

Seelisch Kranke unter uns

Allgemeine Informationen – Reports – Kommentare

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

REIZMAGEN

Zu den häufigsten seelisch bedingten Magen-Störungen gehört der *Reizmagen*, eine vielschichtige, ggf. komplizierte und für manche schier unendliche Leidens-Geschichte. Was weiß man über Häufigkeit, Geschlecht, Alter, Verlauf, vor allem aber Ursachen und Hintergründe, wenn es sich um überwiegend seelische bzw. psychosoziale Leidensgründe handeln sollte? Und wo liegen die Möglichkeiten, leider aber auch Grenzen einer erfolgreichen Therapie? Dazu eine kurz gefasste Übersicht.

Über die Verdauung spricht man nicht gerne; Herz und Kreislauf sowie Wirbelsäule und Gelenke haben es hier leichter, wenn sie beeinträchtigen. Darüber kann man ohne Peinlichkeit klagen. Gleichwohl spielen Magen und Darm eine große Rolle, vor allem wenn sie nicht problemlos „funktionieren“. Darüber gibt es zahlreiche Untersuchungen und fachärztliche Erkenntnisse, die besonders die dafür zuständigen Spezialisten, die Gastroenterologen betreffen. Einzelheiten siehe die entsprechende Fachliteratur.

Andererseits gibt es eine Erkenntnis, die so alt ist wie die Menschheit – und in letzter Zeit vermehrt ins Blickfeld rückt. Gemeint sind Magen-Darm-Störungen durch seelische Ursachen. Denn scheinbar so banale Tätigkeiten wie die Nahrungsaufnahme und Verdauung, also Essen, Kauen, Schlucken und sogar der Stuhlgang sind häufig mit emotionalen (Gemüts-)Zuständen verbunden, vor allem im zwischenmenschlichen Kontakt. Dadurch haben sie auch ganz erheblichen Ausdrucks-Charakter, was nicht zuletzt umgangssprachlich deutlich wird („schlägt mir auf den Magen“, „ich bin ein armer Schlucker“ usw.).

Das beginnt schon im Säuglingsalter (und ist dort mitunter sogar jahrzehntelang prägend) und endet noch nicht im dritten oder gar vierten Lebensalter mit meist organischen Zusatz-Belastungen. Was deshalb nicht selten ist, ja zuzunehmen scheint, sind so genannte *funktionelle Störungen*, also Beeinträchtigungen, die „nur“ die Funktionen betreffen, ansonsten keine nachweisbaren Gewebe-Zer-

störungen erkennen lassen. Oder kurz: seelisch bedingt. So etwas findet man in praktisch allen Bereichen des Organismus, wobei insbesondere Herz-Kreislauf und Magen-Darm zu langwierigen Belastungen führen können.

Funktionelle Störungen im Gastrointestinal-Trakt (d. h. Magen-Darm) kann man überall feststellen, beginnen von der Speiseröhre über den Magen, den Dick- und Dünndarm bis zum Enddarm. Sie gehen zum einen auf genetische (Erb-) Faktoren zurück, aber auch auf so vielschichtige und bisweilen schwer differenzierbare Aspekte wie Lebens-Erfahrung, soziale Umgebung, seelische Stabilität, schließlich die Familie und Partnerschaft, die jeweilige gesellschaftliche und kulturelle Umgebung, Neben-Belastungen aller Art, das individuelle Krankheitsverhalten, die dafür notwendigen Bewältigungs-Fähigkeiten, zusätzliche Komplikationen (z. B. wenn eine Krankheit zur anderen kommt) und schließlich die Möglichkeiten und Grenzen medizinischer Unterstützung. Kurz: Eine vielschichtige Ausgangslage und damit komplizierte Entstehungs- und Verlaufsgeschichte, im Übrigen sehr individuell.

Das zeigt sich schon in den Fach-Begriffen der häufigsten Krankheitsbilder. Beispiele: Globus-Gefühl, Dysphagie, Reflux-Krankheit, Aerophagie, Colon irritabile, funktionelle Diarrhoe oder Obstipation, Ulcus ventriculi oder duodeni, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa usw. Oder die Gastropathia nervosa oder funktionelle Dyspepsie, auch funktionelle Oberbauch-Beschwerden oder schlicht Reizmagen genannt.

Um was handelt es sich bei Letzterem? Dazu eine kurz gefasste Übersicht, die bei Bedarf ergänzt werden kann durch das ausführliche Kapitel *Magen-Darm und seelische Störungen* in dieser Serie, vor allem was die erwähnten sonstigen Beeinträchtigungen anbelangt. Nachfolgend also kurz gefasst ein Überblick zum häufigen Leidens-Thema „Reizmagen“. Im Einzelnen:

Definition

Seelisch bedingte Magen-Störungen, am häufigsten als *Reizmagen* auftretend, 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.

Vielfältiges Beschwerdebild

Auch das äußerlich fassbare *Beschwerdebild* ist vielfältig. Beispiele: Druck- und Völlegefühl im Oberbauch, 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 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 durchgehend 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. überwiegend bis rein 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 auch für die Doppelbelastung bei erwerbstätigen verheirateten Frauen und „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 unter bestimmten 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-Miss-

brauch, mechanische 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, 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 Bera-

tung, 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 überlegt 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.

Weitere Einzelheiten zu dem Gesamt-Thema einschließlich entsprechender Literatur-Hinweise deutschsprachiger Lehr- und Fachbücher siehe das umfangreiche Kapitel *Magen-Darm und seelische Störungen* in der Sparte *Psychiatrie heute* in dieser Internet-Serie

www.psychosoziale-gesundheit.net