

Liebenauer Gesundheits-Info

Psychiatrisch-neurologische Informationen der Stiftung Liebenau

DURCHFALL UND VERSTOPFUNG AUS PSYCHOSOZIALER SICHT

Magen-Darm und seelische Störung – Verdauungsorgane und seelische Störung – funktionelle Störung des Gastrointestinal-Traktes – Stuhlgang – Darm-Entleerung – Defäkation – Magenfunktion und seelische Störung – Darmfunktion und seelische Störung – tiefenpsychologische Interpretationen von Magen und Darm – funktionelle Diarrhoe – emotionale Diarrhoe – nervöse Diarrhoe – Durchfall auf seelischer Grundlage – Stuhl-Verstopfung – Darm-Trägheit – funktionelle Obstipation – Laxantien-Risiko – Abführmittel-Missbrauch – Therapie von seelisch bedingten Magen-Darm-Störungen

Wer meint, die Verdauungsorgane spielten in seelischer Hinsicht keine große Rolle, der irrt – und muss sich bereits durch den Volksmund korrigieren lassen (Beispiele: „Es schlägt mir auf den Magen“, „Ich bin ein armer Schlucker“, „Es ist zum K...“ u. a.). 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 ganz erheblichen Ausdrucks-Charakter, was dann auch umgangs-sprachlich deutlich wird und sind vor allem (überwiegend) funktioneller Natur. Was heißt das?

Als so genannte *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 genetische (Erb-)Faktoren eine Rolle spielen, aber auch frühe Lebens-Erfahrungen, die soziale Umgebung, die seelische Stabilität (oder 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 oft zu spät genutzt, falls überhaupt).

In dem größeren Übersichts-Kapitel in www.psychosoziale-gesundheit.net über die wichtigsten funktionellen gastro-enterologischen Störungen mit dem Titel *Magen-Darm und seelische Störungen* geht es um spezifische Krankheitsbilder und Begriffe, 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 beschränkt. Etwas anderes ist es mit einem Thema, das gerne peinlich berührt und deshalb verschwiegen wird, aber deutlich häufiger vorkommt. Gemeint ist der Stuhlgang bzw. der Durchfall und die unzureichend ablaufende Darm-Entleerung. Nachfolgend deshalb zu diesem eher „verschämten“ Thema noch einige Zeilen aus (entwicklungs-)psychologischer Sicht. Im Einzelnen:

Organische und seelische Aspekte

Man spricht also nicht gerne über den Stuhlgang, die Darm-Entleerung, wissenschaftlich ausgedrückt die Defäkation, schon gar nicht wenn man damit Mühe hat. Ja, die Umgangssprache zeigt mit ihrer negativen Einschätzung dieses völlig natürlichen 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, Vorkhaltungen, Einschätzungen u. a. zu kommen, mit denen eine der wohl wichtigsten Organfunktionen regelrecht missbraucht wird. Und dies insbesondere in aggressiven, frustrierten, irritierten, resignierten Reaktionen 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.

Tiefenpsychologische Überlegungen

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 ein nur wenig überzeugendes Symptom, der Angst-Durchfall hingegen unter kriegerischem Feind-Beschuss, auf der Bühne oder in der Prüfung schon „durchschlagender“.

Nachfolgend nun eine komprimierte Übersicht zu den beiden wohl häufigsten Problemkreisen in dieser Hinsicht, nämlich Durchfall und Stuhl-Verstopfung. Im Einzelnen:

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-Ver-schmierungen.

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-Belas-tung 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 Betroffene

nen 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 ungern 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 das bereits erwähnte Internet-Kapitel *Magen-Darm und seelische Störungen* unter www.psychosoziale-gesundheit.net) 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 in seelischer, körperlicher und psychosozialer Hinsicht abzeichnen. 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 Ver- ausgabung 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 psychosozialen 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.

LITERATUR

Weitere Einzelheiten zu dem Gesamt-Thema einschließlich entsprechender Literatur-Hinweise deutschsprachiger Lehr- und Fachbücher siehe das umfangreiche Internet-Kapitel „*Magen-Darm und seelische Störungen*“ in www.psychosoziale-gesundheit.net.