreichen. Dabei

sind eine ganze Reihe von Symptomen erkennbar (bzw. lange nicht), bei denen vor allem gelegentliche Ess-Durchbrüche oder gar Fress-Anfälle auffallen, dann aber eben auch Abführmittel-Missbrauch oder bewusstes Erbrechen.

- Bei der *Bulimie* oder *Bulimia nervosa* droht ein anfallsartiger Heißhunger (der erwähnte „Fress-Anfall“) mit impulsivem Verzehr großer Mengen (meist auch noch) hoch kalorischer Esswaren innerhalb von Stunden oder weniger. Und danach entweder Abführmittel-Missbrauch oder noch häufiger Erbrechen (Angst vor Gewichtszunahme, Selbstbestrafung, Befriedigung bzw. „Platz schaffen“). Dabei unterscheidet man ein eher bulimisches Fehlverhalten und schließlich ein eigenständiges Krankheitsbild mit wiederholten Episoden solcher Symptome als *Bulimia nervosa*. Bei Letzterem drohen dann ernstere Konsequenzen auch organischer Ursache (Elektrolyt- und Herzrhythmusstörungen, Bauchspeicheldrüsen-Entzündungen u. a.).

### **Möglichkeiten und Grenzen der Therapie**

Die Therapie des funktionellen Erbrechens kann einfach und erfolgreich sein, wenn Aufklärung und gezielte Erläuterungen ausreichen. Oft genügen in der Tat Beruhigung, der Hinweis auf mögliche seelische Verursachung und Gründe, mitunter unterstützend die Empfehlung einer Diät (um zumindest diese Seite zu befriedigen); und ggf. Antiemetika (gegen Brechreiz wirkende Arzneimittel) und Antidepressiva (stimmungs-aufhellende Psychopharmaka).

Stellt sich ein chronisches und immer wieder auftretendes Erbrechen als behandlungs-resistent heraus, insbesondere weil die oben erwähnte Konversions-Symptomatik doch tiefer greift, muss an eine Psychotherapie gedacht werden.

Bei den ungleich komplexeren und vor allem mehrschichtig angelegten Krankheitsbildern Anorexie und Bulimie pflegt eine gezielte Psychotherapie unvermeidlich zu sein, besonders bei drohenden körperlichen Folgen.

## **REIZDARM-SYNDROM (COLON IRRITABILE)**

Das *Reizdarm-Syndrom*, auch *Reiz-Colon* oder *Colon irritabile* genannt, wird nicht nur von den bemerkenswert häufigen Betroffenen, sondern inzwischen auch zunehmend wieder von den beteiligten Fachbereichen wie Gastroenterologie und Psychosomatik diskutiert.

Es gehört zu den (zunehmenden?) funktionellen Darm-Erkrankungen, die sich also durch so genannte Motilitäts- (Darm-)Bewegungsstörungen mit Obstipation oder Diarrhoe (s. u.) bemerkbar machen, vor allem auch durch schmerzhaft-

te Blähungen und Unterleibskrämpfe. Das kann so zermürbend werden, dass sich die Patienten kaum mehr aus dem Hause wagen.

Die Diagnose wird aufgrund einer gründlichen gastro-enterologischen (Magen-Darm-)Diagnostik gestellt, die insbesondere organische Ursachen ausschließt. Warnzeichen einer *körperlich(!)* bedingten Erkrankung sind beispielsweise Blut im Stuhl, starker Gewichtsverlust, Fieber, Blutarmut, Entzündungszeichen, nächtliches Beschwerdebild mit kurzer Krankheits-Vorgeschichte und fortlaufender Symptom-Verstärkung sowie ein erstmaliger Krankheitsausbruch nach dem 50. Lebensjahr.

### **Häufigkeit – Geschlecht – Alter**

Obgleich – wie erwähnt – nicht wenige Betroffene darüber klagen und noch mehr verunsichert schweigen, ist es nicht einfach, hier zu exakten Häufigkeits-Zahlen zu kommen. Man geht aber anhand entsprechender Studien von rund 10 bis 15% in der Allgemein-Bevölkerung aus.

Frauen sind 2- bis 3-mal häufiger betroffen als Männer. Bei schwerem Krankheitsverlauf sind es rund 80%.

### **Beschwerdebild**

Durchaus mit unterschiedlichem Schwerpunkt, in der Mehrzahl der Fälle aber dann zusammen und damit mehrfach beeinträchtigend, finden sich:

- Stuhl-Unregelmäßigkeiten, d. h. entweder Verstopfung und/oder Durchfall, Übelkeit, auch Abdominal-Schmerzen von wechselnder Lokalisation und Intensität, d. h. vor allem im Unterleib, ferner lästige bis quälende Blähungen (Fachbegriff: Meteorismus) und Flatulenz (Abgang von Darmgasen), mit Bauch-Auftreibung sowie ggf. ein Völlegefühl nach (bestimmten) Mahlzeiten und eine Nahrungsmittel-Unverträglichkeit.
- An so genannten Begleit-Symptomen wird am häufigsten geklagt über Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Müdigkeit, Schwitzen, Frösteln, Herzrasen, Schmerzen im Brustkorb, Migräne, Menstruations-Störungen, Juckreiz an After und in der Scheide, Schmerzen beim Wasserlassen und zunehmende Leistungsschwäche.

Die Beschwerden, die über viele Jahre immer wieder auftreten können (s. u.), beginnen oft zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr und bleiben nicht auf den Magen-Darm-Trakt beschränkt. So finden sich beispielsweise zusätzlich Übelkeit, Aufstoßen, Sodbrennen oder ein Globusgefühl (siehe dieses).

Interessanterweise beeinträchtigen diese Beschwerden während der Nachtruhe eher selten (wenn ja, muss – wie erwähnt – an eine organische Ursache gedacht werden). Über eine eigentlich naheliegende Gewichts-Abnahme wird kaum berichtet.

Als charakteristische Merkmale gelten auch eine Besserung der Beschwerden durch Defäkation (Stuhlgang), ein Beschwerde-Beginn mit Veränderung der Stuhlfrequenz (häufiger) sowie Stuhlbeschaffenheit.

### **Prognostische und differential-diagnostische Probleme**

Die Krankheit verläuft meist in Schüben; in nicht wenigen Fällen neigt sie zur dauerhaften Beeinträchtigung (Fachbegriff: Chronifizierung). Allerdings gilt es dazu einige Einschränkungen zu akzeptieren:

Zum einen gibt es ganz unterschiedliche Reaktions-Formen, je nach seelischer, körperlicher und psychosozialer Ausgangslage. Zum anderen geht nicht jeder Patient mit einem Reizdarm-Leiden zum Arzt, im Gegenteil. Wissenschaftlich erfassbar und für Diagnose und Therapie dann auch nutzbar sind aber nur die ärztlich (und psychologisch) erfassbaren Patienten mit ihren spezifischen Ursachen, Hintergründen, Verläufen, Belastungen und Schmerzbildern. Die so gewonnenen Erkenntnisse und damit verfügbaren Aussagen sind also begrenzt.

Dies gilt auch für differential-diagnostische Erwägungen, d. h. was könnte es sonst noch sein. Zum einen scheinen sich bei diesen Patienten auch nachweisbare körperliche Leidensbilder gehäuft zu finden (z. B. Fibromyalgie), im zeitlichen Zusammenhang auch Zustände nach bestimmten operativen Eingriffen (z. B. Blinddarm, Gallenblase, gynäkologische Operationen) u. a. Für den Kernbereich der Betroffenen aber sind das keine Anhaltspunkte, die weiterhelfen, so die Experten.

### **Neuere organische Erkenntnisse**

Deshalb zeigen die dafür organisch zuständigen Gastroenterologen wieder vermehrt Interesse an diesem mehrschichtigen Leidensbild. Wie aus einer wachsenden Zahl von entsprechenden Studien hervorgeht, beforcht man wieder verstärkt die im Darm lokalisierten Bakterien-Stämme, wobei man offenbar Unterschiede zwischen der Darmflora von Gesunden und jener von Reizdarm-Patienten gefunden hat.

Natürlich, so die Experten, sind bestimmte Lebensmittel nicht ohne Einfluss; zumindest können sie die Beschwerden nachhaltig verstärken. Welche dies im Einzelfall aber sind, lässt sich nur schwer ermitteln. Manchen Patienten erleichtert daher der Verzicht auf Speisen, die zu einer starken Gasbildung im

Darm führen, ihr spezifisches Leidensbild. Darunter sind vor allem Fruchtzucker (Fruktose), Milchzucker (Laktose) und Zucker-Austauschstoffe wie Mannit und Sorbit (abgekürzter Fachbegriff: Fodmap). Sie sind in nicht wenigen Lebensmitteln enthalten und werden in größeren Mengen verzehrt, als man glaubt – unerkannt. Auch bei Gesunden können sie zu Blähungen führen, bei Patienten mit Reizdarm-Syndrom aber so ausgeprägt, dass die Darmwand gedehnt und entsprechende Beschwerden provoziert werden.

Dazu kommen neuere Erkenntnisse die besagen, dass die Darmwand von Patienten mit Reizdarm-Syndrom über eine offenbar dichteres Nervennetz verfügt (wobei der Bauchraum ohnehin ungeahnt dicht mit entsprechenden Nervennetzen überzogen ist). Und wenn sich hier dann ungewöhnlich viele Entzündungs-Zellen finden, kann sich auch die Schmerz-Wahrnehmung erhöhen. Außerdem sei die Darmwand von Reizdarm-Patienten ungewöhnlich durchlässig und scheint empfindlicher auf Stresshormone zu reagieren. Hier herrscht also noch reichlich Forschungsbedarf, glücklicherweise auch wieder verstärkte Forschungs-Aktivität.

## **Psychosoziale Aspekte**

Bei allen Erkenntnis-Fortschritten aus gastro-enterologischer, d. h. organischer Sicht, darf man aber den psychosomatischen Aspekt des Leidensbildes und mögliche psychosoziale Verstärker, wenn nicht gar Auslöser und Dauer-Verursacher auf psychologischer Ebene, nicht vergessen. Allerdings hat im Laufe der Zeit das Etikett „Reizdarm-Syndrom“ auch den Anstrich einer „hypochondrischen Befindlichkeits-Störung“ erhalten, der den körperlichen Aspekt unter- und den seelischen überschätzt. Was also sagen die Psychosomatiker?

Bei einer nicht geringen Zahl der Reizdarm-Betroffenen (man spricht von mehr als der Hälfte der zumindest erfassten Patienten) sollen jedoch seelische Störungen und/oder *psychosoziale Belastungen* nachweisbar sein. Häufig würden sich durch gezielte Exploration schwierige Lebens-Situationen und -Entwicklungen erfragen lassen. Dies besonders in bestimmten Lebensabschnitten.

Beispiele: Pubertät, Heirat, Kindererziehung, Klimakterium, Alter, Eintritt in das Berufsleben, Berufswechsel, sozialer Abstieg, aber auch Aufstieg, Verlust wichtiger Bezugspersonen u. a. Oder kurz: belastende Lebensereignisse, die man subjektiv zu interpretieren hat, keinesfalls von der unkritisch überhöhten Werte des gesunden Durchschnitts aus.

Dort, wo es sich um nachweisbare *seelische Erkrankungen* handelt wie Depressionen, Angststörungen (z. B. Panikattacken), somatoforme Störungen (früher als psychosomatisch bezeichnet) und sexuelle Missbrauch-Erlebnisse als Ursache oder Teil-Ursache für Entstehung oder Fortdauer des Leidensbildes, liegen die Gründe natürlich offener zu Tage.

Das lässt sich auch durch entsprechende test-psychologische Befunde erhärten, vor allem was Depressivität, Ängstlichkeit, ja sogar Aggressivität angeht. Und in der Vorgeschichte bezüglich psychosozialer Stressoren (Fachbegriff: life events), vor allem im Rahmen so genannter Beziehungs-Belastungen bei ggf. geringer zwischenmenschlicher und sozialer Unterstützung.

Im Weiteren scheint sich zwar keine einheitliche *Persönlichkeitsstruktur* abzuzeichnen, allerdings neigen nicht wenige dieser Patienten offenbar zu Perfektionismus, einem überdurchschnittlichen Streben nach (überhöhter?) Leistung und pflegen einen hohen moralischen Standard, so einige psychodynamische Erkenntnisse. Dabei würden emotional spannungsreiche Zustände wie aggressive Regungen und Ängste bei Haus-, ja sogar Nervenarzt erst einmal gar nicht detailliert angesprochen. Das braucht offenbar ein vertieftes ärztliches oder psychologisches Gespräch (s. u.), was dann aber auch einen entängstigenden und psycho-stabilisierenden Effekt haben kann.

### **Therapeutische Möglichkeiten und Grenzen**

Das leitet zu einem Thema über, das gerade bei diesem Leidensbild nicht unproblematisch ist. Gemeint ist die Arzt-Patient- bzw. später ggf. Psychotherapeut-Patient-Beziehung.

Der erste Ansprechpartner ist der Hausarzt. Dort bleibt auch erst einmal nichts anderes übrig, als die Diagnose zu stellen, ggf. krank zu schreiben und bestimmte organ-medizinische Arzneimittel zu versuchen, vielleicht sogar ein Psychopharmakon. Daneben muss der Arzt eine Ausschluss-Diagnose stellen, d. h. was ist es nicht, insbesondere in organischer Hinsicht. Beispiele in Fachbegriffen: spezifische Nahrungsmittel-Unverträglichkeit, Divertikulose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, gynäkologische Erkrankungen oder gar ein Karzinom mit ähnlichen Symptomen usw.

Dann aber ist die Stunde der beruhigenden, offenen, vor allem angst-lösenden Aufklärung gekommen. Das ist die wohl wichtigste therapeutische Aufgabe des erst-konsultierten Arztes. Dabei müssen dann auch mögliche psychosoziale Belastungen zur Sprache kommen, sprich Scheidung, Trauer-Reaktionen, Arbeitsplatz-Verlust u. a.

Dann aber geht es – wenn die Diagnose eines Reizdarm-Syndroms feststeht – auch zu den naheliegenden symptom-mildernden Verhaltensregeln: regelmäßige Mahlzeiten, Toilettenbesuche ohne Hast, ausreichende körperliche Bewegung, ferner Vorsicht bei Kaffee, Alkohol, blähendem Gemüse, exzessivem Genuss von Süßigkeiten und den Nebenwirkungen bestimmter Medikamente.

Schließlich konkrete zusätzliche Empfehlungen: Gegen die Obstipation eher ballast-reiche Kost und zusätzlich Weizenkleie usw.; aber auch eine sinnvolle Änderung der Lebensweise, die Nutzung entsprechender diätetischen Empfehlungen und zuletzt – falls notwendig – die Gabe bestimmter Medikamente aus gastro-enterologischer Sicht. Hier gibt es dann auch Erfreuliches zu berichten, was von bestimmten erfolgreichen Präparaten bis zur – erst einmal befremdlichen – Fäkalthherapie (Fremdstuhl-Transplantation) reicht. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

### **Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten**

Bei der ggf. psychotherapeutisch orientierten Behandlung geht es insbesondere darum, die Befürchtungen des Patienten empathisch (einfühlsam), aber konsequent neutralisierend einzudämmen, um den drohenden Teufelskreis auszubremsen. Denn die ständigen Klagen mancher Reizdarm-Patienten können den Arzt ggf. zu zusätzlichen diagnostischen oder gar therapeutischen Maßnahmen zwingen, die eigentlich zu keiner zielführenden Erkenntnis beitragen, die Erwartungshaltung aber anheizen und zuletzt auf beiden Seiten für Miss-Stimmung sorgen, falls sich der eine unter Druck gesetzt und der andere nicht adäquat versorgt fühlt.

Ist deshalb schließlich eine Psychotherapie nötig, dann wird sie wohl aus einer Kombination aus psychodynamisch orientierter Kurz-Psychotherapie (zu lange würde auch hier obigen Circulus vitiosus anheizen) und den erwähnten Verhaltensregeln bestehen, ggf. ergänzt durch bestimmte medikamentöse Erleichterungen (Stichwort: Ballaststoffe, faserreiche Nahrung u. a.). Auch verhaltenstherapeutische Ansätze, Biofeedback-Verfahren und bestimmte Techniken zur Stressbewältigung einschließlich ggf. Hypnose können zu einem positiven End-Ergebnis beitragen.

Bei allem aber bleibt für die Beteiligten beider Seiten ein Unsicherheitsfaktor übrig, den man in Fachkreisen ein „gelerntes Krankheitsverhalten“ nennt. Einzelheiten dazu siehe die Fachliteratur. Manchmal kommt man deshalb um eine stationäre psychosomatische Therapie in einer Fachabteilung nicht herum, wobei allerdings wegen der erwähnten Schwierigkeiten sehr unterschiedliche Erfolgs-Erkenntnisse vorliegen.

## **FLATULENZ: FUNKTIONELLE ABDOMINELLE BLÄHUNGEN**

Es dürfte keinen Menschen geben, der nicht schon einmal von Blähungen geplagt wurde. Am häufigsten sind es nahrungs-bedingte Verdauungsstörungen (Fachbegriff: Maldigestion). Beispiele: Laktose-Intoleranz, insbesondere aber (exzessiver) Verzehr schlecht resorbierbarer, aber im Dickdarm fermentierbarer Nahrung wie Bohnen, Kleie, Sorbit u. a. Und natürlich bei konkreten Erkrankungen wie Reizmagen, Reizdarm oder anderen funktionellen Magen-Darm-Störungen (siehe diese).

Funktionelle abdominelle Blähungen sind also nicht organisch begründbare Symptome wie Völlegefühl, Spannungen und Blähungen mit Flatulenz (Abgang von Darmgasen, früher fast schon romantisch als „Leibeswinde“ bezeichnet).

Wenn es sich um funktionelle abdominelle Spannungsgefühle handelt, dann ist es nicht nur die Dehnung der Darmwand durch Gase, sondern auch eine erhöhte Aktivität der Darm-Muskulatur. Man nimmt an, dass dabei die Gasmenge im Darm nicht einmal vergrößert sein muss. Wichtig(er) ist offenbar die empfindlichere Reaktion des Betreffenden auf Darmgase, sprich die so genannte Darm-Sensitivität. Wahrscheinlich spielt aber beides eine Rolle, nämlich erhöhte Muskel-Aktivität und größere Empfindlichkeit. Was fast immer registriert wird, ist eine verlangsamte Darm-Passage.

Betroffen sind nicht wenige, auch wenn Hausarzt oder Gastroenterologe nur selten deshalb konsultiert werden. Man spricht von etwa jedem Dritten, der zumindest einmal Bekanntschaft mit funktionellen Blähungen gemacht hat.

Und dies kann einen lebenslang begleiten, darf dafür aber als benigne (gutartig, auf jeden Fall nicht maligne = bösartig) bezeichnet werden.

Die Frage lautet: Warum, wann, vor allem weshalb und was lässt sich ggf. dagegen tun? Hier geht es ja nicht nur um lästige bis schmerzhaft Blähungen, sondern auch entsprechenden Wind-Abgang, was stets eine risikolose Umgebung voraussetzt.

### **Psychosoziale Aspekte?**

Tatsächlich sollen auch seelische Aspekte und soziale Ursachen zumindest bei jenen Patienten eine Rolle spielen, die ihren Arzt aufsuchen. Soweit registrierbar spricht man dabei vor allem von psychosozialen Belastungen (und nur in ganz wenigen Fällen von ggf. zusätzlichen diätetischen Faktoren).

In psychologischer Hinsicht scheinen auch hier vor allem depressive Verstimmungen, Ängste, in der Folge auch Schlafstörungen, Belastungsreaktionen und Alkohol-Abusus eine nicht unerhebliche Rolle zu spielen. Und – soweit feststellbar, aber das dürfte eher selten eindeutig der Fall sein –, auch eine erbliche Schiene.

## Therapeutische Empfehlungen

Im Vordergrund der Behandlung, falls sie gewünscht wird, steht erst einmal die Beratung und Entwarnung: lästig, aber glücklicherweise meist harmlos. Die Vermeidung entsprechender Nahrungs-Belastungen versteht sich von selber. Eine Änderung der Lebensweise wird besonders dann nahegelegt, wenn obige Symptome zunehmend einschränkend auftreten. Ggf. empfiehlt sich auch eine psychotherapeutische Begleitung, was mittel- bis langfristig zur Milderung beitragen kann.

In medikamentöser Hinsicht werden wohl in jedem Fall vom Hausarzt erst einmal bestimmte Arzneimittel versucht (nicht zuletzt auf pflanzlicher Basis), die zusätzlich entlasten sein können. Da es sich allerdings um ein Phänomen handelt, das lebenslang zu beeinträchtigen vermag, muss sich der Arzt die Wahl solcher Medikamente gut überlegen, um nicht eine riskante Dauer-Behandlung anzustoßen. Auch deshalb bieten sich wohl eher erst einmal Pflanzenheilmittel an.

### **FUNKTIONELLE DIARRHOE (EMOTIONALE ODER NERVÖSE DIARRHOE, DURCHFALL AUF SEELISCHER GRUNDLAGE)**

Allzu viel hört man nicht davon, was durchaus verständlich ist. Wer spricht schon gerne darüber. So ist auch die Zahl entsprechender Studien offenbar nicht sehr beeindruckend. Das Phänomen ist aber trotzdem nicht so selten, behaupten Experten, die darauf achten, Verständnis signalisieren und Hilfe in Aussicht stellen. Um was handelt es sich?

Die Diarrhoe, ob organisch oder auf emotionaler (gemütsmäßiger) Basis sind häufige oder drängend auftretende ungeformte Stühle.

Organisch handelt es sich um verstärkte Kontraktionen (muskuläre Zusammenziehungen) im Dickdarm, die nach den Mahlzeiten oder entsprechend belastenden Situationen aktiviert werden und deshalb eine Darm-Beschleunigung sowohl im Dünn-, als auch Dickdarm nach sich ziehen. Wasser wird nicht mehr ausreichend zur Kot-Eindickung resorbiert und durch Schleim-Absonderung kommt es zur weiteren Verdünnung.

Oder konkret: Ungeformte (breiige, wässrige oder schleimige) Stühle mehrfach am Tag mit meist erhöhtem Stuhlgewicht. Ggf. Stuhl-Inkontinenz oder Stuhl-Verschmierungen.

Die Durchfälle können sich mit Verstopfung abwechseln.

An Allgemeinbeschwerden wird gelegentlich über Kopfschmerzen, Erschöpfung, Konzentrationsschwäche und wachsende Nervosität geklagt. Nicht selten droht dann auch eine krankheits-abhängige ängstliche Beschäftigung mit Fragen des Stuhlgangs sowie die konzentrierte Aufmerksamkeit auf Diätfragen, Medikamente und mögliche weitere Krankheits-Folgen – bis hin zur geradezu hypochondrisch wirkenden Einengung auf dieses Thema.

Die Zahl der Betroffenen ist exakt schwer festzulegen (s. o.), die Alltags-Belastung aber immens.

Am häufigsten wird über Stuhldrang während der Arbeitszeit geklagt, vor allem bei Tätigkeiten, die es nur schwer erlauben eine Toilette (vor allem fluchtartig) aufzusuchen.

Natürlich müssen als Erstes chronische Durchfall-Erkrankungen ausgeschlossen werden, beispielsweise die Enteritis und die Colitis ulcerosa oder die möglichen Folgen nach einer Antibiotika-Therapie. Nicht unwichtig ist die Frage nach einem Laxantien-Abusus, wenn bei zuvor bestehender Verstopfung ein Abführmittel benutzt und schließlich ängstlich-unkritisch über die vertretbare Zeit missbraucht wird.

### **Ursachen, Hintergründe und persönlichkeits-spezifische Aspekte**

Situationsbedingten „unpassenden Stuhldrang“ kennt so mancher, das müssen nicht nur Prüfungs-Situationen, öffentliche Auftritte u. ä. sein, das kann in bewältigbarer Form auf alle möglichen, durchaus weniger belastende Situationen folgen. Der Grund ist einfach: Angst und (subjektiv überhöht empfundene) Überforderung. Man sieht sich schon gescheitert, überwältigt, gedemütigt, ohnmächtig. Psychodynamisch sprechen deshalb die Experten von einem schwer beherrschbaren Gefühl der Hilflosigkeit, wenn nicht gar Ohnmacht gegenüber bestimmten Autoritäts-Personen oder Aufgaben. Und der Neigung, diesen auszuweichen, auch unbewusst.

Deshalb wird die emotionale Diarrhoe von einigen Autoren auch als so genanntes Affekt-Äquivalent bezeichnet, d. h. als eine Art Gemüts-Entsprechung und damit Hinweis auf Sorgen, Ärger, Angst, Befürchtungen, Belastungen u. a., was sich dann auf die Darm-Motorik auswirkt.

Auch würden sich bei manchen dieser Betroffenen unerfüllte Wünsche nach Geltung und anerkannt werden finden, gelegentlich auch nach Leistungs-Ansprüchen, die endlich honoriert werden sollten. Gleichzeitig belasten aber auch Gefühle von ohnmächtiger Abhängigkeit gegenüber bestimmten Bedingungen, Personen oder Autoritäten. Hier wird dann schon der vulgäre Begriff

von „Schiss haben“ deutlich, was natürlich vornehmer bzw. wissenschaftlich übersetzt ausgedrückt werden muss.

Warum aber dann ausgerechnet ein Stuhl-Drang? Hier pflegen tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapeuten auch an die Situation des Kleinkindes zu erinnern, das arglos seinen Stuhlgang in die Hand nimmt und anderen anbietet, weil es wohl das Erste ist, was es „selbst-produziert verschenken könnte“ – auch wenn es dem Umfeld graust und alle erst einmal gleich reagieren. Der Darm-Inhalt also als eine infantile Form des Geschenkes, um die andere Seite zu besänftigen oder aus einem ohnmächtigen Abhängigkeits-Verhältnis wieder herauszukommen. Man kann sich zwar vorstellen, was sich bei so einem Vergleich gedacht wird, insbesondere von den Betroffenen. Entwicklungs-psychologisch ist es aber nicht völlig abwegig, wenngleich natürlich wohl nur tiefenpsychologisch verstehbar.

### **Therapeutische Möglichkeiten**

In therapeutischer Hinsicht geht es vor allem um Aufklärung und klare Verhaltensanweisungen, nicht nur bezüglich Nahrungsaufnahme, sondern auch Lebensgestaltung. So etwas kann durch Patienten-Unterricht (Fachbegriff: Psychoedukation), Stress-Management, aber auch Einzel- und Gruppentherapie, Entspannungsübungen, ja Hypnose und suggestive Verfahren zur besseren Darmkontrolle erreicht werden.

Eine stationäre Therapie dürfte nur selten nötig sein, zumal ein großer Teil der geforderten Eigen-Initiative sich an den auslösenden „Alltäglichkeiten“ festmacht bzw. im gelebten Erlebnisfall bewältigt werden muss – mit oder ohne stützende Begleitung.

## **FUNKTIONELLE OBSTIPATION (STUHL-VERSTOPFUNG, DARM-TRÄGHEIT)**

Ein Thema, über das man verständlicherweise ebenfalls nicht gerne spricht, obgleich es nicht selten belastet, ist der unzulänglich funktionierende bzw. als solcher subjektiv so empfundene Stuhlgang. Dabei gehört er zu den physiologischen Vorgängen mit ganz natürlichen Schwankungen. Das sehen die Betroffenen auch so, fühlen sich aber durch den in ihren Augen verzögerten Ablauf beunruhigt, behindert, belastet, gequält.

Diagnostisch handelt es sich um eine Obstipation, wenn die Darm-Entleerung weniger als dreimal wöchentlich und dann auch nur mühsam erfolgt. Konkret: Entsprechende Anstrengungen bei der so genannten Defäkation, klumpige und/oder harte Stühle, das Gefühl von inkompletter Entleerung oder von zu

geringem Stuhl-Volumen, so die Experten. Bauchschmerzen spielen glücklicherweise zumeist keine Rolle.

Dafür die (subjektiven) Begleit-Beschwerden, der innere Leidensdruck und die scheinbare Erfolglosigkeit entsprechender therapeutischer Bemühungen umso mehr. Dies vor allem dann, wenn sich das Allgemeinbefinden durch zusätzliche Kopfschmerzen, Mattigkeit und vor allem hypochondrische Befürchtungen verschlechtert.

Es ist allerdings auch schwierig, die Art der Obstipation (leicht, schwer, akut, chronisch) konkret und objektiv festzulegen. Hier spielen eben auch subjektive Krankheits-Überlegungen eine Rolle, insbesondere die (hypochondrischen?) Ängste, nicht ausreichend entschlackt zu werden, giftige Stoffe zurückzuhalten und damit weitere Krankheiten zu bahnen.

Das Problem liegt auch in Ursache und Krankheitsverlauf, denn das Entstehen und die Verstärkung einer Obstipation hängt von mehreren und vor allem sehr unterschiedlichen Faktoren ab. Beispiele: soziodemographischer Status (also gesellschaftliche Position), Gesundheitszustand, seelische Aspekte, Art der Nahrungsaufnahme (was und wie), körperliche Aktivität (bzw. ihr Gegenteil: die üblicherweise vorherrschende Inaktivität – s. u.), Medikamenten-Gebrauch (Nebenwirkungen!) und eine Reihe von weiteren so genannten Grund-Erkrankungen (siehe später), die zur Stuhl-Verstopfung beitragen können. Außerdem die Möglichkeit von so genannten Funktionsstörungen des Magen-Darm-Traktes selber, die vor allem den Gastroenterologen beschäftigen.

### **Häufigkeit – Geschlecht – Alter – soziale Schicht – spezielle Aspekte**

So verwundert es nicht, dass die Zahl der Betroffenen erstaunlich hoch ist, wenn man entsprechende Befragungen durchführt. Das geht bis zu jedem 5. Mann und 4 von 10 Frauen, wobei allerdings alle Intensitäts-Grade möglich sind (also von gelegentlich bis extrem belastend).

Das mittlere Lebensalter (vor allem zwischen dem 35. und 60. Lebensjahr) scheint am häufigsten betroffen, insbesondere wiederum beim weiblichen Geschlecht.

Wenn man allerdings mit gastro-enterologisch exakt definierten Kriterien nachfasst, dann scheint gerade die funktionelle Obstipation (also ohne organische Ursache) deutlich seltener zu sein (nur einige wenige Prozent?).

Es trifft dann aber doch einige häufiger, vor allem – wie erwähnt – das weibliche Geschlecht, das mittlere Lebensalter, in zunehmendem Maße dann aber auch aus organischen Gründen ältere Jahrgänge. Früher schienen in der westlichen Welt die oberen Gesellschafts-Schichten mehr beeinträchtigt zu

sein, was sich aber inzwischen ausgleicht. Heute sind es eher die so genannten „bildungsfernen“ Schichten. Das scheint auch mit etwas zusammenzuhängen, was zwar ungerne eingeräumt wird, dann aber doch nicht ohne Effekt bleibt, nämlich: Bewegungsarmut (tags über und vor allem abends beim Fernsehen), unregelmäßige (und hastige) Nahrungsaufnahme (am Abend wiederum und meist unbemerkt beim Fernsehen), allgemein ungesunde Ernährungsweise und nicht zuletzt weitere ungünstige Lebensformen (Genussgifte, Gewicht u. a.), wie es gerade in der westlichen Welt nicht selten ist (und bedenklich zuzunehmen scheint).

Deshalb ist die Prognose, also die Heilungsaussicht auch sehr unterschiedlich. Bei den leichteren und (selber!) korrigierbaren Störungen am besten, manchmal aber auch extrem verunsichernd, kaum beeinflussbar, zu chronischem (dauerhaftem) Verlauf neigend und dann über diese Schiene auch andere Beeinträchtigungen auslösend oder verstärkend.

### **Differentialdiagnose**

Bei der Frage, was könnte es sonst noch sein, gibt es bei der chronischen Obstipation (und beim Reizdarm – siehe dieser) eine Reihe von möglichen organischen Leiden. Einzelheiten dazu siehe die jeweilige Fachliteratur. Als Beispiele seien auswahlweise in Fachbegriffen angeführt:

Darm-Erkrankungen (Ileitis terminalis/Morbus Crohn u. a.), Tumore (Kolon-, Magen-, Prostata-, ja sogar Bronchial-Karzinom), schmerzhaftes Anal-Erkrankungen (des Afters wie z. B. Thrombosen, Ekzeme, Prolaps und Fissuren), hormonelle und metabolische Erkrankungen (Hypothyreose, Hyperparathyreoidismus, Diabetes mellitus usw.), neurologische Leiden (Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, entsprechende Hirn-Tumore), psychische Störungen (vor allem die Magersucht und Depressionen, bisweilen auch Angst- und nicht zuletzt Zwangsstörungen). Nachvollziehbar ist die natürliche Beeinträchtigung durch Schwangerschaft und Geburt.

Bei den organisch bedingten Ursachen sind dafür die diagnostischen Möglichkeiten in der Regel sehr differenziert und die Therapie – je nach Diagnose – durchaus erfolgreich.

Etwas schwieriger wird es bei den verstopfungs-riskanten Nebenwirkungen bestimmter Arzneimittel. Schwierig deshalb, weil diese Ursache meist selber gar nicht erkannt und angegeben wird und – noch problematischer – wenn es keine andere Wahl gibt (gemäß der Erkenntnis: keine Wirkung ohne Nebenwirkungen). Medikamente mit Obstipations-Risiko sind beispielsweise (in Fachbegriffen): Opiate, Anticholinergika, Antikonvulsiva, Antidepressiva, niederpotente Neuroleptika, Diuretika, Ovulationshemmer und natürlich Missbrauch und Abhängigkeit von Abführmitteln.

## **Anhang: Laxantien – Risiken bei Abführmittel-Missbrauch**

*Laxantien* sind Abführmittel (vom Lat.: laxare = lockern) und gehören zu den am häufigsten verordneten Arzneimitteln, auch wenn darüber wenig bekannt wird. Wer äußert sich schon gerne über seine anders nicht behebbare Verstopfung. Deshalb hohe Dunkelziffer, zumal auch meist in Selbst-Medikation am Arzt vorbei bezogen.

Die wichtigsten Missbrauch-Folgen sind dünner Stuhl oder chronischer Durchfall mit erheblichem Wasser- und Salzverlust (Natrium, Kalium u. a.). Dadurch Erschlaffung der Darm-Muskulatur, Darmträgheit und erneute Verstopfung. Gefahr eines Teufelskreises mit jahre- oder jahrzehnte-langer Einnahme und z. T. ernsthaften Folge-Krankheiten (Beispiele in Fachbegriffen: spastische Colitis, toxisches Megacolon, Nephritis, Melanosis coli, sekundärer Hyperaldosteronismus, Osteoporose u. a.).

Meist beim weiblichen Geschlecht und gar nicht selten bei Hausfrauen, Sekretärinnen, Verkäuferinnen usw. Die Betroffenen wissen in der Regel nicht, dass sie zu den Suchtkranken im weiteren Sinne gehören, zumal sich auch keine der sonst sucht-üblichen Konsequenzen abzeichnen in seelische, körperlicher und psychosozialer Hinsicht. Trotzdem weitgehend unbeachtete und unterschätzte Form der „Abhängigkeit“ im erweiterten Sinne bei oft langwierigem, d. h. monate- oder jahrelangem Verlauf mit häufig frustrierenden Entzugs-Bemühungen.

### **Psychosoziale Ursachen und psychosomatische Aspekte**

Dass eine Obstipation schon im Kindesalter verschiedene, nicht zuletzt psychosoziale Ursachen haben kann, geht aus einer Vielzahl entsprechender Untersuchungen an obstipierten Kindern hervor. Dort finden sich vor allem ausgeprägte Angst-Symptome, insbesondere Verlustangst (Trennung von der Mutter, allein schlafen zu müssen), aber auch abnorme Macht-Ansprüche (ängstlich-unsicheres Verhalten, was auch mal in herrisches Gebaren umschlagen kann) und so genannte orale Symptome mit häufigen Ess-Störungen, Erbrechen, Appetitlosigkeit, versteckter Naschsucht usw.

Im Erwachsenenalter sind es ganz bestimmte Erlebnis-Zusammenhänge, die bei chronischer Stuhl-Verstopfung auffallen. Beispiele: Protest-Reaktionen, Dominanz-Versuche, angstvolles Zurückhalten, Furcht und Abwehr vor zu großer Verausgabung u. a.

In der Tat beginnt diese Belastung nicht selten nach schweren Lebens-Ereignissen oder Lebens-Krisen. Das können Verlust-Ereignisse mit Trauer-Reaktionen, sexueller oder körperlicher Missbrauch, aber auch Verlust der psycho-

sozialen Stabilität und Unterstützung sein (Partner, Freunde), meist in Verbindung mit depressiven Verstimmungen und weiteren Angstzuständen.

Bei der Bearbeitung verschiedener Problembereiche und persönlich belastender Einstellungen kann die Obstipation auch eine übergeordnete Rolle annehmen. Hier sollen dann gelegentlich emotionale Beeinträchtigungen hereinspielen, vor allem bei scheinbar unlösbaren Konflikten. Das kann sowohl im beruflichen als auch privaten Bereich der Fall sein.

Ob man dabei die tiefenpsychologisch-analytischen Erkenntnisse ihres Erst-Beschreibers Sigmund Freud heranziehen soll, hängt von der jeweiligen Einstellung ab (Persönlichkeitsstruktur des Patienten, Ausbildung und Arbeitsweise des Psychotherapeuten usw.). Auf jeden Fall werden nach S. Freud vor allem Ordnungsliebe, Sparsamkeit, aber auch Eigensinn mit der Obstipation in psychodynamische Verbindung gebracht (so genannte anale Trias). Hier wären dann insbesondere zwanghafte Persönlichkeiten betroffen.

### **Möglichkeiten und Grenzen der Therapie**

Die einfachste und sicherste Art der Obstipations-Behandlung ist natürlich der Korrektur-Versuch bei den erwähnten Nebenwirkungen entsprechender Arzneimittel und die gezielte und vor allem erfolgreiche Behandlung möglicher Erkrankungen mit Verdacht auf chronische Obstipation.

Ansonsten empfehlen sich aus ärztlicher Sicht die bekannten Hinweise auf faserreiche Hilfsmittel (Kleie oder Leinsamen), entsprechende Laxantien (aber unter ärztlicher Kontrolle zur Verhinderung einer heimlichen Dauer-Medikation) und spezielle Maßnahmen, die dem Gastroenterologen vorbehalten bleiben.

Hier kann sich dann auch eine psychotherapeutisch orientierte Behandlung als zumindest mildernd erweisen. Dies vor allem dann, wenn es bereits zu seelischen Begleit-Symptomen oder gar psychosozialen Konsequenzen gekommen ist.

Als Erstes geht es um die Klärung möglicher auslösender Bedingungen, beginnend mit der aktuellen Lebens-Situation und ggf. zurückgreifend auf frühere Belastungs-Ereignisse, Krankheiten und insbesondere seelische Störungen.

Dabei spielt die Aufklärung und Patienten-Unterweisung (Psychoedukation) eine große Rolle, insbesondere bei der Gefahr eines Laxantien-Abusus. Auch wird die Umstellung der Ernährung zwar vom Hausarzt oder Gastroenterologen angeregt, möglicherweise aber dann vom begleitenden Psychiater oder Psychologen überwacht, was sich sonderbar anhört, aber bei einer psychotherapeutisch orientierten Führung nicht vernachlässigt werden darf.

Natürlich gibt es – wie oben erwähnt – auch tiefen-psychologisch orientierte Erklärungsmuster, die dann die Wesensart betreffen, die zur chronischen Obstipation beitragen kann (nicht zwangsläufig muss, das sei ergänzend bemerkt).

Allerdings scheint die Fähigkeit mancher Patienten mit chronischer Obstipation, ihre inner-seelische Konflikt-Situation wahrzunehmen und zu bearbeiten, nicht sonderlich ausgeprägt. Das muss also bei der Psychotherapie, bei der sich dann vor allem eine Fokal- oder möglicherweise auch Verhaltenstherapie anbietet, in Rechnung gestellt werden. Das Grundbehandlungs-Programm der Internisten oder anderer Fachbereiche je nach Bedarf bleibt dadurch natürlich unberührt. Ein „langer therapeutischer Atem“ kann aber auf allen Ebenen nicht schaden.

## FUNKTIONELLE STUHL-INKONTINENZ

Unter einer *Inkontinenz* versteht man die Unfähigkeit, Harn oder Stuhl bei sich zu halten. Das ist erst einmal normal, konkret: alters-üblich bei Kleinkindern. Und es kann sich sogar bis in die ersten Schuljahre hinein halten, unerfreulich, abklärungsbedürftig, aber nicht selten. Mit den weiteren Lebensjahren verringert es sich aber und ist in den mittleren Lebensjahrzehnten kein Thema mehr (Ausnahme beispielsweise siehe unten); es wird aber im höheren Lebensalter u. U. wieder zum Problem.

In der Kindheit sind Jungen stärker betroffen als Mädchen, was sich im Alter dann geschlechts-spezifisch umdreht. Jetzt leiden Frauen häufiger unter dieser Störung.

Nachfolgend geht es nun ausschließlich um die fäkale Inkontinenz und hier um die so genannte *funktionelle Stuhl-Inkontinenz*.

Der stärkste Risikofaktor dafür ist eine Obstipation, eine Stuhl-Verstopfung. Man schätzt, dass etwa jeder 5. Patient mit Reizdarm über eine gelegentliche fäkale Verschmutzung zu klagen hat. Gleiches gilt für eine Colitis ulcerosa (siehe diese), dann aber mit wässrigen Durchfällen. Und für das höhere Lebensalter, vor allem in Kombination mit kognitiven (geistigen) Beeinträchtigungen (Endzustand: Demenz).

Im Erwachsenenalter sollen aber nur wenige betroffen sein, je nach Schwere des Leidens zwischen 1,5 und 5% (d. h. je leichter bzw. zeitlich und folgenmäßig weniger beeinträchtigend umso mehr). Die Ärzte sehen sich allerdings hier mit einer erheblichen Dunkelziffer konfrontiert, nachvollziehbarerweise.

Die Frage: wirklich funktionell oder letztlich doch irgendwie organisch bedingt, muss durch fachärztliche Untersuchung geklärt werden. Dazu gibt es spezifische Verfahren, beginnend mit der klinischen Untersuchung (z. B. analer Kontraktionsreflex, paradoxe Kontraktionen des äußeren Anal-Muskels und weiterer ggf. beteiligter Muskeln) bis hin zur so genannten Defäkographie. Einzelheiten siehe die gastro-enterologische Fachliteratur. Auch neurologische Beeinträchtigungen (entsprechende Nerven-Versorgungen) können konsiliarisch geprüft zur Klärung beitragen.

### **Psychosoziale Aspekte**

In psychosozialer Hinsicht dürfte es vor allem Kinder betreffen. Hier geht es insbesondere um die Furcht vor der Toilette oder um offene bzw. unbewusste zwischenmenschliche Auseinandersetzungen mit den Erziehungspersonen (Eltern, Stiefeltern, Patchwork-Familie u. a.). Und dabei um Kontrolle oder Beachtung. Auch (zu) frühe Erfahrungen in puncto Sexualisierung des Defäkations-Aktes können eine Rolle spielen.

Manche Untersuchungen an inkontinenten Kindern finden häufiger Traurigkeit, Resignation, ängstliche, furchtsame, unsichere und mit wenig Selbstvertrauen ausgestattete Betroffene, die auch weniger zwischenmenschliche Kontakte haben. Letzteres gilt nicht nur für Spiel- und Schul-Kameraden, sondern auch für Mütter oder andere Erziehungspersonen. Da kann dann ein überzogenes Sauberkeits-Training mit inadäquaten Zwangsmaßnahmen seine negativen Konsequenzen äußern.

Schließlich aber können nicht nur die zugrunde liegenden Verhaltensstörungen zu einer Inkontinenz führen, auch das Umgekehrte muss bedacht werden: eine peinliche Inkontinenz anderer Ursachen mit entsprechenden Folgen.

In extremen Fällen kann natürlich auch eine willentliche Verschmutzung als Versuch interpretiert werden, Aufmerksamkeit zu provozieren, nicht zuletzt als bewusst antisoziale Handlung. Und es muss die so genannte mentale Inkompetenz abgeklärt werden, d. h. im Rahmen einer geistigen Behinderung und später Demenz.

Die *Therapie* zielt neben (leider begrenzten medikamentösen und nahrungsbedingten) Empfehlungen und ggf. Beckenbodenmuskel-Training auch auf die notwendige Entspannung (generell und dann den Beckenboden betreffend), was beispielsweise mit einem Biofeedback-Training angestrebt werden kann.

## **FUNKTIONELLE ABDOMINELLE SCHMERZEN**

Medizinisch nicht allseits gängig oder anerkannt, aufgrund nicht seltener Klagen trotzdem von einigen Experten als reales Leidenbild akzeptiert und behandelt, sind die *unspezifischen funktionellen abdominalen Schmerzen*. Was versteht man darunter?

Hier wird nahezu kontinuierlich über Bauchschmerzen geklagt, und zwar ohne dass Magen-Darm-Krankheiten oder auch nur gestörte Funktionen diagnostizierbar sind. Offenbar handelt es sich um eine zentral ausgelöste Befindlichkeitsstörung, oder auf Deutsch: Vom Zentralen Nervensystem, vor allem aber entsprechenden Gehirnstrukturen ausgehende Beeinträchtigungen, häufig, immer wiederkehrend oder gar dauerhaft und ohne Bezug zu bestimmten Nahrungsmitteln, zu Stuhlgang, Monatsblutung u. ä.

Die Ausprägung kann allerdings so intensiv sein, dass der normale Alltag erheblich beeinträchtigt wird, und dies – wie erwähnt – ohne jeglichen Anhalt für eine organische Ursache, die den Schmerz erklären könnte. Dabei kann sich die Schmerz-Lokalisation (wo) und die Art der Symptomatik (Intensität und Art des Schmerzes) immer wieder ändern.

### **Psychosoziale Hintergründe**

Hier fallen dann aber bei entsprechender Exploration (fachspezifischer Befragung) doch einige psychosoziale Befunde auf, insbesondere was die Krankheits-Verarbeitung anbelangt.

So beginnt der Schmerz sehr häufig nach schweren Belastungen, Krisen, Verlust-Ereignissen usw. Das kann alle möglichen Ursachen haben, entscheidend ist einfach die trauer-betonte Verarbeitung des Ereignisses, ggf. auch der Eindruck mangelhaften Verständnisses bzw. unzureichender Unterstützung durch Lebenspartner, sonstige Familienmitglieder, Freunde, Bekannte, Mitarbeiter, Vorgesetzte etc.

Die Folgen sind depressive Verstimmungen, Angstzustände und eine „vegetative“, in diesem Fall „abdominelle Schmerz-Reaktion oder -Antwort“, was sich auch in einem ungewöhnlichen Krankheitsverhalten äußern kann.

Beispiele der Experten: Die geklagte Behinderung durch das Schmerz-Phänomen steht in keinem Verhältnis zu einer entsprechenden körperlichen Erkrankung (siehe diese). Dafür findet sich ein offenbar fortdauerndes Suchen nach Bestätigung durch eine solche körperliche Erkrankung. Deshalb geht auch eine Art „Auftrag“ an die konsultierten Ärzte, ohne sich selber ausreichend miteinzubringen, was Diagnose und Therapie anbelangt.

Nicht selten hat man auch den Eindruck, dass diese Patienten von einem Versorgungs-Anspruch ausgehen, der aber durch nichts begründet ist, schon gar

nicht durch eine nicht-objektivierbare Schmerz-Symptomatik. Irritierend für das Umfeld ist auch die Neigung, gesundheits-relevante Maßnahmen zu vermeiden, die ein solches Leidenbild auslösen, verstärken und vor allem chronifizieren könnten. Oder noch drastischer: Man hat bisweilen den Eindruck, dass hier eine Krankenrolle aufgebaut und erhalten werden soll.

### **Aufklärung und Behandlungsversuche**

Entsprechend schwierig ist dann auch die Therapie. Aus organischer Sicht ist es vor allem die Abklärung, insbesondere differentialdiagnostische Fragen (z. B. Diabetes mellitus, Migräne usw.), die zu einem solchen Leiden beitragen können. Viel schwieriger wird der psychosomatische Anteil der Behandlung. Das beginnt mit dem Akzeptieren dieses Schmerzes, um ihn überhaupt erst einmal verstehbar und schließlich behandelbar zu machen. Akzeptieren muss man aber auch die Erkenntnis, dass nicht noch weitere Untersuchungen notwendig sind, die nur einen Teufelskreis einleiten und nicht nur für den Patient, sondern auch Angehörige und sogar Ärzteschaft belastend sind („unnötig“, „ärgerlich“).

Und schließlich der wichtigste Aspekt: Trotz des Schmerzbildes sollte man nach und nach die verloren gegangenen täglichen Aktivitäten wieder anschieben. Oder kurz: Den normalen Alltag und nicht das Schmerzbild ins Zentrum des „täglichen Bewusstseins“ rücken. Keine leichte Aufgabe für beide Seiten – erfahrungsgemäß.

## **FUNKTIONELLER ANO-REKTALER SCHMERZ IM BEREICH VON AFTER UND DICKDARM**

Unter den eher ungewöhnlichen, aber nicht seltenen Beeinträchtigungen (s. u.) finden sich zwei gastro-enterologische Beschwerdebilder, die auch psychosoziale Aspekte enthalten können. Im Einzelnen:

- Beim so genannten *Levator ani-Syndrom* handelt es sich um chronische oder häufig wiederkehrende Schmerzen im Bereich des End-Darms, bei denen man keine organische Ursache findet (höchstens eine erhöhte Muskelspannung in diesem Bereich).
- Bei der *Proctalgia fugax* handelt es sich ebenfalls um plötzliche starke Schmerzen im Analgebiet für Sekunden bis Minuten, krampfartig, manchmal sogar quälend-stechend beschrieben, auf jeden Fall belästigend und verunsichernd, bisweilen unerträglich. Auch hier sind keine organischen Ursachen diagnostizierbar.

Die Häufigkeit ist – nachvollziehbar – schwer konkret anzugeben, es sind aber nicht wenige Prozent der Allgemeinbevölkerung, die manchmal, vorübergehend, aber auch lebenslang immer wieder beeinträchtigt werden (eher Frauen?).

Psychosoziale Aspekte lassen sich natürlich nur bei jenen Patienten erfragen, die mit diesen Symptomen ihren Arzt aufsuchen. Hier scheinen sich in manchen Untersuchungen vermehrt belastende und stress-intensive Lebens-Ereignisse zu finden, die mit Angst, depressiven Reaktionen, bisweilen auch hypochondrischen oder gar hysterischen Wesenszügen verbunden sind. Auch wird von diesen Patienten nicht selten über weitere funktionellen Magen-Darm-Erkrankungen geklagt, ebenfalls ohne objektivierbaren krankhaften Befund.

Die Behandlung dürfte zumeist aus spannungs-reduzierenden Techniken bestehen, die die Beckenboden-Muskulatur lockern (z. B. Massage, Sitzbäder, ggf. muskel-entspannende Medikamente u. a.).

Wichtig ist trotz nachgewiesener Harmlosigkeit die Beruhigung. Und bei bestehenden psychosozialen Problemen eine entsprechende stützende Begleitung.

## ERSCHWERTER STUHLGANG

Als *erschwertem Stuhlgang* (Fachbegriffe: erschwerte Defäkation oder Dyschezie) bezeichnet man in Fachkreisen einen anstrengenden Stuhlgang und das Gefühl von inkompletter Entleerung, die ggf. entsprechende Anstrengungen oder die manuelle (Hand)-Erleichterung durch Pressen in oder um den Anus bzw. digitale (Finger-)Hilfe nötig machen.

Dabei geht es weniger um die meist üblichen Anstrengungen zu Beginn des Stuhlgangs, wie sie gar nicht so selten sind, mehr um an sich unnötige Anstrengungen am Ende der Defäkation mit eben diesem Gefühl inkompletter Entleerung.

Dieses Problem scheint nicht selten zu sein, bei Frauen häufiger. Und es pflegt mitunter zu ängstlicher Besorgnis, wenn nicht gar zu depressiven Reaktionen Anlass zu geben. Ob durch die Entleerungs-Bemühungen selber oder aufgrund einer bestimmten Wesensart, dass lassen die Experten eher offen.

In therapeutischer Hinsicht empfehlen sich ähnliche Maßnahmen wie bei der schon besprochenen fäkalen Inkontinenz (s. o.)

## DYSSYNERGIE DES BECKENBODENS

Bei der *Dyssynergie*, d. h. *funktionellen Störungen der Beckenboden-Muskulatur* kommt es zu paradoxen (Muskel-)Kontraktionen, wenn nicht gar zur Unmöglichkeit, den Beckenboden während des Stuhlgangs zu entspannen, was zu einer entsprechenden Erschwerung führen kann.

Dieses Phänomen findet sich nicht selten bei Kindern und sogar Erwachsenen, die zur Verstopfung oder zur Stuhl-Inkontinenz neigen. Auch hier scheint das weibliche Geschlecht häufiger betroffen.

In entsprechenden psychologischen Tests scheinen auch hier Erwachsene mit einer Neigung zu ängstlicher oder depressiver Stimmungslage registrierbar zu sein.

Eine Verstopfung, die durch eine solche Beckenboden-Dyssynergie bedingt ist, spricht gut auf Biofeedback-Behandlung an.

## ULCUS VENTRICULI (MAGENGESCHWÜR)

Bei den Ulcus-Krankheiten (vom Lat.: *ulcus* = Geschwür) handelt es sich um Geschwüre der Schleimhaut des Magens und des Zwölffingerdarms, die immer wieder aufbrechen können oder gar chronisch belasten.

Diese Leiden sind seit Jahrhunderten bekannt und nicht – wie früher angenommen – auf Menschen in hoch zivilisierten Ländern beschränkt. Sie kommen unter bestimmten Bedingungen weltweit vor und sogar bei Haustieren.

Das *Ulcus ventriculi* (das *Magengeschwür*) ist ein gutartiges Geschwür der Schleimhaut des Magens, das bis in die tiefen Schichten der Magenwand vordringen kann. Dabei sind sogar Perforationen (Durchbrüche durch die Magenwand) und ggf. Penetrationen (Eindringen in benachbarte Organe) möglich.

Beim Magengeschwür findet sich in der Regel eine so genannte multifaktorielle Entstehung, d. h. mehrere Krankheitsursachen. Sie können äußerlicher Natur sein und/oder innerliche Ursachen haben.

Am eindeutigsten ist die so genannte *Helicobacter pylori*-Besiedlung als Ursache zu diagnostizieren, doch gibt es auch *Ulcer*a ohne diese Bakterien-Infektion. Ähnliches gilt für bestimmte Medikamente, nämlich so genannte nicht-

steroidale Antiphlogistika und Kortikosteroide (siehe spezielle Fachliteratur), aber auch Rauchen und Alkohol.

Von den so genannten endogenen, also inneren Ursachen, sind beispielsweise eine Hypersekretion (Überproduktion) der Magensäure, Motilitäts-(Bewegungs-)Störungen der Magenwand-Muskulatur mit verzögerter Entleerung, eine Übererregbarkeit des Nervus vagus (Darmbewegungen), Störungen der Magenschleimhaut-Durchblutung und genetische (Erb-)Faktoren zu berücksichtigen.

Es finden sich aber auch seelische oder konkreter psychosoziale Belastungen (Stichwort: Stress-Ulcus). Dazu gehören beispielsweise Menschen, die aus ihrer Gemeinschaft ausgeschieden, wenn nicht gar herausgerissen sind, also früher Auswanderer, später Heimatvertriebene, heute vor allem Flüchtlinge bzw. Migranten. Im Alltag – auf einer anderen Entstehungs-Schiene – insbesondere Personen, die in Nachtschichten arbeiten.

### **Häufigkeit – Geschlecht – Verlauf – Beschwerdebild**

Die Häufigkeit scheint erst einmal nicht beeindruckend (etwa 40 bis 50 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner). Das Geschlechtsverhältnis ist annähernd gleich. Ältere haben ein höheres Erkrankungs-Risiko.

Der Verlauf ist unerfreulich, nämlich chronisch-rezidivierend, d. h. immer wieder ausbrechend. Das beeinträchtigt zwar nicht die Lebenserwartung, aber dafür die Lebensqualität.

Das Beschwerdebild ist sogar in der Allgemeinheit recht bekannt: Schmerzen im Magenbereich, Gewichtsverlust, Unverträglichkeit von Speisen, ggf. Erbrechen usw. Labor-, Röntgen- und die modernen bild-gebenden Verfahren, vor allem aber die so genannte Gastroskopie, führen zur richtigen Diagnose.

### **Ursachen – Hintergründe – psychosoziale Belastungen**

Welches sind nun die am häufigsten diskutierten psychosozialen Belastungsfaktoren? Einheitliche Befunde sind nicht zu erwarten, dafür sind die Entstehungs-Bedingungen zu vielfältig, vor allem was die seelischen Aspekte angeht.

Eine erbliche Belastung scheint aber nicht selten.

Was auf jeden Fall abgeklärt werden muss, sind die erwähnten Schmerzen durch mögliche andere Ursachen. Beispiele: entzündliche Erkrankungen von Bauchspeicheldrüse und Gallenblase, Koliken, eine Entzündung der Speise-

röhre, ggf. ein Magen-Karzinom, ja sogar eine Angina pectoris und Schmerzen durch muskuläre und Wirbel-Veränderungen.

In psychosozialer Hinsicht mit den entsprechenden psychosomatisch interpretierbaren Konsequenzen geht es vor allem um die Klärung möglicher Einflüsse wie Stress, Nachtschicht, aber auch eine zwischenmenschliche Überempfindlichkeit im Erleben des Patienten, die zu Ängsten und depressiven Verstimmungen Anlass geben können.

Als Auslöse-Situationen finden sich nicht selten Geborgenheits-Verlust, Zuwachs an Verantwortung, Reifungs-Anforderungen, und zwar sowohl durch Aufgaben von außen als auch durch eigene Ansprüche, die ggf. mit dem gegebenen Leistungs-Rahmen, aber auch jeweiligen Ehrgeiz-Niveau kollidieren.

Besondere Aufmerksamkeit sollten jene Patienten finden, die eher abhängig, passiv oder depressiv erscheinen und starke Wünsche nach persönlicher Versorgung signalisieren – bewusst oder unbewusst. Hier kann dann auch eine Art hypochondrisches Krankheits-Erleben eine Rolle spielen, das der Therapeut erkennen und ansprechen sollte.

Interessant der Aspekt, dass es nicht nur den eher passiven, abhängigen, depressiven Ulcus-Typus mit entsprechenden Versorgungs-Wünschen gibt, sondern auch den eher hyperaktiven, ja aggressiven Typus einer Ulcus-Persönlichkeit, wie immer wieder diskutiert wird. Dazwischen sind natürlich alle Abstufungen und Übergangs-Formen möglich; außerdem Schwankungen zwischen den jeweiligen Gegensätzen der erwähnten Persönlichkeits-Strukturen, was sich zudem im Laufe des Lebens wandeln kann.

### **Therapeutische Empfehlungen**

Die Behandlung ist so oder so nicht einfach und wegen der Rückfall-Häufigkeit mitunter sehr langwierig. Auf jeden Fall sollten vor allem die hyperaktiven Patienten dazu gebracht werden, Ruhe-Phasen, überhaupt Erholung und Entspannung zu respektieren, um sich von der täglichen (Über-)Aktivität zumindest zeitweise zu entlasten.

Manchmal müssen sie auch aus der (subjektiv?) belastenden Situation herausgenommen werden (Krankschreibung), gleichzeitig aber auch ihre ggf. riskante Lebensweise ändern. Das betrifft nicht nur die erwähnte Respektierung notwendiger Erholungszeiten, sondern auch mögliche Genussgifte wie Nikotin und ggf. den exzessiven(!) Gebrauch von Alkohol und Kaffee.

Neben der gezielten Beratung für konkrete Lebens-Situationen wäre in einigen Fällen eine aufdeckende analytische Behandlung sinnvoll, dürfte aber nur selten zustande kommen (siehe ständige Rezidiv-Gefahr und in psychodyna-

mischer Hinsicht die notwendige Akzeptanz, was das seelische Krankheits-Bewusstsein und die Motivation, was die konsequente Behandlungs-Bereitschaft anbelangt).

Bei nachweisbaren medikamentösen Auslösern (s. o.) muss sich der behandelnde Arzt ggf. eine neue Therapie-Strategie überlegen.

Was in den meisten Fällen hilfreich sein dürfte, sind Entspannungsverfahren (Autogenes Training, Relaxationstherapie nach Jacobson) und – falls notwendig – eine konflikt-orientierte Gesprächsbehandlung, ggf. auch Verhaltenstherapie. Wichtig ist auf jeden Fall eine vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung, die auch zwischenzeitliche Krisen gemeinsam zu meistern vermag.

## ULCUS DUODENI (ZWÖLFFINGERDARM-GESCHWÜR)

Das *Ulcus duodeni* oder Zwölffingerdarm-Geschwür ist noch häufiger als das Magengeschwür und hat einen noch komplexeren psychosozialen Hintergrund. Auf jeden Fall hat es zu vielfältigen Forschungs-Bemühungen Anlass gegeben, deren Ergebnisse nicht immer deckungsgleich, in der Erkenntnis-Richtung aber doch sehr aufschlussreich sind.

Ursächlich ist eine Hypersekretion von Magensäure der wichtigste Erkrankungsfaktor sowie ein erhöhter Vagotonus, d. h. die verstärkte Aktivität des entsprechenden Nervensystems. Es sind aber auch so genannte exogene Noxen, d. h. Schädigungsmöglichkeiten von außen zu berücksichtigen, vor allem die Besiedlung mit *Helicobacter pylori*, nicht-steroidalen Antiphlogistika, Kortikosteroiden (siehe Fachliteratur) – und das Rauchen.

Eine erbliche Veranlagung scheint wahrscheinlich (auf jeden Fall besteht bei Verwandten 1. Grades ein um etwa 50% erhöhtes Erkrankungsrisiko). Weitere Aspekte siehe auch hier die entsprechende Fachliteratur.

Zur konkreteren Entstehungs-Ursache diskutiert man verschiedene Schwerpunkte, nämlich physiologisch (z. B. Widerstandskraft der Schleimhaut, die Salzsäure- und Pepsin-Sekretion, ggf. eine Vorschädigung der Schleimhaut usw.), ferner soziologisch (ulkus-begünstigende soziale Belastungen, Stichwort: Life-events) und psychologisch (siehe später).

Betroffen sind rund 130 bis 150 Personen pro 100.000 Einwohner. Und hier insbesondere die *männliche Bevölkerung* (3,5-mal häufiger), nicht zuletzt im *höheren Lebensalter*.

*Beschwerdebild:* Geklagt wird beim Zwölffingerdarm-Geschwür über so genannte epigastrische Druckschmerzen im Oberbauch (also zumeist zwischen Rippenbogen und Nabel). Diagnostisch helfen Labor- und bildgebende Untersuchungsverfahren sowie die Endoskopie weiter. Differential-diagnostisch, d. h. was könnte es sonst noch sein, ergeben sich die gleichen Fragen wie beim Magengeschwür (siehe dort).

## **Psychosoziale Belastungen und psychodynamische Hintergründe**

Bedeutsam sind die psychosozialen Belastungen und – allerdings nicht vorbehaltlos von allen Betroffenen akzeptiert – die psychodynamischen Hintergründe. Im Einzelnen:

Bei den psychosozialen Aspekten und psychosomatischen Überlegungen wurden schon früher verschiedene Ulkus-Typen beschrieben. Die Frage nach der wissenschaftlichen Relevanz sei dahingestellt, Überschneidungen und Mehrfach-Faktoren sind wohl am häufigsten. Interessant ist aber auf jeden Fall folgende Untergliederung:

1. Psychisch gesunde Ulkus-Betroffene, die aus überwiegend organischen Gründen, wenn auch mehrschichtig, krank geworden sind.
2. Ulkus-Kranke, die auf den ersten Blick als unauffällig und angepasst (vielleicht sogar überangepasst) erscheinen, bei denen aber chronische Überlastungs-Situationen und entsprechende Konsequenzen zu diesem Leidenbild geführt haben (was aber auch gerne verleugnet wird). Es kann sich aber auch um chronische Überforderungen handeln, die vom Patienten als solche gar nicht wahrgenommen und erst durch eine gezielte Untersuchung erkannt (und anerkannt) werden.
3. Ulkus-Kranke, die aufgrund äußerer oder innerseelischer Belastungs-Situationen auch an zusätzlichen seelischen, meist psychosomatischen Störungen leiden (z. B. funktionelle Herzbeschwerden, Weichteil-Rheumatismus), aber auch gehäufte Unfälle zu verkraften haben. Hier werden die Überforderungen somatisiert, wie es die Experten nennen, also verkörpert.
4. Und schließlich Ulkus-Kranke mit Persönlichkeitsstörungen, von rein regulatorischen bis zu grob auffälligen dissozialen Verhaltensweisen mit erheblicher Belastung für das Umfeld. Hier können dann auch Genussmittel bzw. ihre Konsum-Entgleisungen eine Rolle spielen (z. B. chronischer Alkoholismus).

Was auf jeden Fall klar wird: Es gibt sehr unterschiedliche Aspekte, das Leidenbild wahrzunehmen und deshalb auch auf Diagnose und Therapie entsprechend zu reagieren (Einzelheiten siehe später).

Ein weiterer psychosozialer Aspekt sind so genannte epidemiologische Daten. Davon war bereits die Rede (z. B. Geschlecht und Alter). Es ist aber auch an überwiegend gesellschafts-bedingte Belastungsfaktoren zu denken. Beispiele: Menschen, die aus einer Gemeinschaft ausgeschieden sind, aus welchen Gründen auch immer (s. u.), die zuvor Geborgenheit und Anerkennung vermittelt. Das waren früher die Auswanderer, später die so genannten „Gastarbeiter“ Mitte des 20. Jahrhunderts, heute die Flüchtlinge. Eher berufsbedingt sind auch Menschen mit körperlicher Schwerarbeit und Schichtarbeit betroffen.

In rein psychodynamischer Hinsicht fanden die Experten vor allem biographische Entwicklungen, die zu einer ausgeprägten Abhängigkeit von wichtigen Bezugspersonen beitragen. Schlicht gesprochen: das (über-)starke Bedürfnis akzeptiert, geliebt und versorgt zu werden – aber dabei sich auch eingeeengt, überfordert und gegängelt zu fühlen, Minderwertigkeitskomplexe zu entwickeln und sich deshalb dagegen innerlich zu wehren – natürlich unbewusst.

Tatsächlich können solche Gefühle infantiler Abhängigkeit zu Überreaktionen führen, z. B. bewusste (Über-)Aktivität, ja aggressive Neigungen, die Unabhängigkeit vermitteln sollen, um diese Versorgungswünsche zu kompensieren. Ist es erfolgreich, umso besser. Wenn nicht, drohen innere Unruhe, Anspannung, vielleicht sogar Angst und depressive Verstimmungen mit Schuldgefühlen und vor allem das Bewusstsein einer scheinbar unkorrigierbaren Abhängigkeit mit entsprechendem Teufelskreis. Hier sind dann auch psychovegetative Reaktionen möglich, insbesondere auf Dauer; beispielsweise eine Übererregbarkeit des neuroendokrinen Nervensystems, konkret des schon erwähnten Nervus vagus mit einer Hypersekretion (übermäßige Absonderung eines Drüsensekrets, in diesem Falle im Bereich des Verdauungstraktes).

Offenbar kann man hier auf zwei besonders ausgeprägte Wesensarten stoßen, so die Experten:

- Das eine ist ein eher passiver, abhängiger und (damit?) depressiver Typus,
- zum anderen ein hyperaktiver, ehrgeiziger, bisweilen geradezu zwanghaft um Selbständigkeit und Selbstbehauptung bemühter, mitunter aggressiv erscheinender Typus.
- Auch eine dritte Gruppe wird wissenschaftlich diskutiert, nämlich Menschen mit schweren Charakter-Deformitäten und psychischen Defekten, die sich durch eine ungeschminkte, offen fordernde, bisweilen nahezu parasitäre Anspruchs-Versorgungshaltung auszeichnen.

## **Soziologische und familien-psychologische Aspekte**

Unabhängig von diesen charakterologischen Aspekten finden sich in rein soziologischer Hinsicht nicht selten bestimmte Berufsgruppen, die vom Zwölffingerdarm-Geschwür besonders betroffen scheinen. Erwähnt wurden schon körperliche Schwerarbeit und Schichtarbeit, aber auch Berufe mit großer Verantwortung, und damit einer ausgeprägten und vor allem dauerhaften Stress-Situation ausgesetzt.

Weitere Aspekte, die beim *Ulcus duodeni* wissenschaftlich diskutiert werden sind niedrigerer sozio-ökonomischer Status (also vor allem Grundschicht), kürzere Ausbildungszeiten, niedriges Einkommen, geringerer Wohn-Standard, geringer Arbeitszufriedenheit, aber eben auch häufig hohem Zigaretten-, wenn nicht gar Alkohol-Konsum.

Familien-psychologisch finden sich offenbar auch nicht selten junge Männer mit einem besonders engen, bisweilen sogar zwanghaften Abhängigkeitsverhältnis. Hier spielt vor allem die Mutter eine dominierende Rolle, nicht nur als versorgende Hausfrau, sondern auch als Autoritätsfigur mit der Gefahr, ihren Sohn zu eng an sich zu binden (Stichwort: „zur dauernden Bravheit erzogenes Kind, das seine Aggressionen unterdrücken muss“).

### **Heilungsaussichten mit Rückfall-Risiko**

Die *Prognose*, die Heilungsaussichten des Zwölffingerdarm-Geschwürs, konkret die Abheilungsrate gilt zwar allgemein als gut. Allerdings ist dieses Leiden mit einer hohen Rezidiv-(Rückfall-)Gefahr verbunden. Dabei drohen dann auch ernstere Komplikationen wie Blutung oder Perforation (Darmwand-Durchbruch).

Die *Rückfälle* werden natürlich analysiert und so kommt man zu der Erkenntnis: Eine erschwerte Abheilung oder gar das erneute Ausbrechen des Leidens findet sich insbesondere bei erblicher Belastung, dem Beginn der Ulkus-Krankheit in jungen Jahren, beim männlichen Geschlecht, ferner unter ständigem Stress, Nikotin-Konsum, körperlicher Schwerarbeit und im höheren Lebensalter. Und natürlich bei bestimmten zusätzlichen organischen Belastungsfaktoren wie gesteigerte Säure-Sekretion usw.

Therapieversager gilt es vor allem im Zusammenhang mit der Compliance (Therapietreue, heute Adhärenz genannt) zu verkräften. Oft ist es auch die heimliche (Wieder-)Einnahme bestimmter Schmerzmittel (nicht-steroidale Antiphlogistika), die den Heilungsverlauf (erneut?) blockiert. Und natürlich in psychodynamischer Hinsicht obige Faktoren, wenn sie sich nicht nachhaltig korrigieren lassen.

Das leitet zur Frage über

## Möglichkeiten und Grenzen der Therapie

Als Erstes geht es natürlich um organische Behandlungsmaßnahmen. Einzelheiten siehe die entsprechenden Empfehlungen der Internisten bzw. Gastroenterologen. Dann geht es aber auch um die Beeinflussung der Lebensweise. Das beginnt mit den erwähnten problematischen Arzneimitteln und geht über Nikotin, ggf. Kaffee und Alkohol bis zu psychosozialen Einflussfaktoren wie Stress, Arbeit in Nachtschichten, die psychosoziale Stellung der ausländischen Mitbürger oder gar Flüchtlinge usw.

Mildernd aus psychologischer Sicht ist eine aufklärende und unterstützende Gesprächs-Behandlung, um die inneren Ressourcen (Reserven und Hilfsmittel) zu stärken, den Genesungswillen zu fördern und vor allem auf mögliche Alternativen aufmerksam zu machen, die die psychosoziale Konfliktsituation entschärfen könnten.

Das kann gerade bei *Ulcus duodeni*-Patienten den Hausarzt und schließlich Facharzt überfordern, nicht zuletzt zeitlich. Dann muss ggf. eine vertiefte Exploration (gezieltes diagnostisches Gespräch) herausfinden, was die eigentlichen(!) Hintergründe sind, und nicht nur jene, die der Patient für sich selber als bedeutsam betrachtet und akzeptiert. Im Grunde geht es also um eine Art Lebensberatung, was schon für sich entlastend und hilfreich sein kann – entsprechende Akzeptanz vorausgesetzt.

Darüber hinaus empfehlen sich je nach Leidens- und Ursachen-Schwerpunkt natürlich Entspannungstherapie (Autogenes Training, Relaxationstherapie nach Jacobson) und/oder eine gezielte Gesprächsbehandlung im Sinne einer konflikt-orientierten Psychotherapie, ggf. sogar Verhaltenstherapie. Letztlich hat sich die Erkenntnis durchgesetzt: Gerade beim Zwölffingerdarm-Geschwür braucht es erst einmal eine differenzierte Diagnose, je nach Ursachen, die dann auch die Art der Psychotherapie bestimmt.

Auf jeden Fall ist ohne wirkliche(!) Mitwirkung des Betroffenen der erhoffte Langzeit-Erfolg kaum realisierbar.

### **MORBUS CROHN (ENTERITIS REGIONALIS – ILEITIS REGIONALIS – GRANULOMATÖSE JEJUNO- ILEITIS)**

Der *Morbus Crohn* (siehe auch die bedeutungsgleichen Fachbegriffe) ist eine ausgesprochen belastende entzündliche Darmerkrankung. Belastend nicht nur für die Betroffenen, auch für ihr Umfeld – und nicht einfach für die Therapeuten.

Das hängt mit dem breiten Spektrum an möglichen organischen Ursachen, psychosozialen Hintergründen und vor allem auslösenden Faktoren sowie der entsprechenden Wesensart (und zwar vor Ausbruch der Krankheit und ihren psychosozialen Konsequenzen) zusammen. Und es führt zu einer eher vorsichtigen Interpretation, was insbesondere die psychosomatischen Aspekte anbelangt.

Konkret handelt es sich um eine zur Chronizität neigende entzündliche Darm-erkrankung, die ggf. in Schüben verläuft. Betroffen sind alle Darmwand-Schichten im unteren Ileum (so genannter Krummdarm) und Kolon (Dickdarm). In Extremfällen können aber auch noch andere Regionen des gesamten Verdauungs-Traktes betroffen sein (also sogar Speiseröhre und Mundhöhle).

Der *Verlauf* ist – wie erwähnt – zumeist rezidivierend (d. h. immer wieder ausbrechend) und schließlich chronisch (dauerhaft).

Die *Ursachen* sind multifaktoriell, wie es die Experten ausdrücken: Genetische (Erb-)Faktoren sind nicht auszuschließen. Desgleichen immunologische Einflüsse, Nahrungsmittel-Belastungen (z. B. Stärke, Zucker, Nahrungsmittelzusätze, gehärtete Fette u. a.?) sowie unspezifische und entzündliche Reaktionen. Letztere in Fachbegriffen: Schleimhaut-Ulcera, Granulome, Fissuren, entzündliche Ödeme, schließlich eine verdickte Darmwand mit Narbenbildung und Stenose-Gefahr.

## **Beschwerdebild**

Geklagt wird über krampfartige Bauchschmerzen, häufige Stühle, die mit Schleim oder Blut vermischt sein können, Fieber und manchmal allgemeine Schwäche, Appetitlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz und Gewichtsverlust. Die Bauchschmerzen können kolikartig sein, aber auch weniger beeinträchtigend, zeitweise sogar völlig fehlen. Möglich sind auch so genannte extra-intestinale Manifestationen, sprich Beeinträchtigungen anderer Organe wie Leber, Gallenblase, Haut, Mundschleimhaut u. a.

Die internistische bzw. gastro-enterologische Diagnose beruht auf Blutbild, Endoskopie (Koloskopie, Gastroduodenoskopie) mit histologischen Untersuchungen, auf Röntgen- und/oder bildgebenden Verfahren, der Sonographie, der bakteriologischen Stuhl-Untersuchung u. a.

## **Häufigkeit – Geschlecht – Alter – Prognose**

Die *Häufigkeit* liegt etwa bei 2 bis 4 Fällen pro 100.000 Einwohner. Das *Geschlechtsverhältnis* ist ausgeglichen, wobei Frauen scheinbar zunehmen. Der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen 20 und 35 Jahren, doch kann man diesbezüg-

lich in jedem *Lebensalter* erkranken (sogar in Kindheit und Jugend). Auch scheinen Patienten in der Stadt, Ledige sowie mit höherem sozio-ökonomischen Status eher betroffen.

Die *Heilungsaussichten* sind sehr unterschiedlich. Manche Patienten werden nur von ein oder zwei Schüben heimgesucht; andere müssen mit immer wiederkehrenden Rückfällen rechnen bis hin zu chronisch-rezidivierenden Verläufen und entsprechenden Zusatz-Risiken und Operations-Indikationen. Die Lebenserwartung pflegt aber nicht beeinträchtigt zu sein.

### **Psychosoziale Aspekte**

Die seelische bzw. psychosoziale Komponente fiel schon dem Erst-Beschreiber, dem New Yorker Arzt B. C. Crohn vor über 100 Jahren auf („extrem nervöse Erscheinungen bereits vor Ausbruch der Darmerkrankung“). Heute weiß man zwar mehr und äußert das auch konkreter, doch bleibt gerade bei diesem Leidensbild eine gewisse diagnostische und ätiopathogenetische Unsicherheit (Ursache, Hintergründe, Verlauf). Dies geht nicht zuletzt auf eine wahrscheinlich mehrschichtige psychosoziale Ausgangslage dieser Patienten zurück:

Zum einen muss man unterscheiden zwischen erst- und mehrfach rezidivierend belasteten Kranken, d. h. ursprüngliche Wesensart und später krankheitsbedingte Persönlichkeitsstruktur; zum anderen ob und welche zusätzlichen psychischen Krankheitsbilder eine Rolle spielen. Und natürlich psychodynamische, vor allem familien-dynamische und weitere soziologische Belastungsfaktoren, von der jeweiligen Krankheits-Verarbeitung ganz zu schweigen.

Auf jeden Fall kommen die Patienten nicht nur vom Internisten zum Psychiater, sondern auch vom Psychiater zum Internisten, je nach Erst-Kontakt, Diagnose, Differentialdiagnose und notwendiger Zusatz-Therapie.

So fanden einige Untersuchungen, dass in etwa einem Drittel der gastroenterologisch behandelten Fälle auch eine psychiatrische Diagnose vorliegt, vor allem Depressionen und Angststörungen, mitunter auch Zwangsstörungen. Eine grundsätzlich „typische Persönlichkeitsstruktur“ für den Morbus Crohn lässt sich aber offenbar nicht beweisen. Zwar werden die (statistisch erfassen!) Betroffenen in einigen Untersuchungen als ängstlicher und aggressionsgehemmter beschrieben (dann gelegentlich von aggressiven Durchbrüchen abgelöst), doch spielt eben in vielen Fällen eine sehr unterschiedlich definierte Stichprobe oder gar Patienten-Selektion (Auswahl) keine geringe Rolle. Kurz: Man bleibt auf dieser Ebene eher zurückhaltend und unterscheidet das Leidensbild während des belastenden Krankheits-Schubs und im rezidiv-freien Intervall dazwischen.

## Auslöser und Persönlichkeits-Struktur

Etwas anderes sind die möglichen *psychosozialen Auslöser*, und zwar sowohl für den erstmaligen Ausbruch als auch für die einzelnen Rückfälle. Hier scheinen dann doch bestimmte Ursachen vordergründig. Im Einzelnen:

- Beispielsweise *Trennungs-Ängste*, d. h. bereits erlitten oder sich abzeichnend. Das kann bis zur Verlust-Angst gehen, wobei nicht nur Furcht, sondern auch Wut eine Rolle spielen. Wichtig sind hier zwischenmenschliche Aspekte wie (narzisstische) Kränkung und erlebte Demütigung auf der einen Seite und der Wunsch nach Befreiung von der letztlich dann doch als belastend empfundenen Beziehung auf der anderen. Kurz: Eine ambivalente Haltung, bewusst oder unbewusst, die ihren psychosomatischen Preis hat.
- Daneben sind es aber auch *reale Überforderungen*, vor allem fremdbestimmte Situationen, die sowohl zu inner-seelischen Auseinandersetzungen als auch äußeren Konflikten führen. Mit anderen Worten: Psychosozialer Stress scheint einen erheblichen Einfluss auf Ausbruch und Rezidiv eines Morbus Crohn zu haben.
- Schließlich diskutiert man auch *Verursachungs-Faktoren aus Kindheit und Jugend*, insbesondere frühe traumatische Erfahrungen. Inwieweit dies aber zum späteren Krankheitsausbruch beiträgt, bleibt wohl nur im Einzelfall klärbar.
- Interessant und möglicherweise für Diagnose und therapeutische Betreuung wegweisend ist aber die schon erwähnte *Persönlichkeits-Struktur*, und zwar nicht als fester Charakter-Typ, eher als variable Persönlichkeitszüge. Hier fallen Begriffe wie emotionale Unreife, depressive und gleichzeitig aggressions-gehemmte Wesensart, zwanghafte Persönlichkeits-Anteile, vor allem aber der Versuch, solche zwischenmenschlichen Probleme zu verleugnen (also nicht zu erkennen und vor allem anzuerkennen und damit gezielt zu bearbeiten). Auch das aber ist natürlich ein sehr spezifischer Aspekt, der nicht nur den psychischen Entwicklungs-Prozess, d. h. die Reifungs-Entwicklung und damit Lebensgeschichte, sondern auch die umfeld- und persönlichkeitsbedingte Lebensbewältigung, am Schluss eben auch Krankheits-Anpassung und damit Heilungsaussichten einschließt. Das gilt es jedenfalls abzuwägen.
- Hier finden sich dann auch spezielle Schwerpunkte bei entsprechend erkrankten *Kindern*. Konkret: Häufige familiäre Konflikte, bei denen sich die Kinder zwischen den Eltern aufgerieben fühlen bzw. als Partei zu einem Elternteil verpflichtet oder gezwungen sehen. Und damit gespaltene oder in Auflösung begriffene Familien mit ihren individuellen Belastungen. Wer hier auf eine als positiv eingeschätzte Vertrauensperson oder ein funktionierendes soziales Netz zurückgreifen kann, hat natürlich bessere Chancen, über die kritische Zeit ohne psychosomatische Konsequenzen hinwegzukommen.

Schlussfolgerung: Auf jeden Fall führt der Morbus Crohn u. U. zu erheblichen sozialen Einschränkungen. Das geht bis zu begrenzter Belastbarkeit am Arbeitsplatz, ggf. sogar Berufswechsel und (Früh-)Rente. Beeinträchtigt ist dadurch nicht nur das eigene Familien-Leben, sondern auch sonstige Aktivitäten, die zu einem stabilen psychosozialen Gefüge beizutragen pflegen.

## **Möglichkeiten und Grenzen einer Therapie**

Wie steht es nun mit den therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen? Auch hier halten sich die Experten eher bedeckt, was allzu einfache Empfehlungen anbelangt. Das geht nicht zuletzt auf die erwähnte, schwer auf ein bestimmtes Einheitsmuster zu fixierende Wesensart der Betroffenen zurück. Zum einen finden sich natürlich seelische Symptome wie Angst und depressive Verstimmung, was sich noch am ehesten therapeutisch mildern lässt; zum anderen aber auch eine so genannte „pseudo-normale“ Haltung. Darunter versteht man das Bemühen, negative Emotionen abzuwehren und sogar mit einem normalen Selbstbild zu kompensieren, das man nicht nur gegenüber anderen, sondern auch sich selber aufrechtzuerhalten sucht.

So kommt es, dass gerade hier die Internisten und Psychiater bzw. Psychologen auf eine enge Kooperation angewiesen sind. Eine kollegiale Zusammenarbeit zwischen den psychotherapeutisch und organisch Tätigen ist schon wegen der jeweiligen Handlungs-Strategien unerlässlich. Vor allem dürfen keine versteckten Zweifel oder gar offenen Widerstände von der einen oder anderen Seite den Patienten noch mehr verunsichern, wo er in der Regel schon ohnehin bisweilen zur Resignation neigt, besonders wenn ein erneuter Schub zu ertragen ist.

Die organische Behandlung basiert dabei vor allem auf medikamentösen Ansätzen. Beispiele: Glukokortikoide, Immunsuppressiva, ggf. Analgetika, Arzneimittel gegen Durchfall, diätetische Empfehlungen u. a. Nicht selten ist aber auch ein operativer Eingriff zu ertragen, vor allem bei schweren Blutungen, Abszessen, Fisteln oder Durchbruchs-Risiken.

Grundsätzlich unerlässlich, auf der psychotherapeutischen Seite aber besonders entscheidend, ist eine gute Arzt-Patienten-Beziehung. Sie ist die Basis einer erfolgreichen Betreuung auf seelischer Ebene, denn die kann lange dauern und durch immer wieder drohende Rezidive belastet werden. Das allerdings hat seine Schwierigkeiten, denn Morbus Crohn-Patienten haben nicht selten so genannte Compliance-Probleme, heute als mangelhafte Adhärenz bezeichnet, sprich: Therapietreue, Behandlungs- bzw. Einnahme-Zuverlässigkeit usw. Das muss nicht nur ein Therapieabbruch sein, das kann – nicht zuletzt bei betonter Eigenständigkeit mancher Patienten – auch in einem emotionalen Rückzug seinen Ausdruck finden. Oder – das andere Extrem – in einer überzogenen Anhänglichkeit bis hin zu regressiven Tendenzen (der Therapeut

als „Übermutter“). Hier einen Mittelweg zu finden, ist nicht immer einfach. Vor allem in Krisenzeiten, sprich Rückfällen, muss der Therapeut „einfach für seinen Patienten da sein“.

Darüber hinaus empfehlen sich ggf. Diätclubs, Informationsgruppen, Entspannungsverfahren (z. B. Autogenes Training), die Förderung von Selbsthilfe-Aktivitäten von Morbus Crohn-Patienten, ggf. eine tiefenpsychologisch fundierte Einzelpsychotherapie in eher stabilen Zeiten und eine stützende Psychotherapie während erneutem Krankheits-Schub.

Immer wiederkehrende Themen sind darüber hinaus Abhängigkeits- und Trennungskonflikte, Überforderungen, ambivalente Einstellungen gegenüber den wichtigsten Bezugspersonen u. a., die – und das ist sehr wesentlich – nicht nur dem Erstausbruch der Krankheit vorausgingen, sondern auch bei erneuten Rezidiven feststellbar sind. Kurz: Klärung innerseelischer, familiärer, beruflicher oder anderer sozialer Konflikte, sofern der Patient dazu motiviert ist (was eben leider nicht immer vorausgesetzt werden kann).

## COLITIS ULCEROSA

Die *Colitis ulcerosa* ist eine chronisch entzündliche Darmerkrankung des Kolons (Hauptteil des Dickdarms) und Rektums (Mastdarm, also der letzte im kleinen Becken liegende Abschnitt des Darmtraktes). Gelegentlich sind auch andere Darmbereiche betroffen, z. B. das Ileum (der untere Abschnitt des Dünndarms). Diese akut beginnende, häufig rezidivierende (erneut auftretende) und damit zur Chronifizierung (Langzeit-Belastung) neigende unspezifische Entzündung führt schließlich zu einer krankhaften Veränderung der so genannten Mukosa und Submukosa (also den inneren Darmwand-Schichten).

### Beschwerdebild

Die Patienten klagen über blutige Stühle, ggf. mit Schleim-Beimischung, über Durchfälle und Schmerzen in der Mitte des Unterbauchs, ja sogar in der Kreuzbein-Gegend. Im Weiteren belasten Appetitlosigkeit, Übelkeit, Gewichtsverlust und Fieber.

Äußerlich wirken sie blass, was Haut und Schleimhäute angeht (Anämie), zeigen ausgeprägte Darmgeräusche und einen druckempfindlichen Unterleib. Oft besteht auch Herzrasen.

Nicht selten finden sich zusätzliche, so genannte Begleiterkrankungen, die das Leidensbild noch verstärken, vor allem was entzündliche Beeinträchtigungen von Haut, Gelenken, Augen u. a. anbelangt.

Weitere, vor allem psychosoziale Folgen siehe später.

### **Häufigkeit – Alter – Geschlecht**

Betroffen sind alle Altersstufen, selbst Kinder unter 10 Jahren. Am häufigsten droht die Colitis ulcerosa im 3. und 4. Lebensjahrzehnt, um später dann doch seltener zu werden. Gesamthaft spricht man von etwa 40 bis 90 Fällen pro 100.000 Einwohner. Frauen sollen etwas häufiger betroffen sein.

Die Colitis ulcerosa kommt überall auf der Welt vor. In den westlichen Nationen soll sie allerdings zunehmen.

### **Verlauf**

Fast alle Patienten leiden unter dem chronisch-rezidivierenden Verlauf, d. h. immer wieder belastet. Bisweilen liegt aber auch „nur“ eine Proktitis (Entzündung des Mastdarms und des anliegenden Bindegewebes) ohne Fieber vor. Die Schübe dauern in der Regel 4 bis 8 Wochen.

In seltenen Fällen droht eine so genannte akut fulminante oder foudroyante Form, d. h. ein unerwarteter, fast blitzartig und damit besonders gefährlicher Krankheitsverlauf mit hohem Fieber und massiven Blutungen, wobei man dann auch die Gefahr eines Darmwand-Durchbruchs im Auge behalten muss.

Die Wahrscheinlichkeit, dass nach einem abgeschlossenen Entzündungsschub bereits innerhalb eines Jahres ein erneuter Rückfall bevorsteht, ist also groß.

### **Prognose**

Konkrete Hinweise für den einzelnen Heilungsverlauf sind allerdings schwer vorherzusagen. Bedeutsam in diesem Zusammenhang sind nach bisherigen Erfahrungen das Alter bei Erkrankungs-Beginn, die Entzündungs-Ausdehnung, die Krankheitsdauer, der Schweregrad des Leidensbildes, die Verlaufsform, die Intensität der zusätzlichen Komplikationen und – nicht zuletzt – die vorbestehende Wesensart oder Persönlichkeitsstruktur, die zwischenmenschlichen Belastungen, vor allem spezifische psychosoziale Veränderungen und Folgen, nicht zuletzt dann auch die Krankheit selber.

Die Konsequenzen, vor allem was die Letalität (das Sterblichkeits-Risiko) anbelangt, hängen natürlich von den ggf. lebensbedrohlichen Blutungen, Durch-

bruchs-Risiken, toxischen Darmwand-Erweiterungen und bösartigen Gewebs-Entartungen (Neoplasien) ab.

### **Mögliche Krankheitsursachen**

Die Diagnose wird von laborchemischen Befunden, von Koloskopie und Biopsie, Röntgen-Doppelkontrast-Darstellung des Kolons, Stuhluntersuchungen und bildgebenden Verfahren gestützt.

Die Ätiologie (Krankheitsursache) ist bisher noch nicht eindeutig gesichert. Neben genetischen (Erb-)Faktoren scheinen eine Vielzahl von exogenen (äußeren) Einflüssen bei Entstehung als auch Krankheitsverlauf eine Rolle zu spielen.

So ist die Erkrankungs-Häufigkeit in städtischer Umgebung höher als auf dem Land. Außerdem gibt es in der nördlichen Hemisphäre ein Nord-Süd-Gefälle. Und schließlich diskutiert man (wie für andere Leiden auch) körperliche Überanstrengung, Rauchen, Stress, Schlafdefizit, bestimmte Medikamente und hygienische Bedingungen und sogar Ernährungs-Faktoren (z. B. die Vitamin-D-Versorgung).

### **Körperliche, seelische und psychosoziale Folgen**

Dass ein solches Krankheits- und damit Leidensbild seine Folgen hat, ist nachvollziehbar. Im akuten Zustand überwiegen deshalb die allgemeine Schwäche und rasche Erschöpfung. Im weiteren Verlauf belasten zudem depressive Verstimmungen mit Antriebsmangel (müde, matt, abgeschlagen) und entsprechender Passivität bis hin zur inneren Selbstaufgabe und Gefühlen von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit.

Hier ist allerdings schwer abzugrenzen, was grundlegende Persönlichkeitszüge und die jeweilige Verarbeitungsweise von bestimmten Konflikt- und Belastungs-Situationen (verstärkt dann durch die Erkrankungsfolgen) anbelangt. Denn eines fällt immer wieder auf: Trotz der erheblichen seelisch-körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen gibt es auch Colitis ulcerosa-Betroffene ohne psychopathologische Auffälligkeiten und psychosoziale Konsequenzen.

Kurz: Allgemeine und dabei doch stichhaltige Aussagen zum individuellen Persönlichkeitsbild, zur Krankheits-Verarbeitung und Wertigkeit seelischer und psychosozialer Befunde aufgrund dieses Leidens sind schwer beurteilbar.

Eine für alle Aspekte gültige spezifische Persönlichkeits-Struktur sowie spezielle krankheits-auslösende und -unterhaltende Konflikte lassen sich bei Coli-

tis ulcerosa-Patienten offenbar nicht belegen. Hier handelt es sich also zu-  
meist um eine so genannte multifaktorielle Genese, d. h. eine recht breite Pa-  
LETTE möglicher Belastungs- und damit Ursachen-Formen. Was aber wohl zu  
finden ist, ist ein entweder mehr organisch bedingter oder eher psychisch be-  
einflusster Ursachen- und Krankheits-Schwerpunkt.

Was allerdings auch immer wieder erstaunt, sind relativ unauffällige Wesens-  
art, Ursachen und Verläufe.

### **Organische und psychosomatisch interpretierbare Rückfall-Risiken**

Das gilt also nicht nur für mögliche Auslöser der Erkrankung, sondern auch für  
die Rückfallgefahr. Sicher wurden in Einzelfällen schmerzliche Verlust-Erleb-  
nisse (Tod, Zurückweisung durch einen Partner, räumliche Trennung von nahe-  
stehenden Personen) gefunden, und zwar in unmittelbarem zeitlichen Zusam-  
menhang mit einem erneuten Krankheits-Ausbruch. Auch weiß man, dass  
emotionale Reaktionen, vor allem aber Frustrationen und Ärger, durchaus als  
entgleisungs-riskanter Faktor interpretiert werden können, was besonders die  
Dickdarm-Schleimhaut anbelangt. Konkret: Hyperämie / Hypermotilität / Hyper-  
sekretion, d. h. verstärkte Durchblutung, Bewegungsaktivität und Drüsenpro-  
duktion. Und damit auch das Risiko gestauter Schleimhaut-Verquellungen mit  
Geschwürs-Gefahr im Darm.

Und dass bei manchen Menschen das Gefühl der Ohnmacht oder gar des hilf-  
losen Ausgeliefertseins gegenüber nicht mehr bewältigbaren Anforderungen  
verbunden ist mit einer Darm-Aktivierung und damit gehäuften Durchfällen,  
gehört ebenfalls zur Alltags-Erfahrung.

Kurz: Darmfunktionen und Stimmung, vor allem was Überforderung und ängst-  
lich-gereizte Reaktionen anbelangt, sind bekanntermaßen eng verwoben.  
Trotzdem gilt es kritisch und vorsichtig zu sein, was die dann doch vielfältigen  
Ursachen-Möglichkeiten anbelangt, trotz einer Fülle klinischer, test-psycho-  
logischer und psychodynamischer Befunde zu diesem Krankheitsbild. Konkre-  
te Aussagen sind nur im individuellen Falle möglich und damit zulässig.

Dafür gibt es dann allerdings eine breite Palette entsprechend diskutierter  
Auslöser:

Neben den bereits erwähnten Trennungs-Erlebnissen und Situationen von un-  
terdrückter Angst, Wut, Aggression u. a. geht es auch um erhöhte Leistungs-  
anforderungen, um notwendige Verselbständigung, um den Verlust gewohnten  
Lebensraums, um Umzüge und Operationen. Auch entgleiste und damit krank-  
hafte Trauer-Reaktionen werden genannt, wobei allerdings schon bei „norma-  
len“ Trauer-Reaktionen Magen-Darm-Probleme beteiligt sein können.

## Psychodynamische und psychosoziale Aspekte

Bei der bereits erwähnten Verselbständigung wird beispielsweise immer wieder auf die damit verbundenen finanziellen Belastungen oder die größere Verantwortung hingewiesen, auch auf den Verlust früherer Geborgenheit und Sicherheit, kurz: das „Hinaustreten aus der bisherigen Abhängigkeits-Situation“, die eben nicht nur Nachteile hatte.

Psychodynamische Aspekte, die den zwischenmenschlichen Bereich untersuchen, sprechen vom Einfluss von Vater und vor allem Mutter bereits im Kindesalter, wobei bei oberflächlicher Betrachtung die Familienverhältnisse völlig normal erscheinen können, mitunter aber auch schon greifbar problematisch. Hier spielt dann insbesondere die Sauberkeits-Erziehung eine Rolle, die – tiefenpsychologisch erklärt – durchaus noch Auswirkungen auf den Erwachsenen hat – wenngleich natürlich uneingestanden und vor allem alterstypisch modifiziert.

So werden die Mütter von Kolik-Patienten beispielsweise als kontrollierend und perfektionistisch, ja als dominierend und für jegliche Autonomie-Bestrebungen als entmutigend beschrieben. Häufig auch als emotional kalt und das Kind von Anfang an zu übermäßiger Hingabe, ja Unterwerfung zwingend („wollte alles kontrollieren, kümmerte sich zwar um alles, aber eben fast zwanghaft-dominant, damit man auch alles richtig mache“).

Auch die Väter werden in manchen Studien als dominant, bezwingend, ja drohend, bestrafend wenn nicht gar brutal beschrieben, vor allem bei männlichen Colitis-Patienten. Hier sind die Mütter dann oft ausgesprochen schwach und ohne Einfluss. Die Väter hingegen vertreten einen strengen Erziehungsstil und konfrontieren ihre „Erziehungs-Opfer“ mit hohen moralischen und körperlichen, auf jeden Fall unkindlichen Belastungs-Anforderungen.

In diesen Fällen findet man dann auch auffällig viel Erstlings-Kinder, die aber nicht verwöhnt, sondern früh mit überfordernder Verantwortung belastet wurden, meist durch jüngere Geschwister. Manche Autoren beschreiben eine solche Familien-Atmosphäre dann auch als „emotional eingeeengten Umgangs-Stil“.

Aufgrund dieser spezifisch belastenden Ausgangslage wird bei solchen Colitis-Patienten eine relative Ich-Schwäche bei gleichzeitigem Zwang zur (dauerhaften Höchst-)Leistung diskutiert, die die eigenen Fähigkeiten weit übersteigt. Das ständig frustrierte Bedürfnis, vollkommen zu sein, kann – so sonderbar sich das erst einmal anhört – auch zu einer verstärkten Motilität (Bewegungsaktivität) und Hyperämie (verstärkten Durchblutung) des Darmes führen, mit den erwähnten Konsequenzen. Denn eine der frühesten und von den Eltern am höchsten bewerteten Leistungen für das Kleinkind ist der Akt der Stuhlabgabe, d. h. möglichst dann, wenn es erwünscht ist (nämlich auf dem „Töpf-

chen“) – und keinesfalls dann, wenn es der Betreuungsperson (unnötige) Arbeit macht.

Schließlich fällt auch immer wieder die bereits erwähnte Beziehungs-Problematik zu einer wichtigen Bezugsperson auf. Hier scheinen depressive, zwanghafte und aggressions-gehemmte Erlebens- und Verhaltensweisen nicht selten. Auch ein ausgeprägtes Gerechtigkeitsempfinden und zwanghafte Züge von Ordnungsliebe, Gewissenhaftigkeit und Sparsamkeit können natürlich bei entsprechenden Ungerechtigkeiten, Kränkungen, Demütigungen, Abhängigkeiten zu ohnmächtiger Wut führen, was dann ggf. psychosomatisch verarbeitet wird. Nicht zu vernachlässigen sind auch die mehrfach erwähnten erhöhten Leistungsanforderungen oder die Notwendigkeit zur Verselbständigung mit allen Konsequenzen.

### **Einteilung in Passivität und Aktivität?**

Manche Autoren teilen die Colitis ulcerosa-Patienten auch in zwei Gruppen ein, nämlich eine

- *passive Gruppe* mit mehr oder weniger offenen kindlichen Abhängigkeits-Bedürfnissen, die sich rasch als hilflos bzw. gar als Opfer anderer erlebt. Hier scheinen dann auch „infantile“ (kindliche) Züge zu dominieren. Ferner eine gesteigerte Sensitivität und übermäßige Selbstlosigkeit, leider aber mit der gleichzeitigen Unfähigkeit, seine eigenen Rechte zu wahren oder mindestens den eigenen Standpunkt zu behaupten. Trotz aller Frustrationen mit entsprechenden Konsequenzen (s. o.) wird dann durch verstärkte Leistungs-Anstrengungen um Anerkennung gerungen.
- Ganz anders bei der *aktiven Gruppe*, die (über-)kompensatorisch eine dann auch übertriebene Selbständigkeit zu demonstrieren sucht, innere und äußere Abhängigkeiten leugnet und sich sogar bemüht ihre Umgebung zu beeinflussen, wenn nicht gar zu kontrollieren. Und hier insbesondere jene Menschen, von denen sie sich eigentlich abhängig und „gegängelt“ fühlt.

### **Organische Ursachen**

Gleichwohl werden heute natürlich auch allergische, autoimmunologisch bedingte Erkrankungen diskutiert, wobei aber der psychosomatische Aspekt auch in gastro-enterologischen Kreisen nicht mehr unterschätzt wird.

In allergologischer und autoimmunologischer Sicht spielen als Ursache der Colitis ulcerosa beispielsweise Antikörper gegen bestimmte Nahrungsmittel (Milch, Käse, Getreide) eine Rolle, aber auch so genannte Autoimmun-Mechanismen, also Antikörper gegen die eigene Kolon-Schleimhaut selber. Welche

dieser organischen Belastungen welche Rolle spielen, hängt dann aber vom komplexen Einzelfall ab.

### **Persönlichkeitsstruktur und psychosoziale Folgen**

Wenn man die verschiedenen Untersuchungs-Befunde und Interpretationen zusammenzufassen sucht, dann lassen sich zumindest einige gemeinsame Züge einer spezifischen Persönlichkeitsstruktur konstruieren. Sie dürfen allerdings nicht überbewertet und zu einseitig interpretiert werden.

Was dann doch gehäuft gefunden und wissenschaftlich diskutiert wird, ist eine gewisse emotionale (gefühlsmäßige) Unreife, mangelhafte Belastbarkeit, leichte Kränkbarkeit, der Versuch (zu viele) Emotionen abzuwehren, vor allem aggressive Neigungen nicht zuzulassen oder gar zu verleugnen. Auch ein übertriebenes Verpflichtungsgefühl und die Neigung, sich zu sehr, zu rasch und ohne Erholung zu verausgaben, wird immer wieder berichtet. Und neben gewissen zwangs-neurotischen Wesenszügen auch von einer verstärkt depressive Reaktions-Bereitschaft.

Sehr verkürzt spricht man insgesamt von einer Neigung zu Infantilität, depressiver Reaktion und Aggressionshemmung. In bestimmten Extremfällen kann es sogar zu einer ausgeprägten hypochondrischen Einstellung, wenn nicht gar zu einem so genannten „sekundären Krankheitsgewinn“ kommen.

Die psychosozialen Konsequenzen liegen auf der Hand und deuten mitunter einen Teufelskreis an: Colitis ulcerosa-Patienten haben einerseits nicht selten mit erheblichen sozialen Beeinträchtigungen zu kämpfen: häufiger krankheitsbedingte Arbeitsfehlzeiten, weniger Freunde, zumal sie sich auch in Gesellschaft eher unwohl fühlen, um dann aber auch unter Einsamkeit, Rückzug, Isolationsgefahr und damit ggf. Langeweile zu leiden. Das führt dann andererseits zu zusätzlichen zwischenmenschlichen Defiziten, zu Sexual- und Partnerschaftsproblemen, kurz: zu einer geringeren (psycho-)sozialen Integration.

### **Möglichkeiten und Grenzen der Therapie und Rückfall-Prophylaxe**

Neben ernährungs-wissenschaftlichen Empfehlungen, z. B. proteinreiche und ballaststoffarme Kost, die vermehrte Zufuhr von löslichen Fasern, insbesondere in Form von Obst und Gemüse, ferner ggf. die Prüfung eines möglichen Vitamin D-Mangels u. a., sind es im Bedarfsfalle vor allem entzündungshemmende Medikamente, die der Gastroenterologe empfiehlt und kontrolliert.

Aber schon dort wird deutlich, dass diese Patienten eine eigene Psychodynamik in der Arzt-Patient-Beziehung bahnen, manchmal schon fordern. Colitis-Betroffene entwickeln – das ist bei dem bisher Ausgeführten nicht verwunder-

lich –, eine gewisse Sensibilität für andere, vor allem für den Wechsel von Beziehungspersonen, wozu dann auch der Internist und ggf. Psychiater gehören. Das ist mitunter eine Belastung für beide Seiten.

In der akuten Erkrankungs-Phase ist der Patient natürlich schwer beeinträchtigt. Die nachvollziehbaren depressiven Verstimmungen und Ängste müssen also aufgefangen werden, auch wenn die erwähnte Empfindsamkeit oder gar Verletzlichkeit das Ganze nicht einfacher machen. Dies geht vor allem auf das ausgeprägte Bedürfnis nach Versorgung zurück, was sich im Laufe der Zeit auch zu einer Anklammerungs-Neigung durch Depressivität und Angst entwickeln kann.

Hier sind natürlich die Möglichkeiten des Internisten, aber auch des Psychiaters begrenzt. Trotzdem steht und fällt alles mit der sorgfältigen und durchaus belastbaren Pflege einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung („ständig zur Verfügung“). Dabei geht es nicht nur um die emotionalen Bedürfnisse, Wünsche usw., vor allem nach Geborgenheit und unterstützendem Miteinander, sondern auch im Falle von Konfliktsituationen um Tröstung, Beruhigung und konkrete Ratschläge. Hier sind telefonische Kontakte und ggf. (heute auch vermehrt) Mail-Informationen durchaus hilfreich, auch wenn man sie zeitlich und umfangmäßig begrenzen muss.

Deshalb sind auch Entspannungsangebote wie Autogenes Training hilfreich, desgleichen die Unterstützung durch Selbsthilfegruppen mit ähnlichen Diagnosen, Ursachen und Verläufen.

Im Weiteren, vor allem im chronischen Verlauf, sind es neben der mehr stützenden und beratenden Führung auch suggestive Verfahren wie Hypnose und schließlich bei Bedarf eine aufdeckende psychoanalytische Therapie als Einzel- oder Gruppenbehandlung.

Auf jeden Fall ist eine stets verfügbare, aktiv stützende und ermutigende Betreuung günstig, was Behandlungs-Verlauf und Rückfallgefahr anbelangt. Dies schon wegen der rein körperlichen Belastungen, sprich immer wieder drohende Entkräftung, Anämie, Infektionen, weitere organische und seelische Störungen, ja der Gefahr der karzinomatösen Entartung der Darm-Schleimhaut. Das gilt natürlich im schließlich ungünstigsten Falle auch für die von den jeweiligen Spezialisten empfohlene Indikation zu einem operativen Eingriff (z. B. Kolektomie und künstlicher Darmausgang).

Die Colitis ulcerosa ist keine einfach zu betreuende organisch-psychische Störung. Sie ist aber auch kein problemlos zu erduldetes Leidenbild.

## ZÖLIAKIE (EINHEIMISCHE SPRUE)

Die *Zöliakie* oder *einheimische Sprue* (Gluten-induzierte Enteropathie) ist eine Erb-Krankheit durch allergische Unverträglichkeit gegenüber dem Getreide-Eiweiß Gluten.

Beide Begriffe bezeichnen die gleiche Krankheit, wobei der erste verwendet wird wenn das Leiden schon in Kindesalter auftritt, der zweite wenn es erst beim Erwachsenen belastet. Zum Unterschied von der *tropischen Sprue* (hauptsächlich in der Karibik, in Südindien und Südostasien) wird diese Krankheit auch einheimische Sprue genannt.

Das Leiden beruht auf einer Empfindlichkeit gegenüber dem erwähnten Kleber-Eiweiß Gluten, der in Weizen und Roggen und in geringer Menge auch in Gerste und Hafer vorkommt. Durch eine bestimmte Störung kommt es zu einer so genannten Malabsorption, einer Resorptions-(Aufnahme-)Störung. Das Beschwerdebild umfasst z. B. Zungenbrennen, Meteorismus, Flatulenz (Blähungen mit Abgang von Leibeswinden), Bauchschmerzen, Durchfälle, ja Blutungsneigung, Gewichtsverlust, Hautveränderungen (trocken und Schuppung) und eine leidvolle und z. T. riskante Fülle anderer (Spät-)Symptome.

Vor allem die Komplikationen einer unbehandelten Zöliakie können sehr weitreichend sein. Beispiele: häufiger auftretende Knochendichte-Minderung mit der Gefahr der Osteoporose, unbefriedigende Fertilität (Fruchtbarkeit), Bauchspeicheldrüsen-Unterfunktion bis hin zu – wenn auch selten – bösartigen Erkrankungen.

Rein äußerlich fallen bei der oft längere Zeit unerkannten kindlichen Zöliakie Hautblässe, eingefallenes Gesäß, Trommelbauch u. a. auf, obgleich eine ausgewogene Ernährung vorliegt, bei genauem Nachfassen allerdings auch ein erblicher Verdacht in der Familie.

Laboruntersuchungen, Röntgenaufnahmen sowie ggf. Gewebeproben von der Dünndarm-Schleimhaut bestätigen dann die Diagnose.

### Häufigkeit

Während in vielen europäischen Ländern und in Nordamerika die Häufigkeit der Zöliakie bei gesicherten 1% liegt, ließen verschiedene Reihen-Untersuchungen in Deutschland annehmen, dass sie hier seltener sei. Eine Erklärung dafür gab es allerdings nicht. Inzwischen vermutet man aber auch in Deutschland 0,9% Betroffene, wobei die Dunkelziffer, also die Zahl der unentdeckten Zöliakie-Fälle, nach einigen Angaben recht hoch sein soll.

## **Psychosoziale Aspekte: Ursachen oder Folgen?**

Es handelt sich also um ein durchaus schweres und folgenreiches Leiden schon ab Kindheit, bisweilen auch erst im Erwachsenenalter ausbrechend (oder diagnostiziert).

So kann es nicht ausbleiben, dass sich zusätzlich seelische Auffälligkeiten und psychosoziale Konsequenzen abzeichnen, vor allem bei den akut erkrankten Patienten. Dazu gehört eine gewisse „Stimmungs-Labilität“, vor allem bei massiven (besonders übelriechenden) Stühlen, bei Blähungen mit den bekannten Folgen, bei Appetit- und Gewichtsverlust u. a.

Tatsächlich lassen sich bei psychodiagnostischen Untersuchungen eindeutig erhöhte Depressions-Werte feststellen, was aber schon beim alltäglichen Arzt-Patient-Kontakt auffällt. Diese Form von „Belastungs-Depression“ zeichnet sich offenbar durch seelisch-körperliche Inaktivität, Leistungseinbruch, geistige Schwerfälligkeit und ständige Grübelneigung aus. Rein intellektuell finden sich jedoch keine Unterschiede oder Einbußen zur gesunden Vergleichs-Population.

Wissenschaftlich ist man sich offenbar nicht völlig im Klaren, ob es sich hier „nur“ um eine nachvollziehbare Reaktion oder um ein Phänomen handelt, das mit der Grund-Erkrankung des Darms und der daraus entstandenen Resorptions-Störung zusammenhängen könnte. Folgeschwere Konsequenzen sind jedoch so oder so feststellbar und nicht nur von den Patienten, sondern oft auch ihren Angehörigen zu ertragen. Aus manchen Untersuchungen geht hervor, dass sich später(?) zu dem bis dahin nicht oder unvollständig erfolgreich behandelten organischen Krankheitsbild auch „neurotische“ Züge zugesellen können. Beispiele: „neurotische Depressionen, Angst- und Zwangsneurose“ (heute als depressive Episoden, Angst- und Zwangserkrankungen bezeichnet).

Was hier Ursache oder Folge ist, kann also nur im Einzelfall auseinandergehalten werden, wobei Mischbilder wohl nicht selten sind.

Glücklicherweise können die betroffenen Patienten etwas Milderndes, ja sogar durchaus erfolgreich Korrigierendes selber tun. Im Kleinkind-Alter sind es natürlich die Eltern. Bei den Heranwachsenden und Erwachsenen ist das ein so genanntes „Krankheits-Management“, d. h. die eigenverantwortliche Sorge, sich *gluten-frei* zu ernähren und damit die inneren und äußeren Einschränkungen weitgehend zu neutralisieren.

## **Behandlungs-Disziplin entscheidend**

Im Kindesalter scheint dies noch am ehesten zu funktionieren, wenn die Eltern die zusätzliche Mühsal einer entsprechenden Diät übernehmen und vor allem

die dafür notwendige Behandlungs-Disziplin garantieren. Bei jüngeren Heranwachsenden nach der Pubertät und jungen Erwachsenen scheinen sich aber öfter so genannten Compliance-Probleme zu ergeben, sprich die nicht strikte Einhaltung der notwendigen gluten-freien Diät.

Hier tut sich dann neben der Diagnose auch die Aufgabe des betreuenden Haus- oder Facharztes auf, nämlich zur Vermeidung innerer und äußerer Belastungen und vor allem psychosozialer Konsequenzen im Alltag die notwendigen Maßnahmen zu berücksichtigen, und zwar lückenlos. Sollte es in rein psychologischer Hinsicht Probleme geben, sind auch Selbsthilfegruppen hilfreich. Eine fachliche Psychotherapie dürfte wohl nur in Ausnahmefällen und bei massiver seelischer Symptomatik mit entsprechenden psychosozialen Folgen notwendig werden.

## LITERATUR

Nicht nur individuell, sondern auch gesellschaftlich, ja sogar wirtschaftlich wichtige Aspekte, die deshalb auch wissenschaftlich entsprechend intensiv untersucht und in einer reichen Auswahl an Fach- und Lehrbüchern, auch populärmedizinisch erläutert vorliegen.

Nachfolgend eine deutschsprachige Auswahl populärmedizinischer Sach- und spezifischer Fachbücher, die vor allem ältere Beiträge wegen ihrer anschaulichen Kasuistiken berücksichtigt.

*Adler, R. A. (Hrsg.):* **Psychosomatische Medizin.** Verlag Urban & Fischer, München 2003

*Ahrens, S., W. Schneider (Hrsg.):* **Lehrbuch der Psychotherapie und Psychosomatischen Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2002

*Alexander, F.:* **Psychosomatische Medizin.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin 1951

*Baier, W. v. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Psychiatrie der Verfolgten.** Springer-Verlag, Berlin 1964

*Balint, M.:* **Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.** Klett-Verlag, Stuttgart 1957

*Bräutigam, W.:* **Reaktionen – Neurosen – Abnorme Persönlichkeiten.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1985

*Bräutigam, W., P. Christian:* **Psychosomatische Medizin.** Georg Thieme-Verlag, Stuttgart 1975

*Delius, L., J. Fahrenberg:* **Psychovegetative Syndrome.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1966

*Deter, H. C.:* **Angewandte Psychosomatik.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1997

*Dietel, M. u. Mitarb.:* **Harrisons Innere Medizin.** ABW Wissenschaftsverlag, Berlin 2013

*Cannon, W. B.:* **Wut, Hunger, Angst und Schmerz.** Piper-Verlag, München 1975

*Cremerius, J.:* **Die Prognose funktioneller Syndrome.** Enke-Verlag, Stuttgart 1968

*Curtius, F.:* **Die Colitis ulcerosa und ihre konservative Behandlung.** Springer-Verlag, Berlin 1962

*Dührssen, A.:* **Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen.** Verlag Med. Psychol., Göttingen 1960

*Ehrmann, M.:* **Die Persönlichkeit bei psychovegetativen Störungen.** Springer-Verlag, Berlin 1987

*Enck, P., F. Musial:* **Psychologie und Gastroenterologie.** Hogrefe-Verlag, Göttingen 1996

*Fahrländer, H. J.:* **Dünndarmpathologie.** Karger-Verlag, Basel 1960

*Feiereis, H., G. Jantschek:* **Entzündliche Darmerkrankungen.** In: Th. v. Uexküll (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin.* Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1986

*Freyberger, H.:* **Psychosomatik und Psychotherapie der Colitis ulcerosa.** In: A. Freyberger: *Colitis ulcerosa und granulomatosa.* Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1972

*Freyberger, H.:* **Psychosomatische Aspekte bei Colitis ulcerosa.** In: *Dünndarm-Dickdarm. 5. Bad Mergentheimer Stoffwechsel-Tagung.* Thieme-Verlag, Stuttgart 1970

*Frischenschlager, O. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Psychosozialen Medizin.** Springer-Verlag, Wien-New York 1995

*Hahn, E., J. Riemann:* **Klinische Gastroenterologie.** Thieme-Verlag, Stuttgart 1996

*Hahn, P. (Hrsg.):* **Psychosomatische Medizin.** Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt, 1985

*Haurand C. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Stressmedizin.** Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2015

*Henningsen, P. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2002

*Heigel-Evers, A., H. Schepank (Hrsg.):* **Ursprünge seelisch bedingter Krankheiten. Band 1: Wege, Probleme und Methoden. Band 2: Ergebnisse.** Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1982

*Hermann, J. M. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Funktionelle Erkrankungen.** Verlag Urban & Schwarzenberg, 1996

*Herzog, W. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Essstörungen.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2004

*Hillert, A., E. Schmitz:* **Psychosomatische Erkrankungen bei Lehrerinnen und Lehrern.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 2004

*Hippius, H. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Der Problempatient in der Praxis.** MMV-Medizin-Verlag, München 1995

*Hoffmann, S. O., G. Hochapfel:* **Neurosenlehre. Psychosomatische und psychotherapeutische Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 1999

*Hoffmann, S. O., G. Hochapfel:* **Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin.** Schattauer-Verlag, Stuttgart 2009

*Jores, A.:* **Der Kranke mit psychovegetativen Störungen.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1973

*Jores, A. (Hrsg.):* **Praktische Psychosomatik.** Verlag Hans Huber, Bern 1981

*Keupp, H.:* **Psychische Störungen als abweichendes Verhalten.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1972

*Klußmann, R., M. Nickel:* **Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.** Springer-Verlag, Wien-New York 2009

*Koepfl, H. K.:* **Einfache Psychotherapie für den Hausarzt.** Huber-Verlag, Bern 1961

*Kosarz, P.:* **Morbus Crohn und Alltagsstress.** Westkreuz-Verlag, Berlin 1995

*Kosarz, P., H. C. Traue (Hrsg.):* **Psychosomatik chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen.** Verlag Hans Huber, Bern-Göttingen 1997

*Krauspe, C. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Colitis ulcerosa und granulomatosa.** Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1972

*Küchenhoff, J.:* **Psychosomatik des Morbus Crohn.** Enke-Verlag, Stuttgart 1993

*Loew, T.:* **Funktionelle Magen-Darm-Beschwerden.** Centaurus-Verlagsgesellschaft, Pfaffenweiler 1999

*Margraf, J. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Somatoforme Störungen.** Springer-Verlag, Berlin 1998

*Margraf, J. (Hrsg.):* **Lehrbuch der Verhaltenstherapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2000

*Meerwein, F.:* **Die Grundlagen des ärztlichen Gespräches.** Huber-Verlag, Bern 1969

*Meerwein, F.:* **Das ärztliche Gespräch.** Verlag Hans Huber, Bern 1986

*Meyer, A. E. u. Mitarb. (Hrsg.):* **Praktische Psychosomatik.** Verlag Hans Huber, Bern 1996

*Meyer, A. E.:* **Die Psychosomatik der Kranken mit funktionellen Oberbauchbeschwerden.** In: A. Jores (Hrsg.): *Praktische Psychosomatik.* Verlag Hans Huber, Bern 1981

*Milch, W. E., H.-J. Wirth:* **Psychosomatik und Kleinkindforschung.** Psychozial-Verlag, Gießen 2001

*Morschitzky, H.:* **Somatoforme Störungen.** Springer-Verlag, Wien-New York 2000

*Myrtek, M.:* **Gesunde Kranke – kranke Gesunde.** Verlag Hans Huber, Bern 1998

*Nissen, G. (Hrsg.): Psychosomatische Störungen. Ursachen – Erkennung – Behandlung.* Kohlhammer-Verlag, Stuttgart 2002

*Overbeck, G. u. A. (Hrsg.): Seelischer Konflikt – Körperliches Leiden.* Rowohlt-Verlag, Reinbek 1978

*Overbeck, G. u. Mitarb. (Hrsg.): Psychosomatik der Ulcus-Krankheit.* Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1990

*Paumgartner, G.: Therapie innerer Krankheiten.* Springer-Verlag, Heidelberg 1999

*Petzold, E., A. Reindell: Klinische Psychosomatik.* Verlag Quelle & Meyer, Heidelberg 1980

*Pflanz, M.: Sozialer Wandel und Krankheit.* Enke-Verlag, Stuttgart 1962

*Pflanz, M.: Gesundheitsverhalten.* In: A. Mitscherlich u. Mitarb. (Hrsg.): Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln 1967

*Rudolf, G., P. Henningsen (Hrsg.): Somatoforme Störungen.* Schattauer-Verlag, Stuttgart 1998

*Rudolf, G.: Psychotherapeutische Medizin.* Enke-Verlag, Stuttgart 1993

*Schepank, H.: Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung.* Springer-Verlag, Berlin 1987

*Schorter, E.: Moderne Leiden. Zur Geschichte der Psychosomatischen Krankheit.* Rowohlt-Verlag, Reinbek 1994

*Schmeling-Kludas, C. (Hrsg.): Psychosomatisches Kompendium der Inneren Medizin.* Hans Marseille-Verlag, München 2005

*Schmidbauer, W.: Psychosomatik.* Hoffmann La Roche, Basel 1972

*Schüffel, W. u. Mitarb.: Funktionelle Syndrome im gastrointestinalen Bereich.* In: Th. v. Uexküll u. Mitarb. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1986

*Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie.* Thieme-Verlag, Stuttgart 1951

*Schultz, I. H.: Das Autogene Training.* Thieme-Verlag, Stuttgart 1977

Schwarzer, R. (Hrsg.): **Gesundheitspsychologie**. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1990

Schwarzer, R.: **Gesundheitsverhalten**. Hogrefe-Verlag, Göttingen 1992

Schwidder, W.: **Psychosomatik und Psychotherapie bei Störungen und Erkrankungen des Verdauungstraktes**. In: Documenta Geigy. Acta Psychotherap. (Basel) 7/1965

Selye, H.: **Einführung in die Lehre vom Adaptionssyndrom**. Thieme-Verlag, Stuttgart 1953

Senf, W., M. Broda (Hrsg.): **Praxis der Psychotherapie**. Thieme-Verlag, Stuttgart 1996

Siegenthaler, W.: **Klinische Pathophysiologie**. In: G. A. Martini u. Mitarb. (Hrsg.): **Gastrointestinaltrakt**. Thieme-Verlag, Stuttgart 1970

Siegenthaler, W.: **Differentialdiagnose innerer Krankheiten**. Thieme-Verlag, Stuttgart 2000

Spiegelberg, U.: **Colitis ulcerosa in psychiatrisch-neurologischer Sicht**. Enke-Verlag, Stuttgart 1965

Strotzka, A.: **Psychotherapie: Grundlagen – Verfahren – Indikationen**. Verlag Urban & Schwarzenberg, München 1975

Strunk, P.: **Psychogene Störungen mit vorwiegend körperlicher Symptomatik**. In: H. Harbauer: **Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugend-Psychiatrie**. Springer-Verlag, 1971

Studt, H. H. (Hrsg.): **Psychosomatik in Forschung und Praxis**. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1983

Studt, H. H.: (Hrsg.): **Psychosomatik in der Innern Medizin. Band 1: Symptome und Syndrome**. Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1986

Studt, H. H.: **Psychosomatische Medizin und Neurosenlehre**. In: V. Faust (Hrsg.): **Psychiatrie**. Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-Jena-New York 1995

Uexküll, Th. v. u. Mitarb. (Hrsg.): **Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin**. Verlag Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore, 1986

Weizsäcker, V. v.: **Körpergeschehen und Neurose**. Klett-Verlag, Stuttgart 1946

*Wienbeck, M.:* **Pathophysiologie und diagnostische Probleme bei Reizmagen, Colon irritabile und chronische Obstipation.** In: H. Goebell u. Mitarb. (Hrsg.): *Der chronische Kranke in der Gastroenterologie.* Springer-Verlag, Berlin 1984

*Wirsching, M., H. Stierlin:* **Krankheit und Familie.** Verlag Klett-Cotta, Stuttgart 1982

*Wyss, D.:* **Erkranktes Leben – Kranker Leib.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1986

*Zander, W.:* **Psychosomatische Untersuchungsergebnisse beim Ulcus duodeni.** Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1977