



Vor Angst in die Hosen scheißen – psychosomatische Ursachen und Therapie von Durchfällen bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Winfried Häuser

Psychosomatische Grundlagen von chronischem Durchfall und imperativem Stuhldrang

Wie bei vielen Redewendungen und Volksweisheiten lässt sich der Zusammenhang von Angst und dünnem Stuhl/imperativem Stuhldrang wissenschaftlich nachweisen: Angst führt bei manchen Menschen zu einer beschleunigten Darmpassage und zu einer erhöhten Stuhlfrequenz. Viele Menschen – auch ohne Darmerkrankungen – kennen „Prüfungsdurchfälle“ vor Klassenarbeiten oder Klausuren. Angst spielt auch eine bedeutende Rolle bei chronischen Durchfällen und imperativem Stuhldrang bei nicht-entzündlichen Darmerkrankungen (Reizdarmsyndrom). Wiederkehrende Bauch-

schmerzen und Durchfälle können bei CED-Patienten, bei denen endoskopisch keine oder nur eine minimale Entzündungsaktivität nachweisbar ist, durch ein Reizdarmsyndrom verursacht sein. Aber auch bei CED-Patienten mit akutem Krankheitsschub oder chronisch aktivem Verlauf können psychologische Prozesse wie Angst oder innere Anspannung bei Stress die Häufigkeit/Intensität von Bauchschmerzen und Durchfällen erhöhen. Die mit Angst und innerer Anspannung verbundene Ausschüttung von Stresshormonen kann über das enterische Nervensystem („Bauchhirn“) die Schmerzempfindlichkeit des Darmes erhöhen, zu einer verstärkten Darmaktivität (Darmkontraktionen) führen und Entzündungsprozesse im Darm verstärken.

Merksatz

**Angst beschleunigt die Darmpassage.
Angst kann auch bei Gesunden zu
Durchfall führen (Prüfungsdurchfälle).
Angst kann bei aktiver CED die Häufig-
keit der Durchfälle und die Schmerz-
empfindlichkeit des Darmes erhöhen.**

Wenn Angst und Durchfälle das Leben einengen

Viele Betroffene mit aktiver CED kennen die Sorge, bei Durchfällen und/oder imperativem Stuhldrang nicht rechtzeitig eine Toilette zu erreichen. Manche Betroffene mit aktiver CED haben die Erfahrung gemacht, dass der Durchfall „in die Hose“ ging. Wie bei allen menschlichen Sorgen und Ängsten lassen sich auch beim Thema „CED-Durchfall-Angst“ angemessene, übertriebene und krankhafte Ängste unterscheiden.

Krankhafte Ängste liegen vor, wenn die Ängste zu einer bedeutsamen Beeinträchtigung im Alltag führen und der Betroffene das Gefühl hat, dass er seine Ängste nicht kontrollieren kann bzw. dass die Ängste ihn beherrschen. Bei einigen CED-Patienten liegen krankhafte Ängste vor: Aus Angst, nicht rechtzeitig eine Toilette zu erreichen und/oder „dass etwas in die Hose“ geht, vermeiden sie wichtige Alltagstätigkeiten (z.B. Berufstätigkeit, Ausbildung, Einkäufe). In ausgeprägten Fällen verlassen die Betroffenen nicht mehr die eigene Wohnung, weil sie nur in unmittelbarer Nähe einer Toilette ein Gefühl von Sicherheit haben. Schon der Gedanke, das Haus verlassen zu müssen, kann imperativen Stuhldrang auslösen. Wenn Betroffene mit aktiver CED nicht mehr nach draußen gehen oder viele Tätigkeiten des Alltages vermeiden, stellt der Psychosomatiker/klinische Psychologe die Diagnose von multiplen Situationsängsten mit Vermeidungsverhalten, eine sogenannte „Agoraphobie“.



INFO

Viele Menschen – auch ohne Darmerkrankungen – kennen „Prüfungsdurchfälle“. Bei CED-Patienten können psychologische Prozesse wie Angst oder innere Anspannung bei Stress die Häufigkeit/Intensität von Bauchschmerzen und Durchfällen erhöhen. Wie bei allen menschlichen Sorgen und Ängsten lassen sich auch beim Thema „CED – Durchfall – Angst“ angemessene, übertriebene und krankhafte Ängste unterscheiden. In der psychosomatischen Behandlung der krankhaften Angst werden, in Ergänzung der CED-Therapie, Medikamente, welche die Stuhlfrequenz und imperativen Stuhldrang reduzieren, eingesetzt. Die psychotherapeutische Therapie besteht im Erlernen von psychologischen Techniken, den eigenen Darm „zu beruhigen“ und die eigene Angst zu kontrollieren, sowie im Abbau des Vermeidungsverhaltens.

Eine Agoraphobie gibt es auch bei Patienten mit Reizdarm oder auch bei Menschen ohne körperliche Erkrankungen. Liegt keine körperliche Erkrankung vor, so kann die Angst, die an die eigene Wohnung bindet, auf den Darm (z.B. Durchfall, unkontrollierbarer Stuhldrang) oder auf andere Organe (z.B. Angst vor Herzinfarkt bei körperlicher Aktivität) bezogen sein.

Meiner klinischen Erfahrung nach entwickelt sich eine Agoraphobie vor allem bei solchen CED-Patienten, bei denen bereits vor der Erstmanifestation der CED vermehrte Ängstlichkeit und Vermeidungsverhalten (z.B. Menschenansammlungen) bestand. Bei einigen Patienten mit CED und Agoraphobie war ein unkontrollierbarer Stuhlabgang außerhalb der eigenen Wohnung Auslöser des Vermeidungsverhaltens. Die Stuhlinkontinenz wurde von den Betroffenen als sehr peinlich und beschämend erlebt.

Merksatz

Einige Betroffenen mit aktiver CED entwickeln eine phobische Störung: Aus Angst vor nicht-kontrollierbarem Stuhlgang vermeiden sie wichtige Alltagsaktivitäten (Ausbildung, Beruf, Einkaufen).

Psychosomatische Mechanismen von einschränkenden Ängsten bei aktiver CED

Bei der Entstehung von einschränkenden Ängsten bei aktiver CED spielt eine erblich und lebensgeschichtlich bedingte

vermehrte Ängstlichkeit eine Rolle. Auslöser können tatsächliche erlebte Inkontinenzepisoden oder Informationen über mögliche Stuhlinkontinenz sein. Chronifizierend sind Gedanken und Verhaltensweisen der Betroffenen. Die Agoraphobie ist eine konditionierte (=erlernte) Furchtreaktion, die durch innere Reize (z.B. körperlich: Bauchschmerzen und Stuhldrang bei aktiver CED oder gedanklich: „Hoffentlich muss ich jetzt nicht auf die Toilette gehen“) als konditionierte Reize ausgelöst wird. CED – und angstbedingte vermehrte Darmaktivität können sich wechselseitig aufschaukeln:



Die konditionierten Ängste führen im Laufe der Zeit zu einem immer stärkeren Vermeidungslernen, weil Flucht aus und Vermeiden von angstbesetzten Situationen zur Abnahme der Angstreaktion führt (Verstärkung des Vermeidungsverhaltens). Neben diesen Lernmechanismen spielen gedankliche Prozesse wie vermehrte Aufmerksamkeit („Grummelt es in meinem Bauch?“), dysfunktionelle (abträgliche) Gedanken („Wenn ich den Stuhl nicht halten kann, blamiere ich mich unsäglich und bin für alle Zeiten erledigt“), ein unrealistisches Sicherheitsbedürfnis sowie Toilettenrituale (mehrfache Stuhlentleerungen vor dem Verlassen des Hauses, um das Gefühl zu erzeugen, dass der Darm „völlig leer“ ist) eine bedeutende Rolle in der Chronifizierung der Beschwer-

den. Die Betroffenen versuchen, innere Reize wie körperliche Empfindungen, z.B. Druckgefühl im Bauch, und mentale Reize, z.B. Fantasien sich zu blamieren, zu vermeiden, in dem sie äußere Reize (Plätze, Räume, Verkehrsmittel, Menschenmassen) vermeiden.

Merksatz

Phobische Störungen bei aktiver CED können durch Lernmechanismen erklärt werden.

Grundlagen der Psychotherapie von psychosomatischen Durchfällen und Agoraphobie

Basis der Therapie ist die angemessene medikamentöse (schulmedizinische) Behandlung des akuten Entzündungsschubes bzw. der chronisch aktiven Erkrankung und von weiteren somatischen Krankheitsfaktoren, welche zu chronischen Durchfällen beitragen können, wie bakterielle Superinfektion, Nahrungsmittelunverträglichkeiten und -allergien oder Gallensäureverlustsyndrom (siehe Bauchredner 1/2013). Weiterhin werden in der psychosomatischen Behandlung Medikamente, welche die Stuhlfrequenz und imperativen Stuhldrang reduzieren, eingesetzt. Ich verwende hier am häufigsten das Medikament Loperamid. Das Wissen, ein Medikament bei sich zu tragen, welches im Bedarfsfall eingenommen werden kann, um den Stuhldrang zu reduzieren, reduziert die „Angst vor der Angst“ vor (unkontrollierbarem) Stuhldrang. Gelegentlich setze ich auch niedrigdosierte

angstlösende Antidepressiva (z.B. Doxepin) ein, welche die erwünschte Nebenwirkung einer Reduzierung der Darmaktivität haben.

Die psychotherapeutische Therapie der Angst besteht in dem Erlernen von psychologischen Techniken, den eigenen Darm „zu beruhigen“ und die eigene Angst zu kontrollieren sowie im Abbau des Vermeidungsverhaltens. Als Technik zur eigenständigen Darmberuhigung setze ich die Bauchhypnose ein. Nachdem die Betroffenen gelernt haben, ihren Darm mit Hilfe von psychologischen Techniken zu „beruhigen“, lernen sie in einem Trainingsprogramm, neue Verhaltensweisen aufzubauen, z.B. dem Drang zu widerstehen, mehrfach auf die Toilette zu gehen, um den Darm „vollständig“ zu entleeren und stufenweise die bisher vermiedenen Situationen aufzusuchen. Bei dieser stufenweisen Angstexposition (sogenannte „systematische psychologische Desensibilisierung“) beginnen die Betroffenen, sich den am wenigsten angstbesetzten Situationen zu stellen (z.B. eine Runde um das eigene Haus zu gehen). Im Falle der mehrfachen erfolgreichen Bewältigung werden Schritt für Schritt die mehr angstbesetzten Situationen aufgesucht (z.B. Fahren mit Bus, Besuch eines Kaufhauses). Die App „Toiletten Finder“ für das iPhone, welches alle öffentlichen Toiletten in Ihrer Nähe anzeigt, kann die Sicherheit beim Angstexpositionstraining erhöhen. Im Einzelfall ist es auch nützlich, mit den Betroffenen die lebensgeschichtlichen Hintergründe ihres verstärkten Sicherheits- und Kontrollbedürfnisses zu bearbeiten, und durch Dialog, Verhaltensexperimente und/oder Hypnotherapie angemessenere Einstellungen aufzubauen.

Merksatz

Grundlage der Therapie psychosomatischer Durchfälle ist das Erlernen von Entspannungs- und Imaginationstechniken, um den Darm zu beruhigen.

Grundlage des Angstabbaus ist die stufenweise Konfrontation mit angstbesetzten und bisher vermiedenen Aktivitäten und die Entwicklung angemessener Einstellungen (z.B. bezüglich Sicherheit).

Fallbeispiel

Die 30-jährige Patientin wendete sich auf eigene Initiative nach der Lektüre des Beitrages zur Bauchhypnose im Bauchredner 4/2012 an mich. Eine Colitis ulcerosa war seit 2006 bekannt. Aktuell hatte die Patientin den dritten Schub. Die Symptomatik der beiden früheren Schübe (2006: linksseitige Cu, 2010: Pancolitis) hatte jeweils ein Jahr gedauert. Ängste, nicht rechtzeitig eine Toilette zu erreichen hatten sich beim ersten Schub entwickelt. Die Patientin hatte bei den früheren Schüben über Monate nicht das Haus verlassen und wurde von ihren Eltern versorgt. Die aktuelle Symptomatik bestand seit fünf Monaten in bis zu 10 blutigen Stühlen/Tag, teilweise verbunden mit krampfartigen Bauchschmerzen. Die Patientin verließ das Haus nur zu Arztbesuchen. Auf diese bereitete sie sich mit einer Nahrungs- und Flüssigkeitskarenz über 24 Stunden und mehrfache Toilettengänge vor. Weiterhin berichtete die Patientin über vermehrte Unruhe und Nervosität sowie Sorgen um ihre Gesundheit und berufliche Zukunft (Krankenschreibung seit fünf Monaten).

Endoskopisch war Proktitis (10 cm ab Anus) nachgewiesen. Eine bakterielle oder virale Superinfektion war ausgeschlossen. Eine eindeutige Besserung war trotz lokaler Therapie mit Kortisonschäumen, Mesalazin 4,5 g/Tag und bis zu 60 mg Prednisolon/Tag nicht eingetreten. Die Einleitung einer Therapie mit Infliximab war von ihrem Gastroenterologen erwogen worden.

Die Patientin hatte positive Vorerfahrungen mit dem Autogenen Training und mit Atemtechniken. Wir führten zwei Bauchhypnosesitzungen durch. Wesentliche Inhalte waren das eigenständige Herstellen von einem Gefühl von Ruhe und Sicherheit im Bauch durch Atmen, das Beruhigen des überaktiven Darmes durch Auflegen der Hand auf den Bauch mit Imagination eines angenehmen Wärmegefühls sowie Imaginationen, dass eine heilende Energie die Entzündung und die überflüssigen Sorgen wegspült. Die Bauchhypnosesitzungen wurden aufgenommen. Die Patientin erhielt die MP3-Datei der Sitzung zum täglichen Üben.

Auch unter Reduktion der Kortisondosis kam es zu einer Reduktion der Blutbeimengungen im Stuhl und der Häufigkeit der Stühle. Die Patientin führte eine eigenständige Angstkonfrontationstherapie durch, beginnend mit kleinen Spaziergängen bis zu eigenständigen Einkäufen mit dem PKW. Mit Erlaubnis der Patientin zitiere ich Auszüge aus einer E-Mail (zwei Monate nach Beginn der psychotherapeutischen Behandlung):

„Hallo Herr Dr. Häuser,

Ich finde es toll, dass die Redaktion vom Bauchredner Sie gebeten hat, einen Beitrag über die psychologische Behandlung

von Durchfallängsten zu schreiben. Gerne dürfen Sie meine Behandlung als Fallbeispiel und auch meine E-Mails verwenden und zitieren. Ich freue mich jetzt schon auf Ihren Beitrag in der nächsten Bauchrednerausgabe. Ich hoffe, dass viele Betroffene Ihren Beitrag lesen und wieder Mut schöpfen sich nicht aufzugeben.

... Mir geht es von Tag zu Tag besser. Ich habe festen Stuhlgang und die Stuhlgänge haben sich auch reduziert. Es sind jetzt ca. vier pro Tag.

Ich gehe jetzt öfters mit meinem Sohn spazieren, sogar meist ohne Loperamid. War auch schon meine Freundin besuchen seit langer Zeit und sogar öfters einkaufen (mit dem Hintergedanken, wenn ich Krämpfe bekomme, kann ich immer noch das Geschäft verlassen, niemand hält mich fest und meist ist mein Mann dabei, sodass ich mich dann ins Auto setzen könnte, wenn's schief geht). Fahre öfters meine Eltern und Schwiegereltern besuchen. Und bekomme auch mehr Besuch.

Ab und an bin ich nervös, dann schlägt das auch auf meinen Darm, aber ich versuche das durch tägliche Hypnose in den Griff zu bekommen. Ist manchmal gar nicht so einfach meine Gedanken zu lenken, aber ich arbeite dran.

... Ich habe auch gemerkt, dass ich mich wegen jeder Kleinigkeit nicht mehr so stresse, und versuche Dinge zu tun, die mir gut tun. Ich reiße mir auch kein Bein mehr aus, wenn die Tür oder das Telefon klingelt ... Ich habe mittlerweile die Einstellung, was geht, das geht und wenn nicht, ist auch nicht schlimm.

Ich achte mehr auf mich. Ich weiß nicht, ob's vielleicht nicht zu egoistisch ist ... Aber ich hab gemerkt, dass ich sonst immer gleich gesprungen bin, wenn jemand was von mir



Priv.-Doz. Dr. med. Winfried Häuser ist Leitender Arzt des Schwerpunktes Psychosomatik der Klinik Innere Medizin 1 (Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Infektionskrankheiten, Onkologie, Psychosomatik) des Klinikum Saarbrücken.
E-Mail: whaeuser@klinikum-saarbruecken.de

wollte, bzw. hab versucht, es allen Recht zu machen, und das tat mir oftmals nicht gut und ich hab mich oft über mich selbst geärgert. Und nun denk ich: Nein! Jetzt geht's grad nicht und fertig!

Auf jeden Fall bekomme ich jeden Tag ein Stück mehr Leben und Selbstvertrauen zurück und das ist ein schönes Gefühl. Wenn meine Ängste jetzt noch komplett verschwinden, dann wäre ich total zufrieden.“

Nachtrag zum Fallbeispiel

Welchen Anteil die medikamentöse Therapie der Darmentzündung, die psychologische Behandlung und der von der Patientin begonnene Kefirkonsum an der Besserung der Beschwerden hatten oder ob es auch zu einer Spontanremission ohne jegliche Therapie gekommen wäre, lässt sich aus wissenschaftlicher Sicht nicht sagen. ■

Literatur unter www.dccv.de/BR2013-2