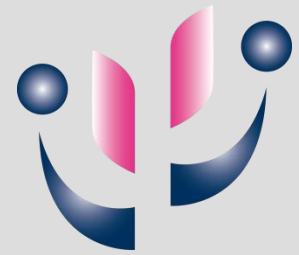


Reizmagen und Reizdarm

Dr.med. Iris Veit
Fachärztin für
Allgemeinmedizin/ Psychotherapie

www.irisveit.de





Reizdarm

Was müssen Sie tun, damit eine PatientIn mit funktionellen Bauchschmerzen **nie wieder** zu Ihnen kommt?

Funktionelle gastrointestinale Störungen - häufig und teuer



□ Vorkommen:

Keine sicheren epidemiologischen Studien:

10-20% Prävalenz Reizdarm weltweit, davon suchen die Hälfte einen Arzt auf

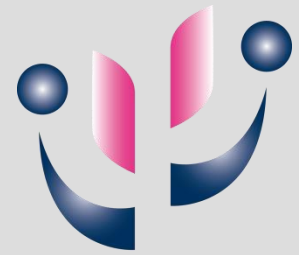
(Punktprävalenz somatoformer Störungen in westlichen Industrienationen: 5-12%)

□ Kosten

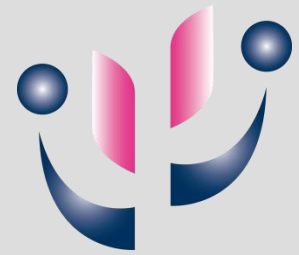
Reizdarmpatienten sind dreimal so häufig arbeitsunfähig wie andere

Hohe medizinische Folgekosten: Frauen mit RDS werden 3x häufiger hysterektomiert als andere

und belastend für den Patienten



- hoher Leidensdruck
- nachhaltige und langfristige Beeinträchtigung der Lebensqualität
- gehäuftes Auftreten psychischer Störungen im Laufe des Lebens
- Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bis hin zur Frühberentung

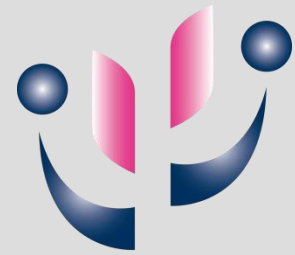


- 35-jährige Patientin mit Blähungen und anhaltenden, wechselnden abdominellen Schmerzen
- Laborparameter: Blutbild, BSG, Transaminasen, AP und U-Status : unauffällig
- Sono Abdomen: unauffällig

Würden Sie eine Coloskopie veranlassen?

Kriterien der Diagnose

RDS (Rome III-Kriterien)

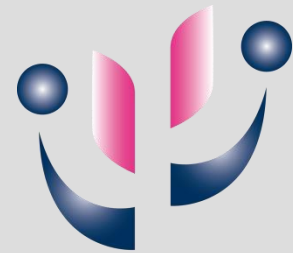


Abdominelle Schmerzen (3 Tage im Monat mindestens 3 Monate)

Mit mindest zwei der folgenden Kriterien

- Verbesserung mit der Defäkation
- Diarrhoe oder Obstipation oder mit beidem
- Konsistenzveränderungen des Stuhlgangs

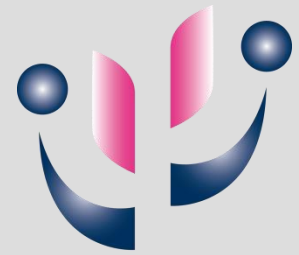
Reizmagen – Symptome



www.netdoctor.at

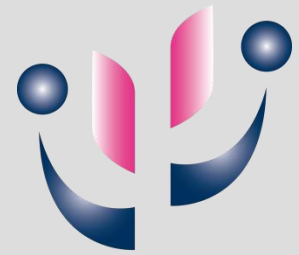
- Abdominelle Schmerzen (3 Tage im Monat mindestens 3 Monate)
- postprandiales Völlegefühl
- frühes Sättigungsgefühl
- Blähungen
- Übelkeit, Erbrechen
- Aufstoßen
- wechselnde Unverträglichkeiten von fetten und gewürzten Speisen

TED: Welche Symptome und Labordaten passen nicht?



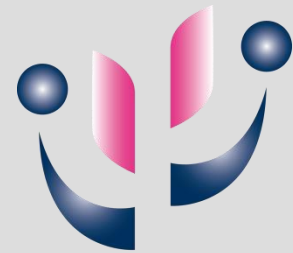
- Obstipation
- Ausgeprägte Gewichtsabnahme
- Meteorismus
- Diarrhoe
- Anämie
- Weicher Stuhl mit Schleimbeimengungen
- BSG- Erhöhung

Reizmagen und Reizdarm – Diagnostik



- Blutbild
- CRP (Entzündung)
- Enzyme (GPT, γ GT, AP, Amylase, Lipase)
- Hämoccult
- Urinstatus
- Oberbauchsonografie
- H₂-Atemtest

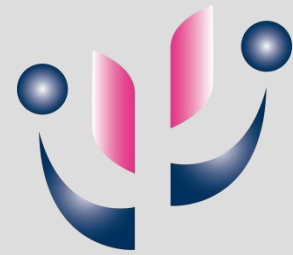
Welche Symptome und Labordaten passen nicht?



- Obstipation
- Ausgeprägte Gewichtsabnahme
- Meteorismus
- Diarrhoe
- Anämie
- Weicher Stuhl mit Schleimbeimengungen
- BSG- Erhöhung

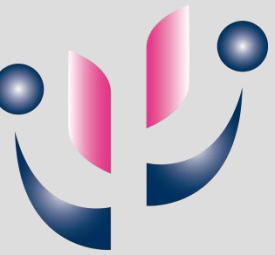
Kriterien der Diagnose

(Rome III-Kriterien)



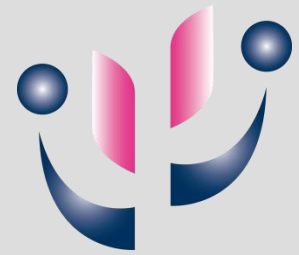
- **Abdominelle Schmerzen** (3 Tage im Monat mindestens 3 Monate)
Mit mindest zwei der folgenden Kriterien
 - Verbesserung mit der Defäkation
 - Diarrhoe oder Obstipation oder mit beidem
 - Konsistenzveränderungen des Stuhlgangs

Reizmagen/Reizdarm – physiologische Aspekte



- Erhöhte Schmerzempfindlichkeit
- Motilitätsstörungen (Hyper- und Hypomotilität)

Alarmzeichen



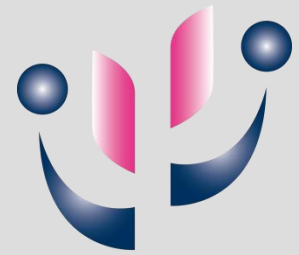
- Rektaler Blutabgang
- Nächtliche Schmerzen
- Gewichtsverlust
- Anämie
- Entzündungszeichen
- Tastbare Resistenzen
- Schonhaltung



Aufmerksam werden bei

- Tumoren des oberen und unteren Gastrointestinaltraktes in der Familienanamnese
- höherem Alter

Reizmagen - Differentialdiagnose



- Speiseröhren- und Magenkrebs
- Refluxkrankheit
- Ulcus ventrikuli et duodeni
- Helicobacter pylori assoziierte Gastritis

Reizdarm- Differentialdiagnose

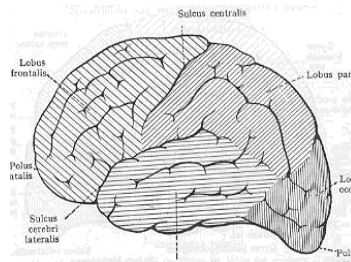


Denken Sie auch an

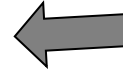
- Darmkrebs
- chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED)
- Lactose-Fruktoseintoleranz
- Zöliakie

Ein Entstehungsmodell

**Frühkindlicher Schmerz
Körperliche und sexualisierte
Gewalt
Elerntes Verhalten in der
Familie**



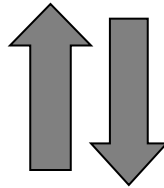
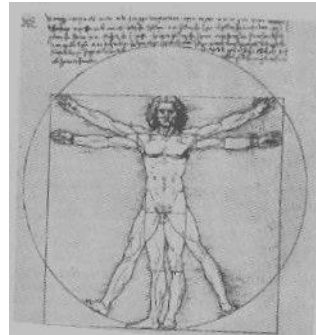
Genetische Faktoren?



**Schützende
Bedingungen**



+



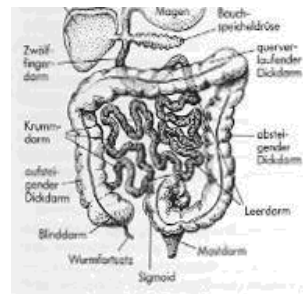
-

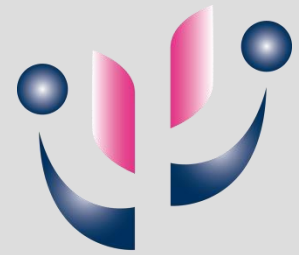
**Auslöser:
Verluste
Anpassungsleistungen
Infektionen**



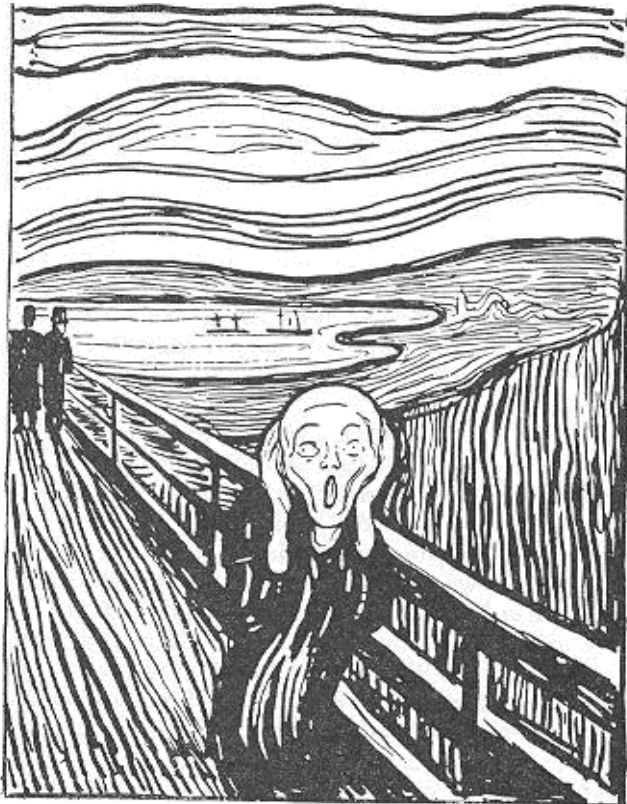
**Erhöhte Empfindlichkeit
für Stress und Schmerz
Gestörte
Körperwahrnehmung**

**Funktionelle Störung
Psychische Störungen**





Reizmagen / Reizdarm



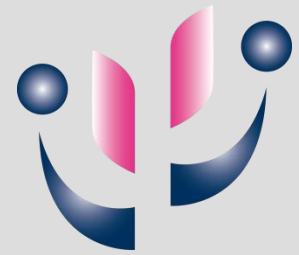
Der Schrei

Edvard Munch

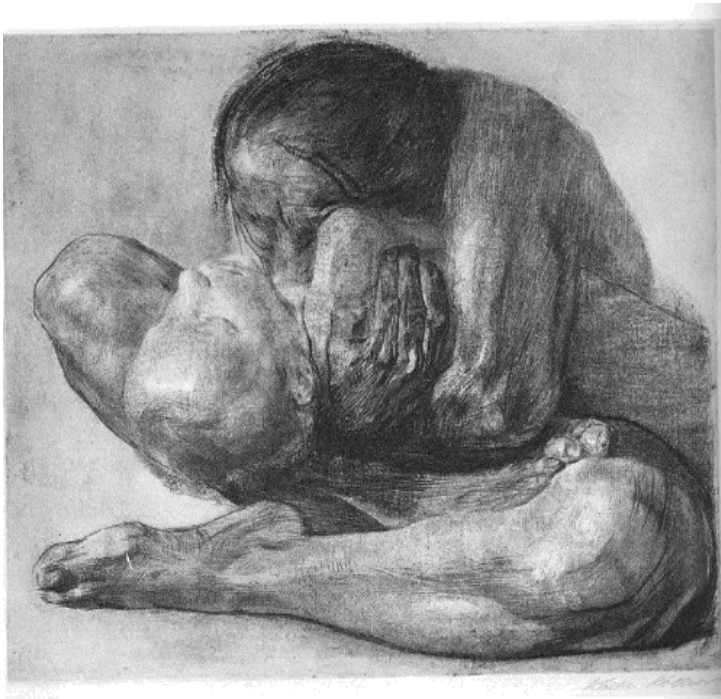
Frühkindlicher Schmerz und traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit (körperliche und sexualisierte Gewalt) sind signifikant häufig

Sie führen später zu

- einer erhöhten Stressempfindlichkeit
- schwierigem Beziehungsverhalten
- und zu einer gestörten Körperwahrnehmung



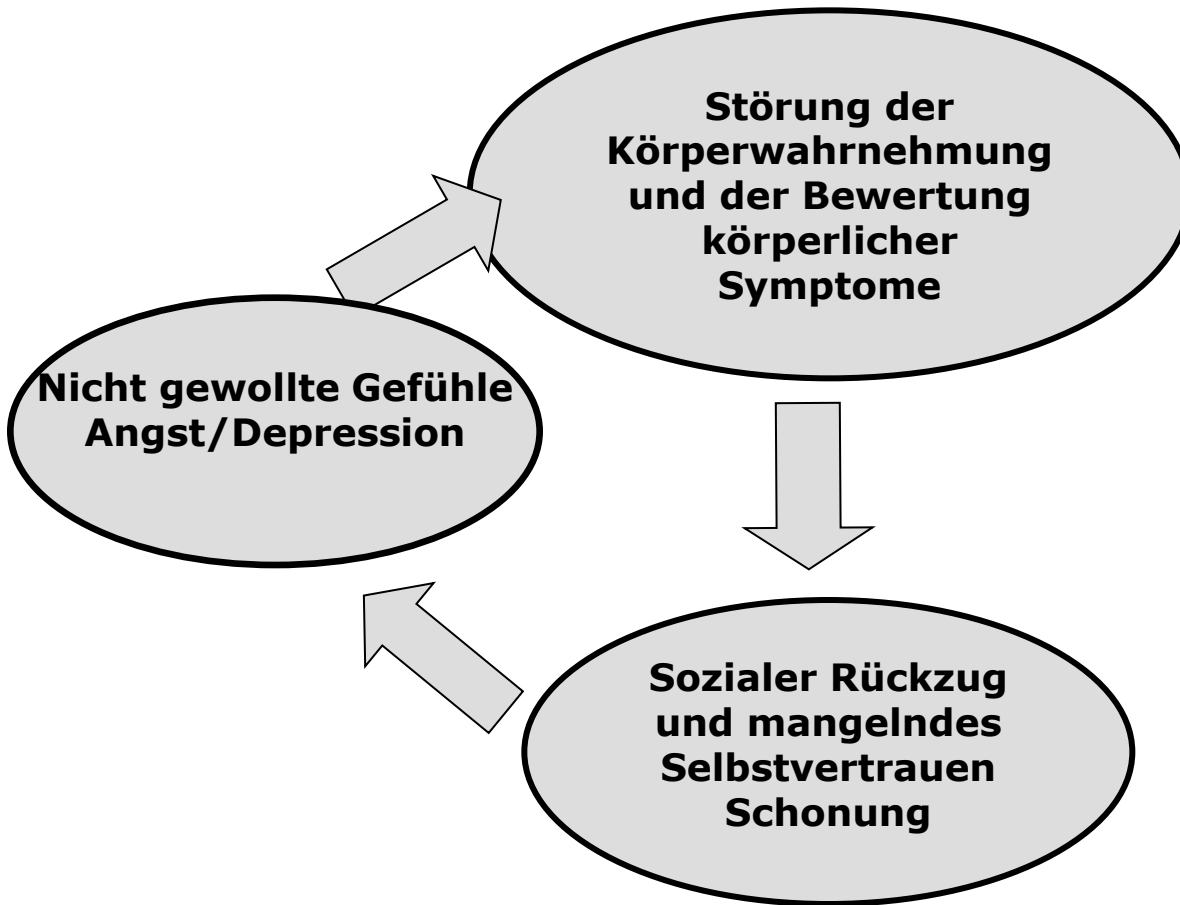
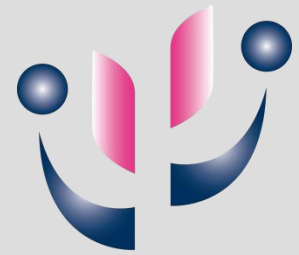
Reizmagen / Reizdarm



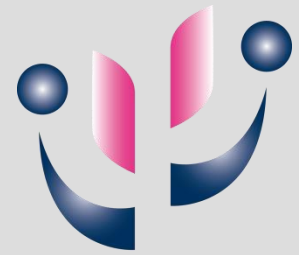
Auslöser für ein RDS sind

- Verluste, Trennungen
- Lebensereignisse, an die man sich neu anpassen muss
- Infekte

Aufrechterhaltende Bedingungen



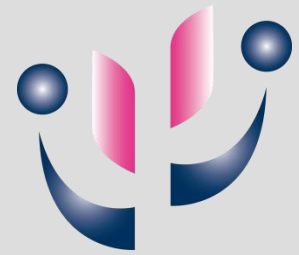
TED: Welche Aussage trifft auf mich zu?



- Wenn die Diagnostik kein positives Ergebnis bringt, dann erst erfrage ich psychosoziale Belastungsfaktoren
- Wenn Patienten sehr ängstlich sind, veranlasse ich auch ein CT des Abdomens
- In den überwiegenden Fällen überweise ich zum Gastroenterologen oder zum Psychotherapeuten
- Die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung lehne ich in der Regel ab
- Eine Milchzuckerunverträglichkeit schließe ich immer aus

Empfehlung für die Praxis

Umgang mit RDS



Psychosoziale Belastungsfaktoren und Beziehungen **vor** Durchführung der Ausschlussdiagnostik bei der Anamnese ansprechen

z.B. zirkuläre Fragetechnik anwenden

Was sagt denn Ihre Frau zu Ihren Beschwerden, woher sie kommen?

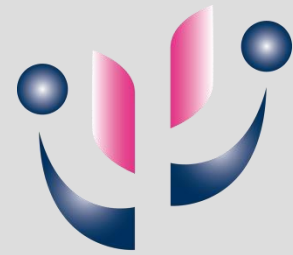
Was meint die Freundin dazu ?

W-Fragen:

Wann trat das Symptom zum ersten Mal auf? Was hat Sie damals bewegt? *Wer war dabei?"*

Empfehlung für die hausärztliche Praxis

Umgang mit RDS



Entwertung des Patienten vermeiden bei Mitteilung der Diagnose

„Ich kann mir vorstellen, dass das Ergebnis wieder einmal ein Enttäuschung für Sie ist.“

„Andere Patienten mit Ihren Symptomen haben sich enttäuscht gefühlt...“

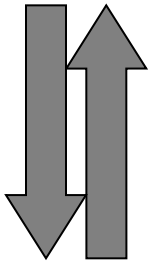




Dem Patienten ein **Erklärungsmodell** geben

Sowohl,..als auch

Körper



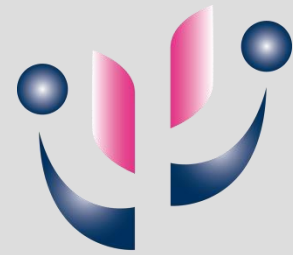
„Gefühle beeinflussen den Körper ,
auch dann, wenn sie *nicht* bemerkt werden“
„Früher erlebter Schmerz hinterlässt im Körper seine
Spuren“

Gefühle

Ärger, Angst, Trauer, Wut, Ekel

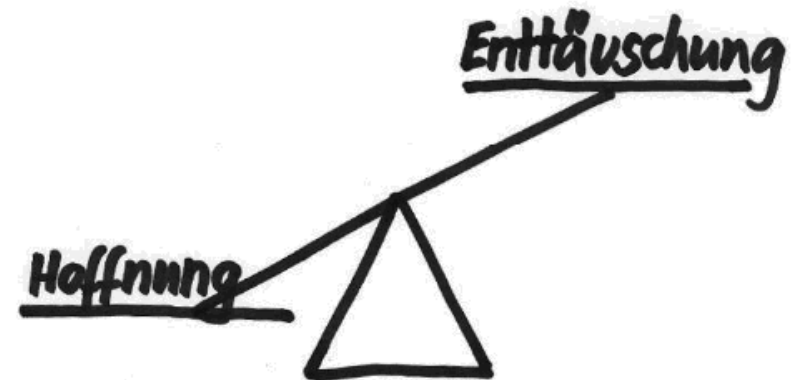
Empfehlung für die hausärztliche Praxis

Umgang mit RDS



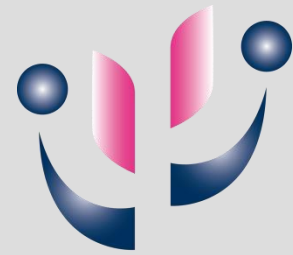
Gefühle (häufig der Enttäuschung und Kränkung) und lebensgeschichtliche Zusammenhänge **ansprechen**

- „Sie wirken sehr traurig.“
- „Haben Sie früher schon einmal Enttäuschungen erlebt?“
- „Sie sind also traurig, ärgerlich, enttäuscht, wenn Sie den Schmerz empfinden?“
- „Erzählen Sie mir mehr darüber!“



Empfehlung für die hausärztliche Praxis

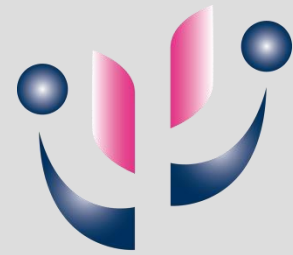
Umgang mit RDS



- **regelmäßige** Arzt-Patient-Kontakte vereinbaren
unabhängig von der Symptomatik
- Wait and see! (**symptomatische** Massnahmen)
- **Vermeiden** von invasiven Neuuntersuchungen
und operativen Eingriffen
Keine somatische Diagnostik zur Beruhigung

Empfehlung für die hausärztliche Praxis

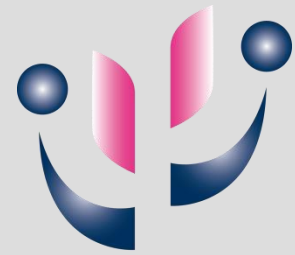
Umgang mit RDS



- **regelmäßige** Arzt-Patient-Kontakte vereinbaren
unabhängig von der Symptomatik
- Wait and see! (**symptomatische** Massnahmen)
- **Vermeiden** von invasiven Neuuntersuchungen
und operativen Eingriffen
Keine somatische Diagnostik zur Beruhigung

Empfehlung für die Praxis

Umgang mit RDS



□ Ressourcenorientierte Interventionen

Hilfreiche Empfehlungen für den Patienten sind:

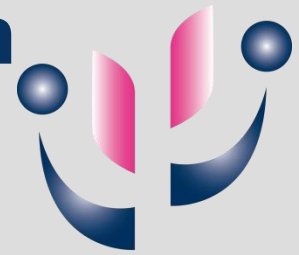
- Durch körperliche Bewegung verbessern Sie Ihr Lebensgefühl!
- Entspannungsverfahren verringern Ängste und verbessern den Umgang mit Stress.
- Nutzen Sie Ihre Vorstellungskraft. Bilder können heilsam sein.
- Planen Sie für jeden Tag etwas, das Ihnen Freude macht.
- Pflegen Sie Ihre guten Beziehungen!



Ressourcenorientierte Intervention

Sich auf die eigenen Kräfte besinnen!

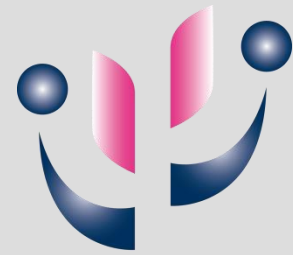
Stellen Sie die richtigen Fragen!



- Wann ist es Ihnen schon einmal gelungen, etwas zu verändern?
- Wie haben Sie das gemacht?
- Wer hat Ihnen dabei geholfen?
- Was haben Sie dazu gebraucht?
- Wer und was kann Ihnen heute helfen?

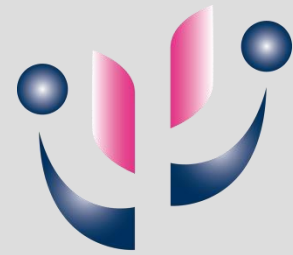


TED: Welche Medikamente setzen Sie ein?



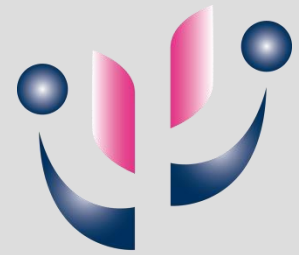
- Mebeverin
- Buscopam
- Doxepin
- Amitryptillin
- Phytotherapeutika
- Fluspirilen
- Benzodiazepine

Empfehlung für die hausärztliche Praxis **Umgang mit dem komplizierten RDS**



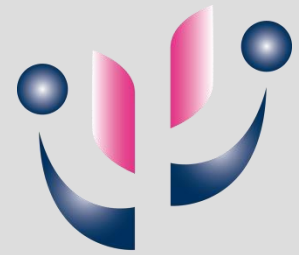
Bei dramatisch auftretenden,
hyperemotionalen, die Praxisorganisation
sprengenden Patienten:

- Nicht über(re)agieren
- Grenzen setzen – auch Zeitgrenzen
- Vermeidung iatrogenen Verschlechterung
- Nicht Übersehen körperlicher Erkrankungen



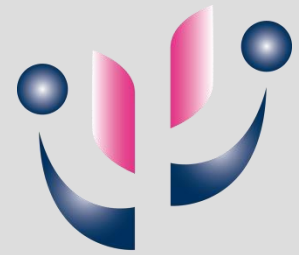
Medikamentöse Therapie

- Evidenz für medikamentöse Therapie nicht gegeben
 - Möglich sind :
 - Doxepin, Amitryptillin und SRI (Erfolgsrate 50%)
- Symptomatische Therapie mit Spasmolytica, Loperamid, Faserstoffen
- Wirksamkeit pflanzlicher Arzneimittel wie Iberogast und Pfefferminzöl nachgewiesen



Hilfreich sind

- Interaktionelle Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Hypnotherapie
- Körperbezogene Therapieverfahren
 - Tanztherapie
 - Konzentrierte Bewegungstherapie
 - Funktionelle Entspannung
 - Musiktherapie
- Entspannungsverfahren
 - Autogenes Training ist Selbsthypnose
 - Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen
 - Yoga



Wann Psychotherapie?

- Bei starken Ängsten und komorbider Depression
- Dramatischem Beginn der Erkrankung und traumatischen Erfahrungen
- Anhaltenden Störungen im Beziehungssystem der Patienten

Eine 47-jährige Patientin. Sie ist mir seit Jahren bekannt. Gelegentliche Besuche in meiner Sprechstunde wegen Schmerzen im Wirbelsäulenbereich und als Begleiterin ihrer Tochter, die mich wegen Akne und vor einigen Jahren wegen sozialer Schwierigkeiten in ihrer Schulklasse aufsuchte.

Von der Patientin weiß ich, dass sie verheiratet ist, außer der Tochter einen über zwanzigjährigen Sohn hat und neben ihrem Haushalt als Tagesmutter zusätzlich Geld verdient.

Sie suchte mich jetzt auf wegen folgender Beschwerden: Völlegefühl, Schmerzen unterschiedlichen Lokalisation im Abdomen, Übelkeit Blähungen. Eine internistische Ausschlußdiagnostik, Sonografie des Oberbauches, Gastroskopie, Laboruntersuchungen wurden durchgeführt ohne pathologisches Ergebnis. Es wurde von mir die Diagnose einer Dyspepsie vom Motilitätstyp mit begleitendem Reizdarmsyndrom gestellt. Sie erhielt ein pflanzliches Arzneimittel. Nach vier Wochen Einnahme des Präparates kam die Patientin in die Sprechstunde.

Frau B., etwas unwirsch: Es ist überhaupt nichts besser geworden. Immer die Übelkeit und die Schmerzen. Irgendwo muss das doch herkommen. Das muss doch seine Ursachen haben!

A.: Es gibt im wesentlichen drei Ursachen, eine erbliche

Veranlagung, die Art der Ernährung und Infekte und Ursachen, die in der Lebenssituation und Lebensgeschichte begründet sind. Das müssen nicht immer die dicken Probleme sein. Häufig sind es die kleinen Dinge im Alltag.

Frau B : Ich habe selbst schon daran gedacht, dass es psychisch sein könnte.

A.: Sie sehen oft so traurig und enttäuscht aus.

Frau B: etwas unsicher lächelnd: Ja, finden Sie? Pause Aber ich habe keine großen Probleme. Meine Ehe ist normal, mal ein kleiner Streit, das ist doch normal. (Sie schildert im Folgenden Probleme mit ihrem älteren Sohn, der arbeitslos geworden ist, in ihrem Hause lebt und ihr viel Arbeit macht.)

Alle wollen etwas von mir! Alles muss ich allein entscheiden!

A.: Sie fühlen sich allein gelassen und unzufrieden. Gibt es den niemanden, der sie unterstützen könnte? Was ist denn mit ihrem Mann?

Frau B.: Ach, auf den kann ich mich nicht verlassen. Der arbeitet viel. Ich möchte mal eine Kur machen. Ist das wohl möglich?

Ein Erklärungsmodell geben

Verbalisieren von Gefühlen

Spiegeln/Zusammenfassen

Beziehungen ansprechen

A.: Das ist sicherlich möglich. Wir beide sollten uns nur überlegen, welche Erwartungen Sie an eine Kur haben, was sie sich erhoffen.

□ Ziele klären

Frau B. : Ich möchte mal Zeit für mich haben, Spazieren gehen, Massagen, mit anderen Leuten reden.

A.: Ich kann Sie gut verstehen. Sie sind unzufrieden mit Ihrer gegenwärtigen Lebenssituation und möchten etwas für sich tun und überlegen, wie es weitergehen soll in Ihrem Leben.

□ Spiegeln/Zusammenfassen

Frau B. :Und dann ist da noch, dass mein Mann soviel trinkt. Jeden Abend nur Bier und vor den Fernseher. (Es folgt die Schilderung eines tristen Ehelebens, auch in sexueller Hinsicht)

Ich beende das Gespräch mit folgender Zusammenfassung:

Ich würde einen Antrag für eine Kur in einer psychosomatischen Kurklinik für sie stellen. Dies könne eine hilfreiche Zeit für sie sein, da sie mit der gegenwärtigen Lebenssituation unzufrieden sei und sie das Gefühl habe, dass es für den Rest ihres Lebens so nicht weitergehen könne.

Um den Gründen ihrer Unzufriedenheit näher zu kommen und ihre Hoffnungen für die Zukunft etwas besser zu fassen und damit die Erwartungen auch an einen Klinikaufenthalt bestimmen zu können, könne sie mit mir in den zukünftigen Wochen noch zwei oder dreimal ein längeres Gespräch führen.

Wegen ihrer Beschwerden verordnete ich ihr ein Prokinetikum.

Im nächsten Gespräch schildert sie ihre Lebensgeschichte

Sie ist als uneheliches Kind in Polen geboren worden, Ergebnis einer Vergewaltigung ihrer Mutter durch einen russischen Soldaten. Ihre Mutter hat ihr immer zu spüren gegeben, dass sie sie nicht gewollt hat.

Ihre Umgebung hat sie als Russenbalg ausgegrenzt. Ohne Deutschkenntnisse zu besitzen sind ihre Mutter und sie als sie ca. 14 Jahre alt war nach Deutschland gekommen.

Sie war sehr ehrgeizig und hat es geschafft, die Volksschule abzuschließen und eine Lehre zu beenden. Ihre Mutter hat ihr weiterführende Schulen nicht erlaubt. Darunter leidet sie noch heute.

Zeitlebens bestand ein schlechtes Verhältnis zur Mutter. Sie hat sie dennoch gepflegt.

Die Mutter ist vor kurzem gestorben.

Ich habe in diesem Gespräch ihre ungeheure Leistung gewürdigt, ihr Leben mit dieser Vorgeschichte so gut organisiert zu haben und versucht, sie im Hinblick auf eigene Leistungsanforderungen für die Zukunft zu entlasten.

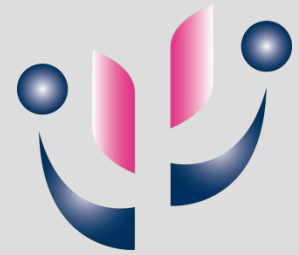
- Ungewolltes Kind
- Vater nicht vorhanden
- Existenzielles Zuwenig

- Wenig Unterstützung von Außen
- Keine Peergroup

- Kompensationsversuch: ehrgeizige Leistungserbringerin

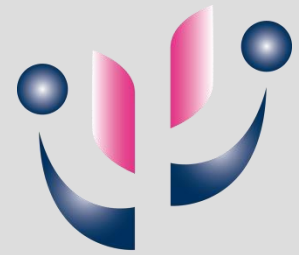
- Ambivalentes Verhältnis zur Mutter

- Verlust der Mutter als auslösendes Ereignis



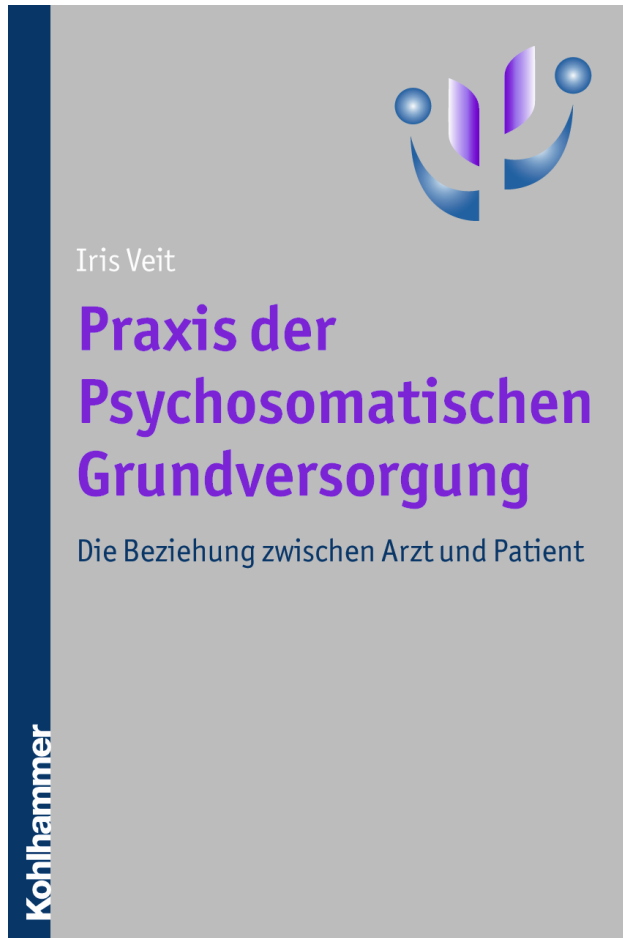
Take-home-message

- Keine Einbildung-Schmerzerleben und Motilität sind verändert
- Zurückhaltend endoskopische Diagnostik veranlassen-notwendig bei Alarmsymptomen



Take-home-message

- Eine psychosoziale Anamnese vor der Ausschlussdiagnostik erheben
- Sowohl psychosoziale als auch somatische Aspekte in Diagnostik und Therapie bedenken
- Regelmäßige, beschwerdeunabhängige Termine vereinbaren



Viele weitere
hilfreiche
Informationen und
Interventionen zu
funktionellen
Störungen finden Sie
im Buch der Mit-
Autorin Iris Veit