



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Das individuelle Erleben, die Bewältigung des Alltags
und der Einfluss auf die Familien bei Reizdarmsyndrom-
Betroffenen“

Verfasserin

Marlena Novak

angestrebter akademischer Grad

Magistra

Wien, im April 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Pflegewissenschaft

Betreuerin:

Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Seidl

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Wien, im April 2011

Marlena Novak

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung.....	5
Abstract	6
Danksagung	7
I Einleitung	8
II Theoretischer Teil.....	10
1 Chronische Krankheit.....	10
1.1 Begriffsdefinitionen	10
1.2 Ursachen für die Chronizität	11
1.3 Auswirkungen chronischer Krankheiten.....	11
1.4 Pflegemodell „Chronische Krankheiten“ nach Corbin und Strauss	12
2 Reizdarmsyndrom.....	15
2.1 Definition.....	15
2.2 Symptomatik.....	15
2.3 Epidemiologie	17
2.4 Pathogenese.....	17
2.5 Diagnostik	20
3 Therapie und Behandlung.....	24
3.1 Allgemeinmaßnahmen.....	24
3.2 Medikamentöse Therapie	24
3.3 Psychotherapeutische Maßnahmen	27
3.4 Alternative Therapiemöglichkeiten.....	28
4 Leben mit Reizdarmsyndrom	29
4.1 Einfluss der Erkrankung auf die Lebensqualität.....	29
4.2 Einfluss auf Familie und Freunde	30
4.3 Einfluss auf den Beruf.....	32
4.4 Hoffnung auf Heilung?	33
III Empirischer Teil.....	34
1 Methodik und Vorgangsweise	34
1.1 Forschungsfragen.....	34
1.2 Methode der Datenerhebung.....	34

1.3	Vorgangsweise der Datenerhebung	35
1.4	Methode der Datenauswertung.....	36
1.5	Ethische Aspekte	37
2	Ergebnisse und Interpretationen.....	40
2.1	Konzept	40
2.2	Kategorien	41
2.2.1	Beeinträchtigungen.....	41
2.2.1.1	Körperliches Leid	41
2.2.1.2	Emotionaler Schmerz.....	45
2.2.1.3	Einfluss von Stress	50
2.2.2	Erfahrungen.....	53
2.2.2.1	Verzichte	54
2.2.2.2	Scham.....	70
2.2.2.3	Soziale Isolation.....	72
2.2.3	Bewältigung	73
2.2.3.1	Untersuchungen/Therapien.....	73
2.2.3.2	Individuelle Strategien.....	77
2.2.3.3	Kindheit.....	82
2.2.3.4	Fehlendes Vertrauen in Ärzte	86
2.2.3.5	Hoffnung vs. Verzweiflung	92
3	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	94
3.1	Zusammenfassung	94
3.2	Beantwortung meiner Forschungsfragen.....	94
3.3	Schlussfolgerungen	95
3.4	Forderungen an das Gesundheitswesen	96
3.5	Empfehlungen für die Pflegepraxis	96
IV	Literaturverzeichnis.....	98
V	Anhang	101
1	Interviewleitfaden.....	101
2	Curriculum Vitae	103

Kurzfassung

Ausgangslage: Dem Phänomen des Erlebens des Reizdarmsyndroms, sowie der Unterstützung durch die Familien und den individuellen Bewältigungsstrategien von Reizdarmsyndrombetroffenen wurde in der bisherigen medizinischen sowie pflegewissenschaftlichen Forschung nur wenig nachgegangen. Das Erleben dieser Erkrankung hat weitläufige Konsequenzen für Betroffene und führt zu vielen Einbußen im privaten, sowie beruflichen Leben.

Ziel dieser Diplomarbeit ist es aufzuzeigen, wie das Reizdarmsyndrom von einzelnen Betroffenen erlebt wird und zu welchen Lebensqualitätseinschränkungen es führt. Sie soll zu einem besseren Verständnis der Betroffenen beitragen. Weiters soll sie auch den Einfluss auf das familiäre Umfeld veranschaulichen. Der dritte wesentliche Aspekt dieser Arbeit ist, individuell entwickelte Bewältigungsstrategien von einzelnen Betroffenen aufzeigen, die anderen in ihrer Krankheitsbewältigung eventuell hilfreich sein könnten.

Methodologie: Es wurde ein qualitativer Forschungsansatz gewählt, welcher 4 Interviews beinhaltet. Anschließend wurden die Interviews mittels Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Ausgewertet wurden die Daten mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring.

Ergebnisse: Das Reizdarmsyndrom nimmt einen starken Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden, die Psyche, sowie das soziale Umfeld von Betroffenen. Patienten sind gezwungen Hobbies aufzugeben, auf Reisen und beruflichem Aufstieg zu verzichten und kämpfen mit ständigem Unverständnis und Rücksichtslosigkeit von Seiten der Familie und Gesellschaft. Betroffene leiden viel, sind aber Experten der Erkrankung und Meister der Bewältigung.

Schlussfolgerung: Das Gesundheitswesen wendet dem Reizdarmsyndrom zu wenig Aufmerksamkeit und Bedeutung zu. Öffentliche Kommunikation zu diesem Thema ist notwendig um eine Enttabuisierung der Krankheit zu erzielen. Es herrscht viel Handlungsbedarf in der kompetenten und umfassenden Unterstützung von Betroffenen.

Abstract

Initial position: So far medical and nursing theoretical research has only done little to pursue the phenomenon of experiencing irritable bowel syndrome, to look into the support provided by families as well as the individual coping strategies of the effected patients.

The experience of this disorder has ample/extensive consequences and leads to a lot of losses in the patients' private and professional lives.

Objective: The goal of this diploma thesis is to demonstrate how individual patients experience irritable bowel syndrome and to point out how their quality of life is constricted by the disease. The purpose of this paper is to contribute to a better understanding of the effected patients. In addition, the influence on the family environment shall be illustrated. The third essential aspect of this thesis is to show the developed coping strategies of individual patients, which may be helpful to others in dealing with their disorder.

Methodology: A qualitative (research) approach, which contains four interviews, was chosen for this thesis. Subsequently the interviews were transcribed by using an audiotape. The data was evaluated by use of Mayring's qualitative content analysis.

Results: Irritable bowel syndrome has a grave influence on the patients' physical well-being, on their psyche and their social environment. Effected people are forced to give up hobbies, to abstain from travelling, abandon career prospects and they are continuously confronted with the publics' as well as their family's lack of understanding and inconsiderateness. IBS patients suffer a lot, yet they are experts of the disease and masters of coping.

Conclusion: The public health service does not give enough attention and meaning to irritable bowel syndrome. Public communication concerning this topic is necessary to remove the stigma of this disorder. A lot of actions will have to be taken to ensure qualified and extensive support of the patients.

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Fr. Prof. Dr. Seidl, die sich bereit erklärt hat meine Diplomarbeit zu betreuen und mir stets mit wertvollen Ratschlägen zur Seite stand.

Weiters möchte ich mich recht herzlich bei Fr. Strimitzer, Leiterin der Selbsthilfegruppe Reizdarmsyndrom, für die Vermittlung meiner Interviewpersonen bedanken. Ihnen möchte ich auch ein großes Dankeschön aussprechen, denn auf Grund ihrer Teilnahme am Gespräch konnte diese Arbeit entstehen.

Mein größter Dank geht an meine Familie - meinen Mann DI (FH) Stefan Novak und meine Tochter Anastasia. Sie sind die Quelle meiner Motivationen. Ihre Liebe gab mir auch in schwierigen Zeiten die Kraft weiterzumachen und nicht aufzugeben. Meinem Mann danke ich weiters für die tatkräftige Unterstützung beim Korrekturlesen und den technischen Schwierigkeiten mit dem Computer.

Weiters möchte ich mich selbstverständlich noch bei meinen Eltern, Mag. Beata und Wieslaw Kulbieda bedanken, sowie bei meiner Schwester Linda Kulbieda. Durch ihre Unterstützung beim Aufpassen meiner Tochter hatte ich Zeit diese Arbeit zu verfassen.

I Einleitung

Die hier vorgestellte Arbeit trägt den Titel:

„Das individuelle Erleben, die Bewältigung des Alltags und der Einfluss auf die Familien bei Reizdarmsyndrom- Betroffenen“.

Diese Diplomarbeit befasst sich mit der chronischen Krankheit Reizdarmsyndrom, von der immer mehr Menschen betroffen sind und die dadurch ein zentrales Interesse in der Gesundheitsforschung darstellt.

Chronische Krankheiten begleiten Menschen über einen langen Zeitraum ihres Lebens. Auf Grund unterschiedlicher Symptomatik entstehen vielfältige Belastungen. Fakt jedoch ist, dass Schmerzen, in symptomreichen Phasen, zu täglichen Begleitern im Leben werden und dadurch die Lebensqualität der Betroffenen stark beeinflussen und zu vielen alltäglichen Einschränkungen führen können.

Diese Arbeit soll drei wesentliche Aspekte behandeln. Einerseits soll sie einen Einblick in die Symptomatik des Reizdarmsyndroms geben und aufzeigen, wie einzelne Betroffene mit dieser chronischen Krankheit im täglichen Leben zu Recht kommen. Sie soll aufzeigen, wie Betroffene das Reizdarmsyndrom individuell erleben und erläutern ob die Krankheit einen Einschnitt in ihre Lebensqualität darstellt. Außerdem soll sie aufzeigen welche weitläufigen Konsequenzen die Krankheit beinhaltet und erläutern, ob und welchen Einfluss sie auf die Familie und Angehörige nimmt. Der dritte und letzte wesentliche Punkt meiner Arbeit beschreibt, welche Einschränkungen die Erkrankung im Lebensalltag mit sich bringt und welche individuellen Bewältigungsstrategien ReizdarmpatientInnen im Umgang damit entwickelt haben.

Die Thematik „chronische Krankheit“ rückte in den letzten Jahren immer mehr in den Vordergrund des Interesses im Gesundheitssystem. Auch wenn die vergangenen Jahrzehnte große Fortschritte in der Schulmedizin mit sich brachten, sind die Ursachen und die genaue Wirkungsweise vieler Krankheiten oft noch nicht zur

Gänze erforscht, beziehungsweise ist häufig noch keine passende Therapie gefunden worden, um einen endgültigen Behandlungserfolg erzielen zu können.

Das Reizdarmsyndrom ist eine dieser chronischen Krankheiten, die durch ihre Symptomvielfalt und Ursachen bis heute Gegenstand laufender Forschung ist. Da jedoch bis jetzt noch keine endgültig wirksame, beziehungsweise für jeden einzelnen Patienten zufriedenstellende Therapie in Aussicht ist, ist es wichtig festzuhalten wie Patienten mit dem Reizdarmsyndrom ihren Alltag bewältigen um daraus Erkenntnisse zu gewinnen, die anderen Betroffenen helfen könnten (vgl. Probst, 2001).

Mein persönliches Interesse für dieses Thema liegt darin begründet, dass ich selbst seit 2 Jahren an einer Laktoseintoleranz leide und auf Grund meiner gesteigerten Sensibilität in Fragen der gastrointestinalen Beschwerden verstärkt gemerkt habe, dass Stresssituationen, wie beispielsweise Prüfungen, auf mein körperliches Wohlbefinden, insbesondere den Magen- Darm- Trakt, Einfluss nehmen. Außerdem ist mir aufgefallen, dass viele Menschen in meinem Freundes- und Bekanntenkreis, ähnliche Beschwerden aufweisen. Ein weiterer, für mich sehr interessanter Grund, mich diesem Thema näher zu widmen ist, dass scheinbar speziell Frauen mit dem Reizdarmsyndrom zu kämpfen haben. Diesen von mir subjektiv erlebten Eindruck fühlte ich bestätigt, als mir eine Ärztin, mit fachlichem Schwerpunkt Reizdarmsyndrom, erzählte, dass sich in ihrer Therapiegruppe vorwiegend Frauen befinden.

All diese Gründe machen das Reizdarmsyndrom zu einem für mich sehr interessanten Thema einer Diplomarbeit, von der ich mir erhoffe, dass sie einen weiteren Beitrag zum aktuellen Stand der Forschung auf diesem Gebiet liefert.

Das Ziel dieser Diplomarbeit besteht einerseits darin, aufzuzeigen, wie einzelne Betroffene den Alltag mit der chronischen Krankheit erleben und mit welchen Belastungen diese zu kämpfen haben, um einen Beitrag zum besseren Verständnis des Erlebens des Reizdarmsyndroms zu leisten. Andererseits soll diese Arbeit auch individuelle Bewältigungsstrategien veranschaulichen, sodass die gewonnenen Erkenntnisse dieser Arbeit, Betroffenen als Anregung dienen ihren eigenen Alltag beschwerdefreier gestalten zu können.

II Theoretischer Teil

1 Chronische Krankheit

1.1 Begriffsdefinitionen

Chronische Krankheit zu definieren ist von besonderer Schwierigkeit, da der Begriff ein sehr komplexer ist. Interessanterweise herrscht in der Pflege keine genaue Definition dieses Wortes (vgl. Lubkin, 2002). Die ursprüngliche Definition stammt von der „Comission of Chronic Illness“ definiert, welcher besagt, dass darunter „alle Schädigungen oder Abweichungen vom Normalzustand“ zu verstehen sind, „welche eines oder mehrere folgende Merkmale aufweisen: Dauerhaftigkeit, zurückbleibende Behinderung, irreversible pathologische Veränderung, Notwendigkeit der Rehabilitation oder langfristige Überwachung, Beobachtung oder Pflege“ (Lubkin, 2002, S.23).

Aufgrund der Tatsache, dass chronische Krankheiten oftmals multiple Bedingungsfaktoren aufweisen, welche sich Jahrelang anhäufen, bis sie sich zu deutlich erkennbaren Symptomen entwickeln, ist es schwierig den konkreten Ursprung zu ergründen, was weiters zu Hindernissen im Erarbeiten der Definition führt (vgl. Lubkin, 2002).

Chronische Krankheiten wirken auf den Körper, das soziale Umfeld und auf die Psyche des Betroffenen und nehmen dadurch Einfluss auf viele Lebensumstände (vgl. Lorenz-Krause et al., 2002). Sie sind umfassend, langfristig und irreversibel (vgl. Locker, 2003). Ein wesentliches Ziel bei der Behandlung chronischer Erkrankungen ist die Stabilisierung des Gesundheitszustandes, sowie die Symptombewältigung, nicht aber die Genesung. Es soll eine bestmögliche Lebensqualität trotz Krankheit zu erreicht werden (vgl. Locker, 2003).

An einer chronischen Krankheit zu leiden bedeutet für Betroffene, bestehende Alltagsstrukturen gezwungenerweise ändern zu müssen (vgl. Bury 2009). Weiters

sind PatientInnen einem ständigen Perspektivenwechsel zwischen gesund und krank sein unterworfen, was bedeutet, dass sie sich gleichzeitig als gesund und krank erleben müssen (vgl. Schaeffer 2009). Die Herausforderung darin besteht, sich einerseits dem Kranksein anzunehmen und andererseits die Perspektive des Gesundseins nicht außer Acht zu lassen (vgl. Zaumseil, 2000).

Von Heilung wird gegenüber chronisch Kranken selten gesprochen, weil viele dies als zu früh ansehen, erstrebt wird der richtige Umgang mit der Krankheit (vgl. Zaumseil, 2000).

Eine chronische Krankheit kann man auf zwei Arten betrachten, einerseits mit einer positiven, andererseits mit einer negativen Betrachtungsweise. Positiv wäre der Aspekt, dass es ein Zustand der Weiterentwicklung eines Patienten, der Familie und der Bevölkerung ist. Negativ betrachtet, ist ein Versagen der vollständigen Wiederherstellung von Gesundheit (vgl. Lubkin, 2002).

1.2 Ursachen für die Chronizität

Der medizinische Fortschritt ist ein großer Faktor für die zunehmende Anzahl an chronisch Kranken in der Bevölkerung. Auf Grund der sinkenden Sterblichkeitsrate bei akuten Erkrankungen verlängert sich die Lebenserwartung der Betroffenen. Durch die Entwicklung lebensrettender und lebenserhaltender Maschinen wird die Lebenserwartung zwar erhöht, führt aber gleichzeitig zu einer Abhängigkeit. Länger leben bedeutet zugleich ein höheres Unfallrisiko und größere Anfälligkeit für Erkrankungen, welche weiters chronisch enden können. Aus diesen Gründen kann man heute schon sagen, dass die Anzahl an chronisch Kranken stetig steigen wird. Ein Beispiel dafür ist die Krankheit HIV. Früher galt eine HIV- Infektion als akute und terminale Krankheit, heutzutage zählt sie zu den chronischen Erkrankung (vgl. Lubkin 2002).

1.3 Auswirkungen chronischer Krankheiten

Das Wissen der Betroffenen, dass sie an einer chronischen gesundheitlichen Disposition leiden, wirkt sich regelmäßig von Neuem aus und wirkt in zyklischen

Abständen auf soziale, physische, psychisch und ökonomische Lebensaspekte der Betroffenen. Die körperlichen Unzulänglichkeiten führen zu einer Veränderung des psychischen Wohlbefindens, welche Einfluss auf die Lebensbewältigung nimmt. Zu dem größten, sich entwickelndem Problem zählen Stresssituation innerhalb der Familie, Belastungen in der Partnerschaft und soziale Isolation. Weitere unvermeidbare Konflikte ergeben sich aus dem Problem „nach Unabhängigkeit streben“ und der erzwungenen Abhängigkeit auf Grund der Erkrankung. Das erschütterte Selbstbild, häufig auch finanzielle Probleme sowie die vorhandene Todesangst sind weitere Merkmale welche Auswirkung auf das psychische Wohlbefinden nehmen. Wie jeder Betroffene mit der Diagnose „chronische Krankheit“ lebt, hängt sehr stark mit den Vorerfahrungen aus anderen Krisensituationen zusammen, sowie den persönlichen Stärken und Schwächen (vgl. Lubkin 2002).

1.4 Pflegemodell „Chronische Krankheiten“ nach Corbin und Strauss

Das Pflegemodell nach Corbin und Strauss basiert auf dem grundlegenden Gedanken, dass chronische Krankheiten einen bestimmten Verlauf aufweisen, welcher im Lauf der Zeit Schwankungen unterworfen ist. Dieser Krankheitsverlauf kann von Betroffenen beeinflusst beziehungsweise gesteuert werden. Krankheit und Behandlungstechnik haben einen großen Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden und wirken auf die Identität des Betroffenen sowie auf seine alltäglichen Tätigkeiten aus.

Die Basis des Pflegemodells bildet folgender grundlegender Gedanke: *Jede chronische Krankheit verläuft individuell und in zahlreichen Stadien:*

- Phase vor dem Auftreten der Symptome
- Diagnostische Phase
- Akute Phase
- Kritische Phase
- Stabile Phase
- Instabile Phase
- Genesungsphase

- Abwärtsverlaufende Phase / Verfall
- Sterbephase

Corbin und Strass entwickelten das Schema der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve, welches einen Behandlungsplan für die chronische Krankheit des jeweiligen Patienten erzielen soll. In erster Linie soll der Krankheitsverlauf gestaltet werden, sodass der Patient einen Überblick erhält. Zunächst wäre es erstrebenswert mögliche Bewältigungen zu entwickeln um eintreffende Symptome unter Kontrolle zu halten. Weiters soll der Patient/ die Patientin Behinderungen erkennen und diese bestmöglich in den Griff bekommen. Um einen für den/die Patienten/in zufriedenem Erfolg erzielen zu können, ist die Zusammenarbeit zwischen PatientInnen, Angehörigen und Pflegekräften von Nöten.

Das Schema der Pflege- und Krankheitsverlaufskurve dient als Richtlinie zur Orientierung, umfasst wichtige Aspekte der Erkrankung, wie beispielsweise die Symptome, die Biografie des Betroffenen oder den medizinischen Behandlungsplan und ist weiters bedeutsam um den Fortgang der Erkrankung sichtbar zu machen.

Gewisse Umstände, welche Einfluss auf die Behandlung nehmen könnten sind beispielsweise die Art, Anzahl und Dauer der Behandlungstechniken sowie die Anzahl an Nebenwirkungen. Fehlende Ressourcen wie der Mangel an Pflegekräften, Wissen, Geld, Informationen, Unterstützung und auch Zeit können weiters negativen Einfluss nehmen.

Das Ziel der Pflege- und Verlaufskurve besteht im gelungenen Krankheitsmanagement. Erstrebenswert wäre es den Krankheitsverlauf des chronisch kranken Patienten mit all seinen Stadien darzustellen um die bestmögliche Therapie gewährleisten zu können und somit das individuelle Optimum an Lebensqualität, trotz Krankheit, gewährleisten zu können. Dazu gehört:

- das Erlernen der eigenständigen Kontrolle von Symptomen und Nebenwirkungen
- das Bewältigen von Krisen
- die Vermeidung von Komplikationen
- sowie der Umgang mit Behinderungen

Die Durchführung verläuft in folgenden 5 Schritten:

1. Festsetzen von Zielen (dazu gehört das Assessment des Patienten und seiner Familie)
2. Faktoren bestimmen, welche Einfluss auf die Behandlung nehmen könnten (zum Beispiel mangelnde Ressourcen)
3. Interventionsschwerpunkte festsetzen
4. Durchführung der geplanten Pflegeinterventionen
5. Evaluation der Effektivität der Pflegeinterventionen, um Erfolge oder Misserfolge festzustellen (vgl. Corbin und Strass 1998)

2 Reizdarmsyndrom

2.1 Definition

Das Reizdarmsyndrom, welches auch als nervöser Darm oder im Englischen als „Irritable Bowel Syndrome“ bezeichnet wird, zählt zu den bekanntesten gastrointestinalen Erkrankungen. Es gehört zu den funktionellen Magen- Darm-Erkrankungen, welche durch eine meist charakteristische Symptomkonstellation bei fehlendem Nachweis biochemischer oder struktureller Normabweichungen unter Verwendung routinemäßig verfügbarer Untersuchungsverfahren gekennzeichnet ist. Die Beschwerdesymptomatik des Reizdarmsyndroms ähnelt stark einer Befindlichkeitsstörung.

Von einer Befindlichkeitsstörung spricht man, wenn Beschwerden leicht und kurzfristig flüchtig sind und nur gelegentlich oder oft situativ bedingt, zum Beispiel auf Grund von Stress oder Ernährungsfehler auftreten und damit die Lebensqualität der Betroffenen nur wenig beeinflussen. Ein weiteres Merkmal der Befindlichkeitsstörung ist, dass diese auf symptomatische Therapiemaßnahmen sehr gut anspricht.

Das Reizdarmsyndrom ist gekennzeichnet durch mittelschwere bis sehr starke Beschwerden, welche längerfristig rezidivieren oder chronisch persistieren. Weiters treten die Symptome meist unabhängig von äußeren Faktoren auf und beeinflussen die Lebensqualität in einem hohen Maß. Ein weiteres Kennzeichen für das Bestehen dieser chronischen Krankheit ist, dass diese auf symptomatische Behandlungsmaßnahmen kaum anspricht (vgl. Hotz et. al., 1999). Ein sehr wichtiges Kriterium zur IBS- Diagnostik ist jenes Faktum, dass eine organische Erkrankung, zum Beispiel eine Darmentzündung, ein Polyp oder Karzinom ausgeschlossen ist (vgl. Heaton und Thompson, 1999).

2.2 Symptomatik

Beim „Irritable Bowel Syndrom“ stehen folgende Symptome im Vordergrund:

- Bauchschmerzen
- Unterschiedliche Darmgewohnheiten (Diarrhöe, Obstipation)

- Meteorismus
- Flatulenz
- das Gefühl der unvollständigen Darmentleerung
- schleimiger Stuhl

Wichtig zu erwähnen ist hierbei, dass das Gefühl der unvollständigen Darmentleerung und schleimiger Stuhl oft abwechselnd auftreten können. Weiters ist es keine Seltenheit, dass mehrere Symptome gleichzeitig an einem Tag auftreten.

In den letzten Jahren beschäftigten sich immer mehr Wissenschaftler mit dem Erkrankungsbild des Reizdarmsyndroms und entwickelten die **ROME II**- Kriterien des RDS:

Diese Kriterien besagen, dass PatientInnen mindestens 12 Wochen in den letzten 12 Monaten unter abdominellen Schmerzen oder Unwohlsein im Abdomen leiden.

Verminderter Stuhlgang, veränderte Stuhlfrequenz oder veränderte Stuhlkonsistenz sind weitere Merkmale der Erkrankung, wovon mindestens zwei zutreffen müssen.

Zu einer Diagnosesicherung des Reizdarmes müssen Patienten außerdem eine veränderte Stuhlform, Schleimbeimengungen, Blähungen oder eine veränderter Defäkation, mit dem Gefühl der unvollständigen Darmentleerung, aufweisen

Laut ROME II teilt man das Reizdarmsyndrom in 3 Untergruppen ein, je nachdem welches Symptom vorherrschend ist:

- diarrhoebetontes RDS, welches gekennzeichnet ist durch mindestens 3 Stuhlgänge täglich und/oder weicher Stuhlkonsistenz und/oder ständigen Stuhldrang
- obstipationsbetontes RDS, welches sich durch weniger als 3 Stühle in der Woche bemerkbar macht und/oder harte Stuhlkonsistenz und/oder mühsamen Stuhldrang mit sich bringt
- schmerzbetontes RDS

Von Bedeutung ist hierbei, dass man berücksichtigen muss, dass viele PatientInnen alle 3 Formen, allerdings zu unterschiedlichen Zeiten, aufweisen können (vgl. Probst et. al., 2001).

2.3 Epidemiologie

Das Reizdarmsyndrom ist eine weltweit verbreitete Krankheit, der Anteil an betroffenen ReizdarmpatientInnen in Österreich liegt mittlerweile bei 10 bis 20 Prozent der Bevölkerung (vgl. Hammer, 2000).

International gesehen ist das Irritable Bowel Syndrome Grund für 40 – 60 % der Zuweisungen beim Gastroenterologen. Das Geschlechtsverhältnis, männlich zu weiblich, entspricht etwa 1:1,1 bis 1:2,6. Man weiß weiters, dass nur 20% der Betroffenen einen Arzt/ eine Ärztin aufsuchen (vgl. Probst et. al., 2001).

Die Konsultierung eines Arztes hängt von der Schwere der Symptome, vor der Angst der Erkrankung sowie der Einschränkung in der Lebensqualität ab (vgl. Hotz und Madisch, 2001).

Bei Patienten mit RDS gibt es keine Unterschiede in der Höhe der Lebenserwartung gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Aufgrund der erheblichen und langfristigen Einschränkung der Lebensqualität ergibt sich der hohe Stellenwert einer konsequenten Diagnostik und Therapie (vgl. Hotz et. al., 1999).

2.4 Pathogenese

Die Ätiologie dieser Krankheit ist bisher weitgehend ungeklärt, man weiß heutzutage jedoch, dass Veränderungen der Motilität, Immunreaktionen, sowieso psychische Faktoren Einfluss darauf haben (vgl. Probst et. al., 2001).

Motilitätstörungen

Anfang der fünfziger Jahre haben Wissenschaftler begonnen nach einer Ursache für die Entstehung des Reizdarmsyndroms zu suchen. Eine Darmmotilitätsstörung wurde als eine Ursache der Erkrankung bei den PatientInnen nachgewiesen (vgl. Kruis und Rebstock, 2001).

Viele Betroffene weisen eine verzögerte oder beschleunigte Darmpassage auf, weshalb Stuhlgänge oft unregelmäßig auftreten (vgl. Heaten und Thompson, 1999).

Gestörte viszerale Sensibilität

Untersuchungen, bei denen man mit Hilfe eines Ballons die unteren Darmabschnitte gedehnt hat, haben gezeigt, dass PatientInnen welche am RDS leiden, früher mit Schmerzen darauf reagieren als gesunde Personen. Dieses Phänomen ist mit Veränderungen des zentralen Nervensystems verknüpft (vgl. Kruis und Rebstock, 2001).

Psychosomatische und psychische Störungen

20- 30 % der Betroffenen, verglichen mit 10 % der Normalbevölkerung, geben sexuellen oder körperlichen Missbrauch in der Kindheit und Adoleszenz an. Die meisten RDS- PatientInnen weisen keine schwerwiegende psychiatrische Störung auf. Weiters gilt als bewiesen, dass IBS- PatientInnen, verglichen mit gesunden Menschen häufiger unter Beziehungsstörungen, Schlafstörungen, Angst oder Depressionen, leiden (vgl. Probst et. al, 2001). RDS-Patienten weisen vermehrt abnormale Persönlichkeitsmerkmale auf, welche im Vergleich zu anderen chronischen Krankheiten nicht spezifisch sind, dies könnte darauf hindeuten, dass eine psychische Prädisposition die Entstehung des Reizdarmsyndroms begünstigt (vgl. Layer, 2000).

Erkrankte weisen häufig einen hohen Leidensdruck und eine besonders negative Interpretation ihrer physischen Beschwerden auf. Oftmals entwickeln RDS-Betroffene ein gestörtes Krankheitsverhalten, welches dazu führt, dass sie häufiger professionelle Unterstützung in medizinischen Einrichtungen suchen und sich vermehrt operativen Eingriffen unterziehen. Wichtig ist zu erwähnen, dass diese psychosozialen Auffälligkeiten nicht die Ursache der Entstehung dieser Krankheit sind, aber durchaus die Symptomwahrnehmung, das Krankheitsverhalten und den damit verbundenen Krankheitsverlauf beeinflussen können (vgl. Probst et. al, 2001). In der Bevölkerung ist die Meinung vertreten, dass Stress eine der Ursachen für die Entwicklung der chronischen Krankheit Reizdarmsyndrom ist, allerdings ist dies unwahrscheinlich. Es ist jedoch bewiesen, dass Alltagsbelastungen sowie diverse Lebensereignisse die Beschwerden verstärken oder auslösen können (vgl. Hotz, 2001).

Bakterielle Darminfektionen

Die Entstehung des Reizdarmsyndroms kann auf Grund einer in der Vergangenheit durchlittenen bakteriellen Infektion im Darm begünstigt werden (vgl. Hotz 2001). Laut Thabane (2009) liegt die Wahrscheinlichkeit dafür bei 5 bis 32 Prozent.

Eine retrospektive Studie, bei welcher 386 PatientInnen teilgenommen haben, die 6 Monate zuvor an einer Darminfektion gelitten haben, zeigte, dass bei einem Viertel davon Symptome auftraten, welche mit dem Reizdarmsyndrom vergleichbar sind. Weiters wurde festgestellt, dass PatientInnen, welche nach einer akuten Darminfektion ein Reizdarmsyndrom entwickelten, sehr bald psychopathologische Veränderungen aufwiesen (vgl. Hotz 2001).

Ernährungsfaktoren

Heutzutage weiß man, dass die Ernährung einen Einfluss auf die Entstehung des Reizdarmsyndroms und dessen Symptome nimmt.

Ernährungsfehler, wie beispielsweise ein zu geringer Ballaststoffgehalt im Speiseplan, können Beschwerden begünstigen (vgl. Heaton, Thompson 1999). Betroffene ReizdarmpatientInnen neigen oft dazu, bestimmte Nahrungsmittel zu meiden, wobei hauptsächlich kohlenhydrathaltige oder fette Speisen vom Ernährungsplan gestrichen werden (vgl. Simrén et. Al., 2001). Nahrungsmittelunverträglichkeiten, wie Intoleranzen oder Allergien sind als Ursache der Entstehung der Krankheit schwer zu beweisen, jedoch kann man sagen, dass diese Folgeerscheinungen der Krankheit darstellen. Oftmals führt die Nahrungszufuhr, vor allem aber die Zufuhr großer Nahrungsmengen, zum Entstehen der jeweiligen IBS- Symptome (vgl. Heaton, Thompson 1999).

2.5 Diagnostik

Die Diagnosestellung des Reizdarmsyndroms erfolgte jahrelang als Ausschluss anderer Erkrankungen (vgl. Kruis, Rebstock, 2001). Heutzutage basiert die Erfassung der Erkrankung auf zwei wesentlichen Merkmalen:

- Ermittlung des Symptommusters nach den ROME II- Kriterien
- Ausschluss relevanter Differentialdiagnosen

Wichtig hierbei anzumerken wäre, dass wiederholte diagnostische Methoden, auf Grund gleichbleibender Symptomatik vermieden werden sollten (vgl. Probst et. Al., 2001).

„Eine Diagnosesicherung sollte so früh wie möglich, aber mit minimalem apparativen und finanziellen Aufwand erreicht werden“ (Zitat: Hotz J., Enck P., Goebek H., Heymann- Mönnikes I., Holtmann G., Layer P. (1999): Konsensusbericht: Reizdarmsyndrom- Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. In: Zeitschrift für Gastroenterologie, 37; S.689).

Aus diesem Grund ist es von großer Bedeutung, neben den grundlegenden Vorgehensweisen zur Sicherstellung der Diagnosestellung, individuelle problemorientierte Diagnostik hinzuzunehmen (vgl. Hotz et. al., 1999).

Anamnese

Das Erfragen der typischen Symptome, anhand der bereits auf Seite 13 erwähnten ROME II- Kriterien, ist Basis für die Diagnosestellung.

Abdominale Schmerzen, welche immer wiederkehrend sind und mit beschwerdefreien Phasen wechseln, sind charakteristisch für das Irritable Bowel Syndrom (vgl. Hotz, 1999). Diese Beschwerden sind oftmals krampfartig und für den Patienten, beziehungsweise die Patientin, schwer zu lokalisieren (vgl. Probst et. al., 2001).

Heaton und Thompson (1999) vertreten die Meinung, dass sich der Schmerz nicht nur auf das Abdomen beschränken muss, sondern von den Brustwarzen bis zu den

Hüften ausstrahlen kann. Ein typisches Kennzeichen, welches für das RDS spricht, wäre jenes, dass sich die Stuhlentleerung positiv auf das Wohlbefinden des Patienten auswirkt (vgl. Heaton, Thompson, 1999).

Neben den typischen Symptomen sind der Beginn der Erkrankung, Operationen, Medikamente, frühere und aktuelle Beschwerden zu erfragen. Das soziale Umfeld sollte der Arzt/ die Ärztin nicht außer Acht lassen, zu dem Beruf, Freunde und Freizeit gehören (vgl. Kruis, Rebstöckl, 2001).

Probst et. al. (2001) messen den „Alarmsymptomen, die gegen ein RDS sprechen“ eine große Bedeutung zu. Diesen näher auf den Grund zu gehen, sei besonders wichtig. Es handelt sich hierbei um folgende Symptome:

- „Gewichtsverlust
- Fieber
- Blut im Stuhl
- Monotones, aber progredientes Beschwerdebild
- Beginn jenseits des 50. Lebensjahres
- Störung der Nachtruhe durch die Diarrhöe“ (Probst et. al., 2001, S3)

Während des Gespräches sollte der Arzt oder die Ärztin ein Augenmerk auf die psychosozialen Komponenten legen. Depressionen, psychische Störungen oder Ängste können als Auslöser der Symptome fungieren. Empfehlenswert ist das Führen eines sogenannten Symptomtagebuches. Darin sollen aktuelle Ereignisse, welche zu Beschwerden führen, Ängste, Arztkonsultationen sowie Krankheitstheorien notiert werden. Bei Frauen erkennt man weiters, ob der Menstruationszyklus Einfluss auf die Erkrankung hat, wenn die Aufzeichnungen über mehr als vier Wochen geführt werden (vgl. Probst et. al., 2001).

Wichtig für ein erfolgreiches Anamnesegespräch ist, dass die Patienten lernen ohne Scheu über seinen Stuhlgang zu sprechen (vgl. Heaton, Thompson 1999).

Körperliche Untersuchung

Die körperliche Untersuchung dient dem Ausschluss organischer Erkrankungen (vgl. Probst et. al., 2001). Eine sorgfältige körperliche Untersuchung zeigt den

PatientInnen, dass ihre Beschwerden ernst genommen werden und diesen auf den Grund gegangen wird. Dies ist eine wichtige Voraussetzung für ein vertrautes Verhältnis zwischen dem Patienten/ der Patientin und dem Arzt/der Ärztin (vgl. Kruis, Rebstock, 2001). Hotz et al. (1999) berichten über folgende Befunde, welche bei Reizdarmpatienten oft beobachtet werden:

- Druckschmerz, vor allem im linken Oberbauch
- Tastbares und bei Palpation schmerzhaftes Sigma
- Narben auf Grund von vorangegangener Operationen (beispielsweise Appendektomie)
- Erneuter Schmerz bei endoskopisch eingeführter Luft ins Rektum

Labor

Die Basisuntersuchung des Labors umfasst Blutbild, BSG und das C-reaktive Protein (CRP). Bei PatientInnen mit häufiger Diarrhöe ist es von besonderer Bedeutung die Elektrolyte, die Leber- und Pankreasenzyme, das TSH sowie weiters den Blutzucker zu bestimmen (vgl. Hotz et al. 1999). Außerdem ist eine Stuhluntersuchung durchzuführen um eventuelle bakterielle oder parasitäre Erreger auszuschließen (vgl. Probst et. al., 2001). Weiters wäre ein Urinstatus sowie ein Stuhltest auf okkultes Blut für jene PatientInnen indiziert, bei denen keine komplette Koloskopie vorgenommen werden kann (vgl. Hotz et al. 1999).

Diese laborchemischen Untersuchungen bilden die Grundlage des diagnostischen Verfahrens und sind abhängig vom Alter der PatientInnen, vom klinischen Befund und den dominierenden Symptomen. Im Individualfall, werden sie wenn notwendig, durch spezielle Untersuchungen ergänzt, welche zum Beispiel das Bestimmen des Thyreoidea- stimulierenden- Hormons, umfassen (vgl. Drossmann, Whitehead, Camilleri, 1997).

Koloskopie

Die Koloskopie mit einer Biopsie und einer anschließenden rektalen Untersuchung ist eine der wichtigsten differentialdiagnostischen Untersuchungen und dient der Abklärung eines möglicherweise vorhandenen kolorektalen Karzinoms.

Empfehlenswert ist diese Untersuchung ab einem Lebensalter von 40 Jahren. Bei positiver Familienanamnese oder dem Vorhandensein von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa, macht eine Koloskopie in jüngeren Jahren durchaus Sinn (vgl. Probst et. al, 2001).

Spezielle Diagnostik

Bei einer unter Umständen vorhandenen Milchunverträglichkeit, wäre ein Laktosebelastungstest indiziert, dieser schließt das Reizdarmsyndrom allerdings nur dann aus, wenn bei kompletter Laktoseabstinenz die Symptome vollständig wegfallen.

Folgende Erkrankungen haben das gleiche Symptomerscheinungsbild, wie die chronische Krankheit Irritable Bowel Syndrome und gehören im Einzelfall abgeklärt:

- Slow- Transit- Obstipation
- Diverse Beckenbodendysfunktionen
- Chronisch intestinale Pseudoobstruktion (vgl. Hotz et al. 1999).

Kruis und Rebstock (2001) sind der Überzeugung, wenn keine organische Krankheit hinter den Symptomen diagnostiziert werden kann, Zweifel dennoch bestehen bleibt, sollte auf jeden Fall ein Therapieversuch durchgeführt werden. Sollte nach einigen Wochen Therapie keine Besserung erzielt werden können, ist weiterführende, spezielle Diagnostik von Nöten.

3 Therapie und Behandlung

Allgemein ist zu sagen, eine wirksame Therapie ist auf Grund noch fehlender pathogenetischer Kenntnisse nicht möglich (vgl. Hotz et. al., 1999).

Eine sinnvolle Therapie stützt sich laut Hotz et. al. auf drei Säulen:

- den Allgemeinmaßnahmen,
- einer medikamentösen Therapie
- sowie einer psychosomatischen Grundversorgung

3.1 Allgemeinmaßnahmen

In erster Linie ist eine klare Diagnosevermittlung mit Interpretation der Diagnoseergebnisse an den Betroffenen, Grundvoraussetzung für den Therapiebeginn. Dazu gehört weiters eine detaillierte Aufklärung über die Ursachen der Beschwerden, damit sich der behandelnde Arzt oder die behandelnde Ärztin ein Bild über das Krankheitsmodell erstellen kann. Wiederholende Arzt/Ärztin-Patient/Patientin- Gespräche sind Basis für ein stabiles Vertrauensverhältnis. Als kontraproduktiv haben sich wiederholende Diagnostikverfahren erwiesen. Ein wesentliches Merkmal zur Unterstützung der Genesung ist die Förderung der Eigenverantwortung, das Durchführen von erlernbaren Entspannungsübungen sowie allgemeine körperliche Kräftigung mit Hilfe von Sport. Ernährungsberatung, die Identifizierung und der Abbau von Stressfaktoren sind ebenfalls ein wesentlicher Baustein des körperlichen Wohlbefindens. Die hier erwähnten allgemeinen Maßnahmen in Kombination mit unterstützender medikamentöser Therapie zählen laut Hotz et. al (1999) zu den Allgemeinmaßnahmen, welche die erste Säule einer erfolgversprechenden Behandlung von PatientInnen darstellen.

3.2 Medikamentöse Therapie

Für eine erfolgversprechende Therapie ist das Hinzuziehen einer befristeten

medikamentösen Therapie zusätzlich zu den Allgemeinmaßnahmen ratsam (vgl. Layer, 2000). Allerdings ist anzumerken, dass es bis heute noch keine zufriedenstellende medikamentöse Behandlung gibt. Die gegenwärtig auf dem Markt befindlichen Medikamente können einzelne Beschwerden des Reizdarmsyndroms lindern, die Erkrankung allerdings nicht heilen (vgl. Probst et. al., 2001). Hotz et. al. empfehlen die Medikamente symptomorientiert und zeitlich begrenzt einzusetzen.

Die Therapie richtet sich nach den Hauptsymptomen des RDS.

Diese sind Schmerzen im Bauch, Blähungen, unregelmäßiger Stuhlgang mit Wechsel zwischen Obstipation und Diarrhöe, das Leiden an Obstipation oder Diarrhöe.

Die Schwierigkeit eine Entscheidung über eine individuell zutreffende Therapie zu stellen besteht darin, dass die Erkrankung immer noch unterschiedlich definiert wird und sich eine Diagnosesicherung oft als mangelhaft erweist. Die bisherigen Studien stellten sich oft als nicht sehr effizient heraus, auf Grund von hohen Placeboraten, unzufriedenstellend gewähltem Studiendesign oder einer zu kurzen Studiendauer (vgl. Hotz et. al., 2001).

Weiters kann es bei PatientInnen mit psychosomatischen Störungen, die zu Beginn der medikamentösen Therapie sehr gut darauf ansprechen, dazu führen, dass diese ihre zugrunde liegende psychische Erkrankung nicht behandeln. Der Placeboeffekt liegt bei fast 50% der behandelten Patienten, wenn dieser nachlässt kommt es wieder zu zunehmenden Patientenunzufriedenheiten und infolgedessen zu vermehrten Arztbesuchen (vgl. Hotz et. al., 2001).

Je nachdem welches Leitsymptom des Reizdarms vorherrscht, wird die passende medikamentöse Therapie eingeleitet. Es handelt sich hierbei um folgende mögliche Medikamentengruppen:

- Anticholinergika
- Muskelrelaxantien
- Prokinetika
- Antidiarrhoika
- Oberflächenaktive Substanzen: Dimethylpolisiloxan
- Bakterienpräparate
- Phytotherapeutika

- Psychopharmaka
- Antimykotika

Anticholinergika führen zur Abnahme des Tonus der glatten Muskulatur des Magen- Darm- Traktes und erweisen sich als besonders wirksam bei akuter krampfartige Schmerzqualität.

Muskelrelaxantien und Anticholinergika haben einen ähnlichen Wirkmechanismus. Sie üben einen Einfluss auf die glatte gastrointestinale Muskulatur aus und führen zu einem relaxierenden Zustand.

Prokinetika sind vor allem geeignet für Patienten, die an Obstipation leiden. sie führen neben einer Reihe von anderen Medikamenten, zur Stuhlregulierung.

Antidiarrhoika werden Personen verschrieben, welche an Diarrhöe leiden, allerdings keine Schmerzen aufweisen. Das Arzneimittel trägt durch die darin enthaltenen Quellstoffe zur Stuhlregulierung bei. Es kann zeitlich limitiert eingesetzt werden, sollte aber nicht als Dauertherapie angewendet werden.

Dimethylpolisiloxan- Arzneimittel werden Patienten empfohlen, die an Blähungen und Gasen leiden. Der Einsatz dieser Medikamente ist allerdings umstritten, denn es gibt keine signifikanten Studien, welche die Wirksamkeit dieser Präparate beweisen.

Wie auch bei den oberflächenaktiven Substanzen, ist auch bei den **Bakterienpräparaten** eine Wirksamkeit in den meisten Fällen nicht erwiesen, sie können allerdings beim Diarrhöe- sowie Blähtypen eingesetzt werden.

Phytotherapeutika sind pflanzliche Präparate, welche in Drogeriemärkten erhältlich sind. Diese werden bei gas- und blähungsähnlichen Beschwerden verwendet.

Antimykotika werden verwendet, wenn im Stuhl Candida- Spuren nachgewiesen werden, allerdings ist dieses Arzneimittel beim Reizdarmsyndrom kontraindiziert.

Psychopharmaka, wie beispielsweise Antidepressiva, werden Patienten empfohlen, welche an schmerzhaften Zuständen leiden. Eine Indikation ist dann vorhanden, wenn Betroffene auf andere Therapien resistent reagieren und an chronisch abdominellen Schmerzen leiden. Diese gehen oft mit Zwangsstörungen, sowie Depressionen einher (vgl. Hotz et. al., 2001).

3.3 Psychotherapeutische Maßnahmen

Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Stresstörungen sowie somatoforme Störungen sind ernstzunehmende psychische Erkrankungen, welche oft mit dem Reizdarmsyndrom einher gehen und psychotherapeutische Behandlung benötigen. Belastungen in zwischenmenschlichen Beziehungen wirken sich oft auch sehr stark auf das körperliche Wohlbefinden aus. Für eine erfolgreiche Therapie sind zwei Faktoren von wesentlicher Bedeutung:

Der Patient beziehungsweise, die Patientin muss einen hohen Leidensdruck auf Grund ihrer psychischen Belastung verspüren und er oder sie müssen eine Motivation für diese Art der Behandlung aufbringen. Parallel zur medizinischen Therapie, welche die Symptome des Reizdarmsyndroms behandelt, erfolgt die psychotherapeutische Behandlung, um ein optimales, für den Patienten zufriedenstellendes Ergebnis zu erzielen.

Folgende psychotherapeutische Methoden, wurden in wissenschaftlich fundierten Studien überprüft und ergaben erfolgversprechende Ergebnisse:

- kognitive Verhaltenstherapie
- psychoanalytische Kurztherapie
- Entspannungstechniken
- Hypnotherapie

Unter den Entspannungstechniken hat sich vor allem die progressive Muskelrelaxation als sehr wirksam erwiesen (vgl. Probst et. al., 2001).

Voraussetzung für eine optimale Behandlung von Patienten ist die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Psychotherapeuten, klinischen Psychologen und Spezialisten aus dem psychosomatischen Bereich. Den Patienten und die

Patientinnen holistisch wahrzunehmen ist von großer Bedeutung, auf ein Symptom alleine einzugehen ist nicht sinn- und zielführend. Eine erfolgversprechende Therapie sollte immer eine Kombination aus Psychotherapie und medizinischer Behandlung sein (vgl. Hotz et. al., 1999).

Zusammenfassend kann man sagen, dass es keine psychotherapeutische Behandlung gibt, welche allen anderen überlegen ist und zu einem hundertprozentig zufriedenstellenden Ergebnis führt. Aus diesem Grund muss die behandelnde Ärztin beziehungsweise der behandelnde Arzt, eine individuelle, dem/der PatientIn angepasste Therapieform wählen und den Behandlungserfolg abwarten und je nachdem was das Ergebnis erbrachte, die Therapie fortsetzen oder anpassen. Mit Sicherheit kann man jedoch sagen, dass psychotherapeutische Behandlungsformen, den alleinigen medikamentösen Therapien bei weitem überlegen sind und zu einem längerfristig zufriedenstellendem Ergebnis führen (vgl. Probst et. al., 2001).

3.4 Alternative Therapiemöglichkeiten

Laut Schwingenschlögl (2000) sollte man zweierlei Faktoren bei der medikamentösen Therapie nicht außer Acht lassen:

Erstens wirken Medikamente stark auf die Darmflora ein und können diese schädigen und zweitens führen Arzneimittel schnell zu einem Gewöhnungseffekt. Aus diesen zwei Gründen ist Schwingenschlögl kein Verfechter der medikamentösen Therapieform bei Reizdarmpatienten und empfiehlt auf alternative Therapiemöglichkeiten umzusteigen.

Bauchmassagen, welche zu einem Entspannungszustand beim Patienten führen und in physiologischer Richtung erfolgen, also das Ausstreichen des Darmes erzielen, können gegen Obstipation eingesetzt werden. Gegen Stresssituationen sollten einfache Entspannungstechniken angewendet werden. Weiters empfiehlt er, die Einnahme von Milch- und Joghurtprodukten, bevorzugt mit probiotischen Kulturen. Gegen Blähungen eignet sich das konsequente Durchführen von Ausdauersportarten, wie Radfahren oder Laufen. Zur Wiederherstellung des Energiegleichgewichts des Darmes kann Akupressur oder Akupunktur eingesetzt werden.

4 Leben mit Reizdarmsyndrom

4.1 Einfluss der Erkrankung auf die Lebensqualität

Das Reizdarmsyndrom hat häufig einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität von Betroffenen. Leid, Misstrauen und Hilflosigkeit sind tägliche Begleiter. Das Leben zwischen dem Gesund- und Kranksein ist ein wesentliches Merkmal der Erkrankung (vgl. Ronnevig, 2009). PatientInnen erzählen es ist eine Krankheit, welche tag ein und tag aus über ihrem Leben schwebt (vgl. Schneider, 2007).

ReizdarmpatientInnen beschreiben ihre Lebenssituation oft als ein Leben mit einem unerbetenen Gast. Die Krankheit ist sehr unberechenbar und Betroffene erzählen oft, sie haben diese nicht unter Kontrolle. Es kann sehr schnell zu spontanem Durchfall kommen, ohne dass sich vorher Symptome abgezeichnet haben. Patienten sind dann gezwungen innerhalb von wenigen Minuten eine Toilette aufzusuchen und der Gedanke, an welchen Orten sich das nächste WC befindet, beschäftigt sie fast pausenlos. Oft kommt es zu solchen Situationen in den ungelegensten Momenten, wie beispielsweise während einer wichtigen Geschäftsbesprechung oder einer Feier mit Freunden. Wenn die Zeitspanne zwischen dem Verspüren des Stuhldrangs und dem Aufsuchen der Toilette zu lang ist, kommt es zu starken Schmerzen. Auf Grund dieser vielen unvorhergesehenen Momente, berichten viele Patienten, dass sie Angst haben, respektlos zu erscheinen, weil sie regelmäßig zu spät zu wichtigen Terminen kommen (vgl. Ronnevig, 2009). Viele beschreiben es mit den Worten „Mein Darm arbeitet gegen mich!“ (Ronnevig M., 2009, S 1680.)

Solche Lebensumstände führen dazu, dass Patienten ihrem eigenen Körper nicht vertrauen und das führt weiters zu Unsicherheit, welche wieder zu neuen Ängsten führt. Es ist ein teuflischer Kreislauf (vgl. Ronnevig et al., 2009).

Eine weitere sehr große Angst von Betroffenen ist, dass ungewollte Darmgeräusche beziehungsweise Gerüche entweichen und diese zu peinlichen Begebenheiten führen können. Viele berichten, sie fürchten sich vor Situationen, an fremden Orten eine Toilette aufsuchen zu müssen, weil sie Angst haben, dass man ihren harten Stuhl, welcher ins Klo fällt, hören könnte oder es am WC zu starkem unangenehmen

Geruch kommen könnte (vgl. Ronnevig et al., 2009). Diese Situationen, mit denen Betroffene im Leben sehr oft konfrontiert werden oder auch nur der Gedanke, dass es dazu kommen könnte, bestimmt den Alltag und ist ein Leben mit ständigem Gefühl der Verlegenheit (vgl. Schneider, 2007).

Weiters führt die Krankheit zu sehr vielen Lebenseinschränkungen. Patienten können nicht essen, wonach es ihnen in dem Moment gelüftet.

Die meisten Betroffenen haben unterschiedliche Lebensmittelunverträglichkeiten, viele meiden Milch und Milchprodukte, aber auch verschiedene Früchte wie beispielsweise Äpfel, Orangen oder Beeren werden oft nicht vertragen. Manche verweigern auch diverse Essenskonstellation, wie zum Beispiel Ei mit Orangensaft, weil sie diese Kombination nicht vertragen. In den meisten Fällen ist es so, dass kleine und regelmäßige Portionen an Nahrung wichtig sind um sich einigermaßen wohl zu fühlen (vgl. Ronnevig et al., 2009).

Ronnevig et. al. beschreiben in ihrer Studie, dass Reizdarmpatienten, auf Grund der jahrelangen Leidensgeschichte Strategien entwickelt haben, um gewissen unangenehmen Situationen entgegen zu wirken oder um trotz Beschwerden am „normalen“ Leben teilnehmen zu können. Außerdem kämpfen Betroffene nicht nur mit den Symptomen des Reizdarmes, sondern weiters auch an Folgeerscheinung wie beispielsweise Schlaflosigkeit, Fatigue, Rheumatismus oder Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates (vgl. Ronnevig et al., 2009).

4.2 Einfluss auf Familie und Freunde

Die Erkrankung Reizdarmsyndrom wirkt sich nicht nur auf die Betroffenen negativ aus, sondern hat auch weitreichende Konsequenzen im sozialen Umfeld.

Betroffene erzählen, dass sie auf Grund ihres körperlichen Zustands, an sozialen Aktivitäten oft nicht teilnehmen können. Als Ursache dafür sehen sie die Fehler der vergangenen Tage, wie beispielsweise die Schlaflosigkeit der letzten Nächte, der Konsum von fettem, ungesundem Essen oder der Genuss von Alkohol am Vortag. Auf Grund des Reizdarmes leiden viele Betroffene zusätzlich am Fatigue- Syndrome. Das erleben dieser extremen Müdigkeit führt zu Einschränkungen im Durchführen von alltäglichen Aktivitäten.

Die fehlende Spontaneität im Alltag stellt für ReizdarmpatientInnen ein weiteres, sehr großes Problem dar. Um an sozialen Aktivitäten teilnehmen zu können, müssen sie vorher Schutzmaßnahmen treffen, wie beispielsweise Tage zuvor diverse Diäten einhalten. Weiters berichten viele, sie tragen für den Notfall immer Toilettenpapier und Feuchttücher bei sich und suchen nur jene Lokalitäten auf, welche sie kennen und wissen wo sich die Toiletten befinden. Um spontanem Durchfall entgegen zu wirken, nehmen viele prophylaktisch Anti-Diuretika ein oder Laxantien um Obstipation zu vermeiden. Der Entschluss wann, wie oft und welche Medikamente angebracht sind, führt oft zu einer Überforderung der betroffenen Person (vgl. Ronnevig et al., 2009).

Schneider et. al. 2007 beschreiben in ihrer Studie, dass ReizdarmpatientInnen, ihre Erkrankung als eine selbsterfüllende Prophezeiung sehen. Sie sagen, wenn sich ihre Gedanken ständig nur um das eine Thema drehen, entsteht eine derartige Angst, welche erst recht die Symptome zum Ausbruch bringt. Vor besonderen Herausforderungen werden sie dadurch in der Öffentlichkeit gestellt, denn gerade in dieser Situation, drehen sich die Gedanken im Inneren sehr stark um die Erkrankung und um den Wunsch des Fernbleibens von Symptomen. Somit führt gerade diese Angst und Panik zum Eintreten des Unerwünschten, dem Erleben der Erkrankung.

Ein Beispiel einer solchen Situation wäre eine Einladung zum Essen bei Freunden. Der Gedanke eingeladen zu sein, dort eine Mahlzeit einnehmen und eventuell eine Toilette aufsuchen zu müssen, führt bei vielen Betroffenen zu derartig panischen Ängsten, dass diese als Auslöser schmerzhafter Symptome fungieren. Die Studie zeigt weiters, dass ein Restaurantbesuch angsteinflößend und verunsichernd wirkt, anstatt dass dieser Freude mit sich bringt. Mahlzeiten aus der Karte wählen zu müssen, die man unter Umständen vertragen könnte und die oft trotzdem zu Beschwerden führen, anstatt zu jenen zuzugreifen, welche einem schmecken, stellt keine Befriedigung dar. Interessanterweise berichten Reizdarmbetroffene, dass es zu diesen Situationen nur in der Öffentlichkeit kommt. Zuhause, in der gewohnten Umgebung, würde es zu diesen anfallsartigen Symptomen und panischen Ängsten nicht kommen. Daraus lässt sich schließen, dass das „Funktionieren müssen“ in der Öffentlichkeit beziehungsweise Gesellschaft, einen sehr großen Stressfaktor darstellt. In der privaten Umgebung dieser jedoch komplett wegfällt und somit zu körperlichen Wohlbefinden führt (vgl. Schneider, 2007).

Den Familien oder Partnern vertrauen sich die meisten an, allerdings ist ihnen ein großes Anliegen diese nicht zu beunruhigen oder ihnen Sorgen zu bereiten. Es ist ihnen wichtiger ihre Familien zu schützen, als Unterstützung bei Schmerzen anzunehmen.

Schneider (2007) weist weiters darauf hin, dass ReizdarmpatientInnen oft mit einem Gefühl der Schuld gegenüber ihren Familien, konfrontiert sind. Besonders gegenüber den eigenen Eltern fühlen sie sich sehr oft schuldig, weil diese in ständiger Angst um sie schweben. Dies mit ansehen zu müssen führt zu Schuldgefühlen und stellt ein großes Problem dar. PatientInnen fühlen sich schlecht, wenn ihre Familien sie leiden sehen und in ständiger Sorge um sie leben müssen. Sie berichten, dass ihre Eltern und PartnerInnen viel für sie tun um ihnen das Leben zu erleichtern und angenehmer zu gestalten. Einerseits nehmen sie es als eine sehr nette Geste an, andererseits führt es zu großen Schuldgefühlen.

Die Entscheidung mit Freunden oder mit der Familie zu verreisen, ist in den meisten Fällen sehr wohl durchdacht und muss genau geplant werden. Viele entscheiden sich häufig dagegen (vgl. Ronnevig et al., 2009).

4.3 Einfluss auf den Beruf

Den beruflichen Alltag mit der Krankheit Reizdarmsyndrom zu bewerkstelligen, geschweige denn erfolgreich zu meistern, stellt PatientInnen häufig vor eine kaum zu bewältigende Herausforderung. Oftmals erscheinen die einfachsten Tätigkeiten, wie beispielsweise, an einem Meeting aufmerksam teilzunehmen, als eine große, fast unmögliche Aufgabe (vgl. Schneider, 2007).

Viele Reizdarmpatienten reden nicht gerne über ihre Krankheit. In der Arbeit wird diese daher meistens verschwiegen, weil viele Betroffene davon überzeugt sind, ihr Leid würde sowieso niemanden interessieren.

Außerdem genieren sich Menschen mit Reizdarm für ihre Erkrankung und fühlen sich von der Gesellschaft stigmatisiert. Sie versuchen die Erkrankung zu verbergen, in dem sie darauf achten, am Arbeitsplatz nicht zu oft auf die Toilette zu gehen, keine unangenehmen Gerüche zu hinterlassen oder mit Geräuschen aufzufallen (vgl. Ronnevig et al., 2009).

Peinlich berührt fühlen sich Betroffene außerdem in Situationen, in denen sie sofort auf Grund des Eintretens von akutem Durchfall den Raum verlassen und den schnellsten Weg zur Toilette auskundschaften müssen. Zu solchen Situationen kann es kommen, egal wo sie sich gerade befinden oder womit sie gerade beschäftigt sind. Dies stellt vor allem ein Problem in der Arbeit dar, denn jeder Mitarbeiter im Raum weiß, weshalb die Betroffenen gerade zu diesem Zeitpunkt aufstehen, was bei PatientInnen zu erneuten Gefühlen von Peinlichkeit führt (vgl. Ronnevig et al., 2009).

Vor wichtigen geschäftlichen Terminen, verzichten PatientInnen auf Mahlzeiten, sodass der Darm ruhig ist und nicht verdaut. Andere wiederum können das Haus ohne ein wenig Essen im Gepäck für den Notfall gar nicht verlassen. Einige andere berichten, sie müssen ein paar Tage auf Essen verzichten, um einen wichtigen Termin halbwegs beschwerdefrei wahrnehmen zu können (vgl. Ronnevig et al., 2009).

4.4 Hoffnung auf Heilung?

Die Hoffnung eines Tages geheilt zu werden wird immer kleiner und somit versuchen PatientInnen die Krankheit in den Alltag zu integrieren, denn dagegen ankämpfen erwies sich bis jetzt als zwecklos (vgl. Ronnevig et al., 2009). Um mit der Erkrankung einigermaßen leben zu können, entwickeln die an Reizdarm leidenden Menschen den Versuch, Taktiken zu entwickeln um ihren Alltag, trotz des Leidens, zu bewältigen. Zu diesen Strategien zählen, Hungern, die Durchführung bestimmter Entspannungsübungen, die Einnahme diverser Medikamente oder andere Techniken, auf die im Kapitel „Bewältigungsstrategien“ näher eingegangen wird.

III Empirischer Teil

1 Methodik und Vorgangsweise

1.1 Forschungsfragen

- Wie erleben Betroffene die chronische Krankheit „Reizdarmsyndrom“?
- Auf welche Art und Weise schränkt die Krankheit Betroffene in ihrer Lebensqualität ein?
- Welche individuellen Bewältigungsstrategien haben Betroffene entwickelt, um ihre Schmerzsymptomatik zu bekämpfen beziehungsweise zu lindern?
- Welchen Einfluss hat die Erkrankung auf den Bekannten- und Verwandtenkreis?

1.2 Methode der Datenerhebung

Um das individuelle Erleben von Reizdarmpatienten bestmöglich erfassen zu können, habe ich mich dazu entschlossen, den qualitativen Forschungsansatz für meine Diplomarbeit zu wählen. Die qualitative Forschung betrachtet den Menschen ganzheitlich und fokussiert sich auf die individuelle Wirklichkeit. Die Wahrheit ist nichts objektiv messbares, sondern subjektive, einzigartige Erlebnisse (vgl. Mayer, 2002).

„In der qualitativen Forschung will man die Erfahrungen eines Menschen in seiner natürlichen Umgebung untersuchen und herausfinden, welche Bedeutung für ihn haben.“ (Mayer H. 2002, S. 72)

Um menschliche Erlebnisse im Bezug auf Gesundheit und Krankheit bestmöglich beschreiben zu können, ist qualitative Forschung von großer Bedeutung. Mit diesem Design kann man das Phänomen des Erlebens von PatientInnen und HelferInnen veranschaulichen, denn die persönlichen Erfahrungen stehen hierbei im Zentrum des Interesses (vgl. Mayer, 2002).

Da im Zentrum meines Interesses das individuelle Erleben von Reizdarmpatienten, die persönlich entwickelten Bewältigungsstrategien sowie die Unterstützung durch die Familie, stehen, ist der qualitative Forschungsansatz das primäre Werkzeug meiner Forschung.

Um zu den Ergebnissen zu gelangen, habe ich mich dazu entschlossen Interviews zu führen, da ich mit dieser Methode am besten Informationen über Gefühle, Meinungen und Erfahrungen von Betroffenen erfahre und somit ein wenig in die Lebenswelt der Patienten eintauchen kann.

Als passendes Instrument habe ich mich für das semistrukturierte Interview entschieden. Als Hilfestellung diente mir ein Interviewleitfaden. Ein Interviewleitfaden dient als Orientierungshilfe während eines Gespräches. Der oder die ForscherIn, darf Zwischen- und Verständnisfragen stellen und weiters von der Reihenfolge der Fragen sowie der Formulierung abweichen. Somit kann das Interview der einzelnen Gesprächspartnerin oder Partner flexibel angepasst werden (vgl. Mayer, 2002).

Alle Interviews wurden unter Einverständniserklärung seitens der Interviewpartner auf Tonband aufgenommen und anschließend transkribiert. Die Transkripte dienten als Basis für meine weitere Analyse.

1.3 Vorgangsweise der Datenerhebung

Der Zugang zu meinen InterviewpartnerInnen erfolgte über die Reizdarm-Selbsthilfegruppe in Wien. Univ.-Prof. Dr. Gabriele Moser, Leiterin der Spezialambulanz für gastroenterologische Psychosomatik am AKH Wien, vermittelte mir die Kontaktdaten. Die Leiterin der Selbsthilfegruppe Fr. Strimitzer war so freundlich und lud mich zu einem Vortrag ein, bei dem ich anschließend mein Anliegen anbringen konnte. In einem kurzen Vortrag über meine Diplomarbeit und dem Ziel, welches ich mit der Arbeit verfolge, trat ich mit der Bitte an die Teilnehmer heran, mich mit Hilfe von freiwilligen Interviews bei der Forschung zu unterstützen.

Direkt nach meinem Vortrag kamen 6 von Reizdarm betroffene Patienten auf mich zu und erklärten sich bereit, mit mir Gespräche zu führen. Anschließend wurden Kontaktdaten ausgetauscht und Terminvereinbarungen getroffen. Schlussendlich führte ich 4 Gespräche, welche allerdings sehr ausführlich und informativ waren, sodass ich bereits nach dem vierten Interview die Datensättigung erreicht habe. Der Ort des Geschehens war in einem Fall ein Kaffeehaus, eine andere Interviewpartnerin besuchte ich in ihren eigenen Räumlichkeiten und zwei weitere Gespräche fanden in meiner privaten Wohnung statt. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 35 und 60 Minuten. Der Zeitraum zwischen meinem Vortrag in der Selbsthilfegruppe bis zu den fertig gestellten Transkripten betrug in etwa 4 Monate, von September 2010 bis Dezember 2010.

1.4 Methode der Datenauswertung

Im Jänner 2011 begann die Phase der Analyse meiner zuvor transkribierten Interviews. Grundlage der Bearbeitung meiner Forschungsdaten bildete die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (vgl. Mayring, 2002). Grundgedanke dieser Analyse ist folgender:

„Sie will Texte systematisch analysieren, indem sie das Material schrittweise mit theoriegeleitet am Material entwickelten Categoriesystemen bearbeitet.“ (Zitat: Mayring P. (2002): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Beltz, S. 114)

Die Vorgehensweise bei der Analyse nach Mayring ist induktiv geprägt. Die Forschungsfragen und das Forschungsmaterial bilden die Grundlage für die Entwicklung von Kategorien (vgl. Mayring, 2002).

In Anlehnung an Mayring bin ich folgendermaßen bei der Datenanalyse vorgegangen:

- Den ersten Schritt meiner Forschung bildete das Unterstreichen wichtiger inhaltstragender Textpassagen in den Transkripten.
- Zunächst folgt die Phase des Paraphrasierens. Aussagen von Betroffenen werden hierbei ohne diese zu verändern notiert.

- Im dritten Schritt erfolgt die Generalisierung. Die Aussagen werden hierbei so generalisiert, dass alte Aussagen in der neuen Formulierung enthalten sind und daraus persönlichen Berichte entstehen.
- Weiters erfolgt die Reduktion mit Hilfe der Selektion. Hierbei werden bedeutungsgleiche Paraphrasen und inhaltsgleiche Generalisierungen gestrichen und Paraphrasen, welche sich aufeinander beziehen, zusammengefasst. Nun sollen Überbegriffe dafür gefunden werden.
- Im fünften Schritt erfolgt eine erneute Reduktion. Inhaltsähnliche Paraphrasen, also Aussagen, die sich gleichen, werden gebündelt. Paraphrasen, mit ähnlichem Inhalt, allerdings anderen Aussagen, werden ebenfalls zusammengefasst. Weiters werden nun, Überbegriffe und Kategorien aller Transkripte zusammengeführt und unter Umständen erneut auf ein allgemeineres Niveau gebracht.
- Im 6. und letzten Schritt der Analyse werden nun die Aussagen in einem Kategoriensystem zusammengestellt. Mit Hilfe der zuvor generalisierten Aussagen der Interviews werden sehr allgemeine und beschränkte Kategorien gebildet (vgl. Mayring, 2002).

1.5 Ethische Aspekte

In der Zusammenarbeit mit anderen Menschen muss man als Forscher immer ein besonderes Augenmerk auf ethische Gesichtspunkte legen.

Ein altes Sprichwort besagt:

„Was du nicht willst, dass man dir tu, das für auch keinem anderen zu“

(Zitat: Mayer Hannah (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas; Wien, 1. Auflage; S. 55).

Dieses Zitat kann auf die heutige wissenschaftliche Forschung übertragen werden. Als Forscher hat man die Aufgabe, auf die Rechte der Teilnehmer Acht zu geben und

diese zu schützen. Die Interessen der Forschung sollen stets hinter den Interessen der Menschen stehen, denn das Wohl der Mitmenschen hat oberste Priorität. Aus diesem Grund sollen mögliche negative Konsequenzen für den Menschen vermieden werden (vgl. Mayer, 2002).

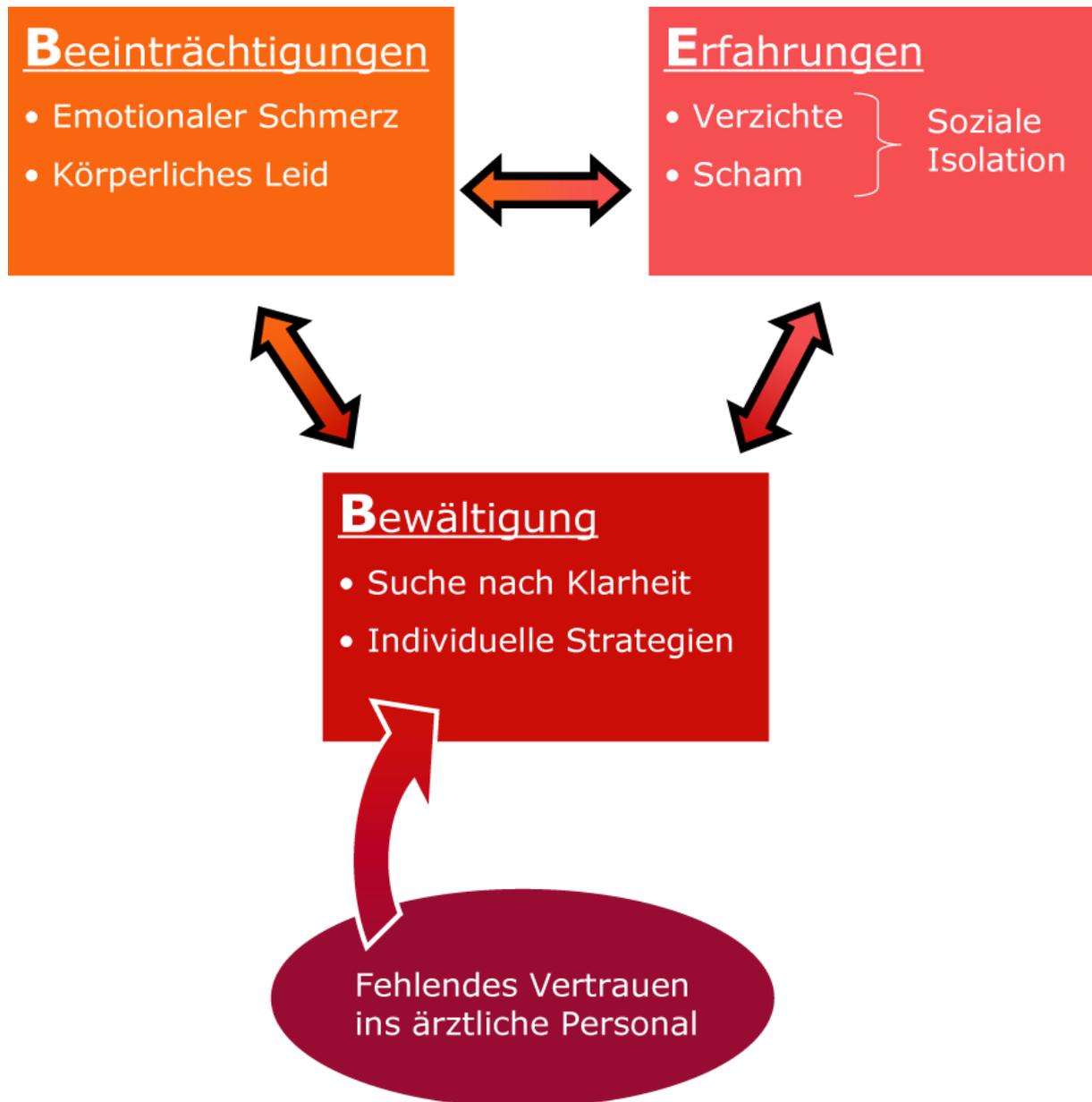
Im Zuge meiner Diplomarbeit habe ich durch Beachtung folgender grundlegender Ansätze, Rücksicht auf ethische Gesichtspunkte genommen:

- **Freiwillige Teilnahme:** Bevor ich mit den Interviews begonnen habe, habe ich ausreichende Auskunft über das Thema meiner Arbeit geliefert. Weiters habe ich die Teilnehmer, über Ziel und Zweck der Diplomarbeit aufgeklärt und ihnen ihre Rolle als Interviewpartner erklärt. Jede Person hatte die Möglichkeit, das Interview zu verweigern und während des Gespräches jeder Zeit abbrechen zu dürfen. Die Zusage zur Teilnahme erfolgte mündlich.
- **Anonymität:** Wesentlich bei meinen Interviews war die Wahrung der Anonymität. Vor Interviewbeginn habe ich den Teilnehmern versichert, dass bis auf einzelne wichtige demographische Daten, wie in meinem Fall, Alter, Geschlecht, Familienstand und Beruf, keine weiteren Informationen über die Person preisgegeben werden. Weiters habe ich erklärt, dass ich einzelne Textpassagen der Gespräche in meine Diplomarbeit hinein nehmen möchte, diese aber so aufbereiten werde, sodass keine Rückschlüsse auf die Person getroffen werden können.
- **Schutz vor psychischen sowie physischen Schäden:** Im Zuge der wissenschaftlichen Forschung können stets körperliche und psychische Schäden auftreten. Es kann sich hierbei um beispielsweise die Entstehung eines Dekubitus handeln oder es können starke emotionale Gefühle, durch das Aufgreifen eines emotionalen Themas, zum Ausdruck kommen (vgl. Mayer, 2002). Um meinen Interviewteilnehmern die bestmögliche Forschungssituation bieten zu können, habe ich ein besonderes Augenmerk auf eine angenehme Atmosphäre gelegt. Ich habe darauf geachtet einen ruhigen Ort, an dem man ungestört ein Gespräch führen kann, zu wählen. Weiters habe ich versucht den Wünschen meiner Interviewpartnern weitestgehend nachzugehen, in dem, je nach Belieben, das Interview in meinen privaten Räumlichkeiten stattgefunden hat oder ich bin an den erwünschten Ort meiner Mitmenschen gekommen. Bei emotional belastenden

Situationen habe ich mir große Mühe gegeben Verständnis zu zeigen und empathisch zu wirken. Jede Person hatte die Möglichkeit zu jeder Zeit, das Interview abbrechen zu können oder eine Pause einlegen zu dürfen.

2 Ergebnisse und Interpretationen

2.1 Konzept



2.2 Kategorien

2.2.1 Beeinträchtigungen

2.2.1.1 Körperliches Leid

Der Leidensweg von Betroffenen ist ein sehr langer. Die ReizdarmpatientInnen haben täglich mit einer Vielzahl von Symptomen zu kämpfen. Schmerzen sind ständige Begleiter im Lebensalltag.

„Bauchbeschwerden.. Blähungen, ja all’ das, was man eben als furchtbar unangenehm im Verdauungstrakt empfindet hat sich eingestellt und war im normalen Alltag mein Begleiter auf Jahrzehnte“

(I 3, S 1, Z 26- 28)

Die in den Interviews am häufigsten genannten Symptome sind Blähungen, Krämpfe, Bauchschmerzen sowie Durchfall beziehungsweise Verstopfung. Die wechselnde Stuhlqualität stellt oftmals eine weitere große Belastung für die Betroffene dar, so ist es keine Seltenheit, dass PatientInnen gleichzeitig unter Diarrhöe und dem Gefühl der unvollständigen Darmentleerung leiden.

„Wechselnder Stuhl, die Qualität also ist wechselnd.“

(I 1, S 2, Z 44)

„Aber es ist bei mir nicht Durchfall, sondern immer nur der Drang zu gehen.“

(I 3, S 9, Z 295-296)

Der Drang ständig eine Toilette aufsuchen zu müssen und nicht zu wissen, wann das Beschwerdebild der Diarrhöe den Betroffenen im Alltag anfallsartig überfällt, stellt eine große Bedrohung im Leben dar.

„...und nur Durchfall und Durchfall und Durchfall“

(I 3, S 1, Z 18)

Blähungen und kolikartige Schmerzen sind neben der Diarrhöe als häufigste Symptome genannt worden. Patienten berichten, dass sie oft schon in der Früh mit einer verkrampften Bauchdecke aufwachen, die Blähungen gegen Abend meistens jedoch zunehmen.

„... ich hab fürchterlich schmerzhaft Blähungen.“

(I 2, S 1, Z 40- 41)

Das andauernde Vorhandensein dieser Koliken führt weiters zu Schlafmangel, welcher sich am nächsten Tag dann erneut negativ auf das leibliche Wohlbefinden auswirkt.

„Mir fällt das jetzt auf, weil ich relativ stark mit die Blähungen reagiere..man merkt auch diese gespannte Bauchdecke, man schläft dann nicht mehr so gut, man ist halt dann den nächsten Tag auch irgendwie wieder geschlaucht..“

(I 1, S 4, Z 119- 122)

Neben den Verdauungsbeschwerden haben viele ReizdarmpatientInnen auch mit Übelkeit, einem flauen Magen oder allgemeinem Unwohlsein zu kämpfen.

„Mir war immer übel, ich hab einen flauen Magen gehabt.“

(I 4, S 1, Z 15- 16)

Wann Beschwerden auftreten ist ganz unterschiedlich. Einige meiner Gesprächspartner berichten, dass sie bereits mit Schmerzen in den Tag starten müssen, andere wiederum erzählen, dass sich diese meist gegen Abend entwickeln und dann immer stärker werden.

„Am Abend wird's immer stärker bei mir, aber es ist jetzt auch oft so, dass ich schon in der Früh den Schmerz spür.“

(I 2, S 6, Z 190- 191)

Einfluss der Ernährung

Ein zentrales Thema ist auch das der Ernährung. Die Frage, ob gewisse Nahrungsmittel oder Essgewohnheiten Einfluss oder Ursache gewisser Beschwerden sind, beschäftigt alle meine InterviewpartnerInnen. Viele erzählen, dass sie unterschiedliche Diäten und Ernährungsarten ausprobiert haben, wie beispielsweise nur kohlenhydratarmes Essen zu sich zu nehmen oder gewisse Lebensmittel gänzlich zu meiden, sie trotzdem allerdings immer wieder mit Beschwerden zu kämpfen haben.

„Ich hab’ fürchterliche Bauchschmerzen und ich komme eigentlich nicht drauf, was ich nicht vertrage.“

(I 2, S 1, Z 33-34)

„...also egal was ich gegessen hab’, ich bin immer sofort auf’s Klo gegangen.“

(I 4, S 1, Z, 14- 15)

Nahrungsmittelunverträglichkeiten

Zusätzlich zum Erkrankungsbild des Reizdarmsyndroms leiden viele Betroffene noch unter Nahrungsmittelallergien oder Intoleranzen. Histaminintoleranz, Laktoseunverträglichkeiten oder das unvollständige Aufschließen von Bestandteilen diverser Lebensmittel sind weit verbreitet und führen weiters zu zusätzlichen Einschränkungen und Umstellungen in der Ernährungsweise.

„Histamin ist ganz stark bei mir. Ich weiß gar nicht wie ich das beschrieben soll- mir wird richtig schwindelig darauf.“

(I 4, S 5, Z 163-164)

„...aber es ist rausgekommen, dass ich die Sachen nicht richtig verdaue, also Eiweiße, Kohlenhydrate und Fette nicht richtig aufschließe sozusagen.“

(I 1, S 1, Z 24- 26)

Wenn, auf Grund einer Essenseinladung oder einem Besuch im Restaurant, doch einmal eine dieser Zutaten, welche nicht vertragen werden, auf dem Teller landet, führt das starken Schmerzen und dem Einsetzen andere individuellen Symptomen, wie Durchfall, Koliken oder Unwohlsein.

„Ich hab’ so ein Empfindlichkeitsbewusstsein beim Darm, also ich spür’ dass er empfindlicher ist.“

(I 1, S 1, Z 10- 11)

2.2.1.2 Emotionaler Schmerz

Auf Grund der vielen körperlichen Beschwerden und den damit verbundenen Schmerzen ist es nicht verwunderlich, dass dies emotional sehr belastend ist.

Täglich mit Schmerzen in den Tag starten zu müssen und abends schlafen zu gehen, ist vielleicht das größte Problem dieser chronischen Erkrankung. Ein Leben verbunden mit ständigem Leidensdruck schildert eine befragte Person folgendermaßen:

„Also die konkreten Beschwerden ha'b ich jetzt schon eigentlich fast ein Jahr. Ständig! Früher war das immer wieder, aber jetzt hab ich's ständig.“

(I 2, S 3, Z 77- 79)

„...aber eigentlich bin ich ja nie so, dass ich sag jetzt geht's mir mal richtig gut, eigentlich nicht.“

(I 2, S 4Z 106- 107)

Die fortwährenden Belastungen führen Menschen an ihre Grenzen:

„Puh, ja also ganz gut geht's mir kaum, weil, wie soll ich sagen, des ewige aufs Klo gehen müssen, reibt einen nicht nur auf, sondern, macht einen ja fertig.“

(I 3. S 9, Z 293- 295)

Auf Grund der immer vorhandenen emotionalen Belastung, können Reizdarmpatienten kaum eine unbeschwerte Minute erleben, ohne an ihre Erkrankung erinnert zu werden. Betroffene erzählen oft, dass egal welcher Tätigkeit sie gerade nachgehen, im Hintergrund immer Gedanken um das Reizdarmsyndrom kreisen und auch der Körper erinnert sie regelmäßig an ihre Krankheit.

„Es ist halt immer im Hinterkopf irgendwie, ganz komisch.“

(I 4, S 4, Z 107- 108)

Reizdarmpatienten müssen oft hören, sie sollen nicht so viel an ihre chronische

Krankheit denken, sich nicht hineinsteigern oder ähnliche „gut gemeinte Ratschläge“. Eine Interviewpartnerin hat das ganz treffend ausgedrückt:

„Man denkt ja nicht daran, sondern man wird ja aufmerksam gemacht, wenn's einem nicht gut geht!“

(I 3, S 4, Z 123)

Ursache der Belastung

Eine Fehlannahme, die in der Gesellschaft weiterhin noch sehr verbreitet ist, ist, dass psychische Probleme oder Depressionen die Ursache für das Reizdarmsyndrom sind. Dies bestätigt auch eine meiner Interviewpartnerinnen:

„Weil viele Ärzte sagen, Depressionen sind da, du kriegst den Reizdarm, aber in Wirklichkeit ist es ja so du hast den Reizdarm und dann entwickeln sich die Depressionen daraus.“

(I 3, S 11, Z 355-357)

Dabei ist es eine gewöhnliche menschliche Reaktion, dass man mit emotionaler Instabilität auf eine derartige Erkrankung reagiert. Täglich mit Krämpfen und Blähungen zu leben und die ständige Angst erneut von Durchfall heimgesucht zu werden, wirken sich unwiderruflich auf das geistige Wohlbefinden aus.

„Es wirkt sich halt sozusagen mit auf die Psyche aus.“

(I 1, S 9, Z 281- 282)

Einfluss auf das Gefühlsleben

Patienten berichteten in ihren Gesprächen, dass es für sie oft unmöglich ist einen klaren Gedanken zu fassen, weil es der Körper ganz einfach nicht zulässt. Wenn dieser Zustand dann noch über Jahre andauert, ist es nicht verwunderlich, dass sich Depressionen entwickeln.

„Bei den Beschwerden kann man nicht 24 Stunden Hurra und happy sein, das spielt man zwar manches Mal vor, aber das kann man auch nur kurzfristig vorspielen.“

(I 3, S 11, Z 357- 359)

In den Interviews zeigte sich deutlich, dass die Betroffenen als Folge des Reizdarmsyndroms Ängste beziehungsweise auch Unsicherheiten entwickelt haben. Die Angst von Patienten, an einem Ort, wo keine Toilette auffindbar ist plötzlich Durchfall zu bekommen, ist sehr groß. Eine Patientin hat dies sehr treffend, als

„Durchfall- Angst“

(I 2, S1, Z 15)

bezeichnet. Der Begriff „Angst“ wurde in all meinen Interviews als Folge der Krankheit genannt. Jede/r InterviewpartnerIn erzählte mir im Laufe des Gesprächs, dass sich auf Grund der jahrelang andauernden Symptome und der vielen daraus resultierenden unangenehmen Situationen Ängste in ihr Leben eingeschlichen haben. Sei es die oben erwähnte „Durchfall-Angst“, oder die Furcht, dass Betroffene einen Termin wegen körperlichen Unwohlseins nicht wahrnehmen können und sich dafür rechtfertigen müssen oder die Angst vor dem Entstehen von peinlichen Situationen, wenn plötzlich während eines Meetings Blähungen eintreten. Eine Interviewpartnerin beschrieb die Verbindung zwischen den Reizdarmbeschwerden und der daraus resultierender Angst, als ein Empfinden bei dem:

„Der ganze Körper schlägt in Angst, so auf die Art.“

(I 3, S 11, Z343).

Unsicherheiten und Selbstzweifel sind eine weitere Folgeerscheinung der Krankheit. Viele ReizdarmpatientInnen zweifeln die eigenen Fähigkeiten an, weil sie wegen der ständigen Schmerzen beeinträchtigt sind in der Konzentration zum Beispiel oder gewisse Tätigkeiten nicht mehr im Stande sind durchzuführen und sich dadurch diese auch nicht mehr zutrauen.

„Ja schon, Unsicherheiten.. in gewissen Situationen treten schon auf. Es gibt Situationen die eine hohe Konzentration

verlangen und die man auf Grund dessen meidet und sicherlich das hat eine Auswirkung. Wenn man sich bremst, oder sich puscht.“

(I 1, S 9, Z 287- 290)

Betroffene befinden sich oft in einem Zwiespalt. Auf der einen Seite, wollen sie der Krankheit keinen großen Raum in ihrem Leben geben und auf der anderen wiederum, tritt unwiderruflich leider genau das ein. Patienten versuchen oft krampfhaft die Gedanken weg von dem Schmerz zu bringen, dies zu steuern ist allerdings nicht möglich. Ein Interviewpartner beschreibt dies als eine Art „verrückt werden“. Es ist ein Kreislauf in dem sich die Betroffenen befinden: Nicht daran zu denken ist nicht möglich, aber der ständige Versuch die Gedanken davon weg zu treiben erweist sich als schwierig.

„wenn man sich verrückt macht oder so irgendwie, wird's eigentlich nur schlimmer.“

(I 1, S 9, Z 303- 304)

Einfluss von Medikamenten

Wenn Medikamente keinen Erfolg mehr bringen, greifen viele Ärzte schnell zur Therapie mit Psychopharmaka. Eine Reizdarmpatientin hat in ihrem Interview erzählt, sie wurde mit derartig starken Medikamenten behandelt, dass diese ihr Gefühlsleben quasi komplett lahm gelegt haben. Sie war nicht mehr im Stande ihren Gefühlen Ausdruck zu verleihen.

„Ich konnte nicht weinen, hab nur monoton gesprochen, also es ist irgendwie so eine Ruhigstellung in allen Bereichen.“

(I 2, S 2, Z 55-56)

“Also ich hab lieber noch Bauchweh, als ich bin nur so robotermäßig.“

(I 2, S 10, Z 312)

*„Es war alles so gleichbleibend, es ist mir nicht schlecht
gegangen, aber ich ha'b auch nicht wirklich gelebt.“*

(I 2, S 10, Z 308-309)

Die Therapie ging so weit, dass sie in eine Psychiatrie eingewiesen wurde. Dies zeigte auch keinen positiven Effekt, weder in der Minderung der körperlichen Symptome noch beim Aufbau des emotionalen Gefühlslebens. Leider ist das Gegenteil eingetreten und die Patientin hat, wie sie selbst sagt, ein Martyrium erlitten.

*„...aber es ist halt arg, wie die Psychiatrie irgendwie so abläuft,
da könnt ich Geschichten erzählen und man ist ja da wirklich
irgendwie so abgestumpft und mit dem Reizdarm bin ich ja dann
doppelt stigmatisiert.“*

(I 2, S 11, Z 350- 352)

2.2.1.3 Einfluss von Stress

Jede einzelne befragte Interviewperson hat angegeben, dass Stress einen sehr großen Einfluss auf die Entstehung von Reizdarmbeschwerden nimmt.

„Ja, also ich glaub schon, dass Stress auch sehr ausschlaggebend ist“

(I 4, S 2, Z 63)

„Ja ja, also das merk ich schon, wenn ich stark im Stress bin oder so, dass ich's dann auch an den Blähungen sehr stark merk'.“

(I 1, S 2, Z 46- 49)

Meinerseits wurde die Frage nie gestellt, die Reizdarmpatienten haben im Laufe des Interviews selbstständig erwähnt, dass erhöhter Stress im Alltag sich negativ auf das Wohlbefinden im Darm auswirkt.

„...und wenn ich gearbeitet hab' und einen stressigen Tag oder irgendwas gehabt hab', na dann bin ich drei Mal noch rauf gelaufen und immer hab ich Durchfall gehabt.“

(I 2, S 1, Z 16- 18)

In den Gesprächen zeigt sich sehr deutlich, dass vermehrter Stress auf die Verdauung Einfluss nimmt.

„Unwohlsein im Darm, speziell auf den Stuhlgang bezogen.“

(I 1, S 9, 279- 280)

Das am häufigsten erwähnte Symptom, das in Folge von Stress genannt wurde ist Durchfall. Die InterviewpartnerInnen klagen meistens darüber, dass der Drang schnell eine Toilette aufsuchen zu müssen, in nervlich stark belastenden Situationen, das häufigste Beschwerdebild darstellt.

„...und wenn ich Stress hab', dann kommt Durchfall auch noch dazu.“

(I 4, S 4, Z 117- 118)

Viele meiner Interviewpartner haben Stress meistens in Verbindung mit der Arbeit erwähnt. Den beruflichen Alltag beziehungsweise die Anforderungen, welche dieser mit sich brachte, haben die meisten Patienten als eine Herausforderung empfunden.

„Schlimm! Ich kann Ihnen sagen, wie ich noch berufstätig war, der ganze Körper war in einer ständigen Stresssituation.“

(I 3, S 11, Z 363- 365)

„...weil eben jetzt vor kurzem hab' ich das gemerkt, wie mein Praktikum angefangen hat und ich wollt' alles unter einen Hut bringen- Praktikum, Diplomarbeit fertig machen, da hab ich natürlich auch nur wenig geschlafen, ja da hab ich das sehr stark gemerkt..“

(I 4, S 2, Z 64- 66)

Folgen

Situationen, in denen man vor Menschen stehen muss oder Leistung vor einer Gruppe von Kollegen erbringen muss, ist für viele eine hochgradig angsteinflößende Vorstellung.

„Durch diese Stresssituationen, wo ich auch manches Mal gewusst hab', jetzt gibt's wieder ein Meeting oder das muss ich in einer größeren Gruppe abhandeln, also in diesen Stresssituation sich dann in den Griff zu bekommen geht gar nicht. Ich mein, das weiß ich ganz genau, dass ich dann nicht nur einmal aufs Klo geh', sondern vorher drei Mal.“

(I 3, S 11, Z 365- 372)

Eine junge Studentin erzählt, dass die Krankheit Reizdarmsyndrom genau dann ausbrach, als ihr Leben sehr anspruchsvoll war. In der Zeit als sie gerade maturierte

und sehr viel gelernt hat und zeitgleich eine Partnerschaft in die Brüche gegangen ist.

„Das hat sehr plötzlich angefangen. Das war in der Zeit wo ich maturiert hab', da war der Maturastress und mit meinem Freund war's aus, also es war emotionaler Stress, Maturastress, es war eine weniger schöne Zeit für mich und da hat es sehr stark angefangen.“

(I 4, S 2, Z 10- 14)

2.2.2 Erfahrungen

Die zweite große Überkategorie habe ich „Erfahrungen“ benannt. Ich habe mich deshalb für diesen Begriff entschieden, weil ReizdarmpatientInnen auf Grund ihrer chronischen Krankheit gezwungen sind diverse negative Erlebnisse zu erfahren.

Im Laufe ihres Lebens als chronisch kranker Mensch müssen sie Verzichte erfahren. Diese Verzichte beginnen bei der Familie und bei Freunden, führen weiter zum Verzicht auf beruflichen Aufstieg, Einbußen beim Essen und der Resignation von Reisen oder Ausflügen.

Weiters müssen ReizdarmpatientInnen mit einem ständigen Gefühl der Scham leben. Alle Interviewpartner haben in ihren Gesprächen erwähnt, dass sie regelmäßig mit Situationen konfrontiert sind, für die sie sich genieren.

Die mangelnde Akzeptanz ist ein weiterer Faktor im Leben eines ReizdarmpatientInnen, welcher erlebt wird. Diese beginnt bei dem fehlenden Verständnis bei Freunden und Familienmitgliedern und führt weiter ins berufliche Umfeld, bis hin zum ärztlichen Personal.

Diese drei Unterkategorien, Verzichte, Scham und mangelnde Akzeptanz, führen in den meisten Fällen zu einer drohenden sozialen Isolation. Die Menschen ziehen sich aus dem gesellschaftlichen Umfeld immer mehr zurück, sind auf Grund ihrer Erkrankung dazu gezwungen, Aktivitäten und Zusammentreffen mit Freunden oder in der Familie zu meiden, und diese Situationen führen unumgänglich zum sozialen Rückzug.

2.2.2.1 Verzichte

2.2.2.1.1 Familie

Für die meisten Menschen hat Familie einen sehr hohen Stellenwert. Ob es die eigenen Kinder und/ oder der Ehemann beziehungsweise die Ehefrau ist oder ob es sich um die Eltern oder den Partner handelt- jeder Mensch strebt danach geliebt zu werden von der Familie und einen anerkannten Status zu haben. Sei es der Status „Mutter“ oder „Tochter“ oder „liebende Ehefrau“. Viele Reizdarmpatienten müssen leider genau in diesem Zusammenhang Einbusen ertragen.

Der Verzicht auf eine eigene Familie

Viele Patienten mit der chronischen Krankheit Reizdarmsyndrom leben sehr zurückgezogen, sind verschlossen und trauen sich nicht auf andere Menschen zuzugehen. Unter Tränen berichtet davon eine meiner Interviewpartner. Als Folge ihrer Erkrankung war sie immer sehr reserviert und distanziert anderen Menschen gegenüber und auf Grund dessen hat sie nie den richtigen Partner fürs Leben kennengelernt und somit ist ihr, ihr größter Wunsch, eine eigene Familie gründen zu können, verwehrt geblieben ist.

„Ich hätte auch gerne eine eigene Familie gehabt. Ja, doch ich könnte jedem so ein Kinderl wegreißen. Naja, aber ich bewundere immer dann bei jemand anderen, die glücklichen Familienverhältnisse.“

(I 3, S 5, Z 139- 142)

Unverständnis seitens der Familie

Das Missverständnis von Familienmitgliedern gegenüber den Patienten ist besonders schwer zu ertragen. Wenn gerade die Personen, die den Betroffenen am meisten am Herzen liegen, sie in schweren, schmerzintensiven Zeiten im Stich lassen, ist das für sie besonders schwer zu begreifen und tut der Seele außerordentlich weh. Das beweist folgendes Zitat:

„Wenn dann also jemand sagt du bist zimperlich, na also ,das ist dann bei mir fast ein Zusammenbruch!“

(I 3, S 6, Z 193- 194)

Eine Patientin erzählt sehr nachvollziehbar wie es sich anfühlt, wenn die eigene Familie für beschwerdereiche Situationen, in denen sich Betroffene oft befinden, kein Verständnis aufbringt. Reizdarmpatienten werden oft als Hypochonder dargestellt und Schmerzen werden nicht ernst genommen und runtergespielt.

„Und mir ist's da wirklich nicht gut gegangen, nach meiner Operation, und sie sagt: „Na geh sei nicht so zimperlich!“. Also überhaupt kein Verständnis, überhaupt kein Verständnis! Ja, das wird dann ausgelegt auf zimperlich und wenn ich so etwas dann höre, dann bin ich wirklich, also, wie soll ich sagen, nicht gekränkt, das bringt mir nix, sondern wirklich böse, da bin ich böse, weil das muss man alles erst selbst erleben. Ich sag es ihnen, sie wissen jetzt mein Alter und sie wissen, ich war so alt wie sie, wie diese ganze Misere für mich spürbar also begonnen hat.“

(I 3, S 6, Z 177- 184)

Das Gefühl wenn einen die eigene Mutter nicht ernst nimmt...

Eine meiner Interviewpartnerinnen erzählt wie es ist von ihrer eigenen Mutter mit der Krankheit nicht ernst genommen zu werden.

„Meine Mutter ist eher so, die ist 86 und hat nicht einmal einen Hausarzt, nimmt kein einziges Medikament und die ist halt so, man muss sich zusammenreißen, so vom alten Schlag halt. Sie ist hart zu sich selber, aber auch hart zu den anderen. Also ich komm mit ihrer Meinung überhaupt nicht zurecht. Wenn ich zu ihr fahr, geht's mir dann immer auch schlechter.“

(I 2, S 5, Z 173- 143)

Sie berichtet, wie es sich anfühlt, wenn die eigene Mutter die Erkrankung nicht ernst nimmt.

„Hat sie gesagt na vielleicht ist's nur psychisch. Ja nur! Ja selbst wenn es psychisch ist, hat es trotzdem eine Vorgeschichte und tut auch weh.“

(I 2, S 5, Z 150- 152)

Viele fragen sich ob Erfahrungen in der Vergangenheit, heutzutage in Form von Verdauungsbeschwerden verarbeitet werden. So auch folgender Interviewpartner, der überlegt ob eventuell die distanzierte Beziehung zu seiner Mutter ihn innerlich so sehr belastet, dass diese Sorge sich in Form von körperlichen Beschwerden äußert.

„Naja also ich glaub, dass ich wenig körperlichen Kontakt zu meiner Mutter hatte. Also wenig körperliche Nähe..ich glaub dass das einen Einfluss hat, aber das können tausend Sachen sein... aber das ist des was ich am ehesten vermute“

(I 1, S 11- 12, Z 372- 374)

Angenommen werden von der Familie

Es gibt selbstverständlich auch Familienmitglieder, die sehr empathisch reagieren und sich sehr gut einfühlen können in die Reizdarmpatienten. Dies wird als sehr hilfreich und positiv von den Betroffenen erlebt.

„Ja, mein Mann, der hat da schon Verständnis.“

(I 2, S 5, Z 173)

„Ja, mein Vater lebt nicht mehr, aber meine Schwestern, die waren auch sehr, also, mit ihnen rede ich schon sehr viel darüber. Die sind da sehr interessiert daran, die erzählen mir halt auch, wenn sie irgendwelche Probleme haben. Da ist schon ein Austausch da. Mein Mann auch, ich mein, er sagt selber wenn er irgendwas liest, vielleicht hilft dir ja dies oder das.“

(I 2, S7, Z 218- 222)

Eine Interviewpartnerin erzählt, wie entlastend es ist, die eigenen Probleme mit einer Person, ihrem ihrem Fall war es der Lebenspartner, teilen zu können, ohne sich dafür genieren zu müssen.

„Ich mein, bei meinem Freund ist mir das egal, der weiß das, vor dem ist mir das auch nicht peinlich.“

(I 4, S 3, Z 78)

Besonders schön ist das Gefühl, wenn nahe Familienangehörige besonderes Interesse für die Erkrankung zeigen und sich zu diesem Thema sogar weiterbilden möchten, um den Betroffenen besser in seiner Situation verstehen zu können.

„Also das ist nämlich interessant. Mit meiner Mutter kann ich super darüber reden, weil die versteht das, weil sie viel drüber gelesen hat.“

(I 4, S 4, Z 121- 123)

Das Verständnis von Angehörigen gegenüber Betroffenen wächst besonders dann, wenn diese auch mit Probleme im Bereich des Verdauungstrakts zu kämpfen haben. Der Austausch unter Gleichgesinnten scheint sehr positiv erlebt zu werden.

„Mein Bruder der hat das jetzt auch, also der versteht das schon auch, also der hat's weniger mit dem Darm, sondern mit der Speiseröhre. Das liegt anscheinend doch bei uns in der Familie, mit dem kann ich besonders gut darüber sprechen.“

(I 4, S 4-5, Z 139- 143)

2.2.2.1.2 Freunde

Mangelndes Verständnis und daraus resultierender Rückzug

Viele Reizdarmpatienten müssen leider auch erfahren, dass Ihnen kein Verständnis entgegen gebracht wird. In jedem Interview wurde erwähnt, dass ein Mensch, der von der Krankheit nicht betroffen ist, es gar nicht nachempfinden kann wie es sich anfühlt.

„Nein, ich glaub die verstehen mich nicht, weil wie es mit allen diesen Krankheiten ist, wo es keinen genauen Auslöser für Schmerzen gibt, wie Unwohlsein oder so was, ist es nicht wirklich nachvollziehbar für jemanden der es selbst nicht fühlt.“

(I 1, S 8, Z 242- 244)

Aus diesem Grund vermeiden viele das Ansprechen dieses Themas, wenn sie sich allerdings doch dafür entscheiden, mit jemanden darüber zu reden, dann mit einem Menschen, welcher selbst schon einmal unangenehme Erfahrungen mit der eigenen Verdauung erlebt hat.

„Richtiges Verständnis, wenn es einer nicht selbst hat, der kann es gar nicht verstehen, weil er es gar nicht wahr haben kann, weil er sich gar nicht in die Situation hineinversetzen kann. Der geht ein Mal oder zwei Mal in der Früh aufs Klo und es ist erledigt für den ganzen Tag. Einige die vielleicht auch ein bisserl ein Problem haben, aber nicht so arg ausgeprägt, mit denen ist es dann vielleicht schon wieder leichter darüber zu reden, wenn überhaupt die Rede darüber, aber vielfach behalt ich es lieber bei mir.“

(I 3, S 7, Z 205-211)

Einige ReizdarmpatientInnen berichten auch von den traurigen Erfahrungen, dass in ihrem Freundeskreis keine einzige Person existiert, die ihre Krankheit nachvollziehen kann.

„Aber es versteht keine von meinen Freundinnen..“

(I 4, S 3, Z 78)

„Meine Freundinnen, die können das glaub ich überhaupt nicht nachvollziehen.“

(I 4, S 4-5, Z 134- 143)

Eine Patientin hat berichtet, ihre große Sorge ist, wenn sie versuchen würde Freundinnen von ihrer Krankheit zu erzählen, dass sie nicht ernst genommen werden würde. Reizdarmpatienten sieht man die Erkrankung nicht an und das macht es schwierig für andere es nachvollziehen zu können, geschweige denn sich einfühlen zu können.

„Nein, nicht wirklich, weil das ist sicher mein Fehler, weil ich auch nicht darüber rede, nicht wirklich, aber ich glaube die nehmen das nicht ernst. Die haben noch nie irgendwas gehabt. Die haben noch nie irgendein Wehwehchen oder eine richtige Krankheit oder irgendwas gehabt und die können das überhaupt nicht verstehen, weil es sich ja nach außen überhaupt nicht zeigt. Wenn sie mich sehen, schau ich ja nicht krank aus oder so. Ja, das war irgendwie schon komisch auch, wie das begonnen hat und ich damals eine Woche im Krankenhaus war, das haben sie irgendwie nicht ganz nachvollziehen können.“

(I 4, S 4-5, Z 134- 141)

Es scheint als ob die Frage „Wie geht es dir?“ in unserer Gesellschaft mittlerweile oft an ein „Hallo“ hintendran gehängt wird, ohne dass man ernsthaftes Interesse am Wohlbefinden der Anderen hat. Ähnlich empfindet es auch eine meiner befragten Reizdarmpatientinnen:

„Leute die sich gar nichts anzufangen wüssten, wo ich das von vornherein schon weiß, denen, wenn sie mich fragen, wie geht's dir denn, oder wie geht's Ihnen denn, die wissen das gar nicht, weil da weiß ich eh von vorn herein, entweder es hat schon mal eine Situation gegeben, wo ich auch eine blöde Antwort gekriegt habe, oder ja die fragen, obwohl es ihnen eh egal ist.“

(I 3, S 6, Z 195- 200)

Die Krankheit vor Anderen verheimlichen

Viele Patienten versuchen die Krankheit oftmals zu verheimlichen und geben ihr innerliches Gefühlsleben nicht preis.

„Deswegen möchte ich die Leute damit auch nicht überschütten, jeder hat irgendwie so sein Ding.“

(I 1, S 8, 247- 248)

Um ausführlichen Erklärungsversuchen aus dem Weg zu gehen, bei denen Betroffene oft das Gefühl verspüren, sich rechtfertigen zu müssen, wird die Krankheit vor Freunden oder Bekannten nur kurz erläutert und es wird nicht genau darauf eingegangen .

„Man spricht es vielleicht einmal an oder so, aber man breitet es nicht unbedingt aus und wenn sie ungefähr bescheid wissen, so ist das schon ok.“

(I 1, S 7, Z 234- 235)

Eine Patientin hat mir in ihrem Interview berichtet, sie erzählt niemanden von der Krankheit Reizdarmsyndrom, weil sie sich von einem Gespräch zu dem Thema sowieso kein Verständnis erhofft und Mitleid braucht sie erst recht keines.

„Ich mein ich brauch’ kein Mitleid, weil das will ich gar nicht!“

(I 3, S 6, Z 201)

Mit Vorurteilen kämpfen müssen

Einige meiner befragten Personen sind schon des Öfteren mit Vorurteilen konfrontiert worden. So ist es keine Seltenheit, dass sie zu hören bekommen, dass das Reizdarmsyndrom „nur eine psychische Krankheit“ sei und als ernsthafte Krankheit nicht wahrgenommen wird.

„...hat’s gesagt na vielleicht ist’s nur psychisch, ja nur! Ja selbst wenn es psychisch ist, hat’s trotzdem eine Vorgeschichte und tut auch weh.“

(I 2, S 5, Z 150- 152)

Es gibt durch aus auch Reizdarmpatienten die sogar unfassbare Beleidigungen ertragen müssen. So auch eine meiner Interviewpartnerinnen die erzählt, dass sie als Frau mit einer psychiatrischen Vorgeschichte, als minderwertig im Vergleich zu anderen eingestuft wurde.

„Da hab ich eine Frau, die hilft mir hin und wieder im Haushalt und da hab ich erzählt, ich war im Spital halt, ich hab gesagt ich hab psychische Probleme gehabt, ja und dann hab ich eben mal so erzählt, dass ich da einmal in England war... sagt sie darauf „Sie können Englisch?“ Also die ist sicher ungebildeter als ich, aber sie hat mich gleich sofort eingestuft also psychisch krank ist gleich deppat.“

(I 2, S 11, Z 353- 358)

Obwohl man heutzutage weiß, dass auch viele Männer an der chronischen Krankheit Reizdarmsyndrom leiden, besteht in der Gesellschaft weiters noch das Vorurteil, dass es sich hierbei um eine „typische Frauenkrankheit“ handelt. Dies bestätigen meine Interviewpartner:

„Also ich frag mich auch immer, die Diagnose Reizdarmsyndrom gibt's ja nicht so lange, was haben die Leute früher gemacht? Naja, wahrscheinlich so wie ich.. mit der Diagnose „nervöser Darm“ abgefertigt worden... oder zu viel Stress oder Frauen die sich ganz einfach viel zu viel zu Herzen nehmen, das schlägt sich eben auf den Darm nieder... diese typischen Vorurteile eben..“

(I 3, S 12, Z 373-376)

2.2.2.1.3 Beruflicher Aufstieg

Beruflich Karriere zu machen, trotz der Diagnose Reizdarmsyndrom ist für viele leider nicht möglich.

Wie bereits oben erwähnt wurde, ist es keine Seltenheit dass Stress zum verstärkten Vorkommen der Symptome führt. Beruflich erfolgreich zu werden und die Karriereleiter hinauf zu steigen, führt in den meisten Fällen auch zu mehr Stress.

Eine Patientin erzählt, dass sie deutlich gemerkt hat, als sie nach langer Studienzeit, in die Berufswelt eingetreten ist, die Stärke der Reizdarmsymptome rapide zugenommen hat.

„Jetzt während dem Studieren ist es mir eigentlich gar nicht so bewusst gewesen, weil ich eh immer in der Wohnung gewesen bin und hab’ Diplomarbeit geschrieben, aber jetzt wo ich jeden Tag im Büro sitz, ist es schon wesentlich präsenter.“

(I 4, S 3, Z 93- 96)

Das Leben mit einer ständigen Lüge

Patienten erzählen von Ereignissen aus ihrem Berufsleben, als sie plötzlich während eines wichtigen Meetings, dringend eine Toilette aufsuchen mussten und welche Geschichten sie sich als Ausrede dafür einfallen ließen, nur das die Kollegen oder der Chef nichts von ihrer Krankheit mitbekommt.

„Ich hab die letzten zwanzig Jahre also eine leitende Stellung gehabt, ich hab viel in Meetings sein müssen, jetzt hätt’ ich so oft müssen - und da hab ich mir immer gedacht, „Jesus na, jetzt soll die Situation kommen, wo ich irgend’ eine Unterlage holen muss!“

(I 3 S 6, Z 185- 188)

Weiters berichtet diese Patientin, was sie unternommen hat um unbemerkt das WC besuchen zu können.

„...und dann hab ich mir also immer gewünscht, lass mich jetzt irgend eine Unterlage holen müssen und da hab ich mich immer dummeln müssen. Bin ich zuerst aufs Klo und dann hab ich die Unterlagen geholt.“

(S 6, Z 190- 193)

Situationen, die für gesunde Menschen leicht zu meistern sind, stellen einen Reizdarmpatienten vor große Herausforderungen.

„...zum Beispiel Telefonate oder wichtige Verhandlungen,... waren furchtbar nervenaufreibende, nervenbelastende Situationen.“

(I 1, S 9, Z 293- 294)

2.2.2.1.4 Essen

Das Essen spielt in unserer heutigen Gesellschaft eine große Rolle.

Zum Essen ausgehen, ein Dinner unter Freunden, eine Esseneinladung oder ein Restaurantbesuch hat einen hohen Stellenwert und steht für Lebensqualität.

„Also was ich alles nicht essen darf, das kann man fast nicht einhalten, das ist ja keine Lebensqualität!“

(I 2, S 2, Z 50- 51)

„Na doch, man hat Einschränkungen, weil man eben darauf achtet was man isst und auch eventuell was das für Auswirkungen hätte und es gibt halt Zeiten, wo man sehr gefordert ist und wo man dann eben aufpasst...“

(I 1, S 3, Z 73-75)

Laktose- und Histaminintoleranz

Wie bereits oben erwähnt, sind Laktose-, Histamin und Fructoseintoleranzen bei Reizdarmpatienten sehr weit verbreitet und führen zu weiteren großen Einschränkungen in der Ernährung.

Für Patienten mit Laktoseintoleranz gibt es die Möglichkeit vorher Tabletten einzunehmen, welche es erlauben sollen, milchzuckerhaltige Produkte zu verzehren. Eine betroffene Reizdarmpatientin erzählt allerdings das dies keine zufriedenstellende Lösung ist:

„Es ist auch irgendwie, ich weiß nicht, total einschränkend, wenn ich jetzt bei jeder Mahlzeit 4 Tabletten oder so schlucken muss, dass ich ja keine Beschwerden hab'- und wirken tut es trotzdem nicht!“

(I 4, S 3, Z 74- 76)

Ein zusätzliches Problem welches sich aus einer komplett laktosefreien Diät ergibt ist jenes, dass der Körper, schon bei kleinen Mengen Milchzucker, beginnt mit negativen Symptomen darauf zu reagieren.

„Aber ich muss sagen, dass das auch immer stärker geworden ist- die Intoleranz. Die ist immer mehr geworden, also wenn ich jetzt aufpass’ und eben laktosefreie Milch und Käse und das alles ess’, ich schlag’ auf alles an, auf Gebäck, auf jede Kleinigkeit.“

(I 4, S 2, Z 52- 57)

Wenn, auf Grund einer Essenseinladung oder einem Besuch im Restaurant, doch einmal eine dieser Zutaten, welche nicht vertragen werden, auf dem Teller landet, führt das zu starken Schmerzen und dem Einsetzen anderer individueller Symptome, wie Durchfall, Koliken oder Unwohlsein.

„Ich hab’ auch gemerkt, dass wenn ich was gegessen hab’, dass ich zu Blähungen geneigt hab.“

(I 1, S 1, Z 13- 14)

Ständig auf Diät sein müssen

Jeder einzelne Interviewpartner hat berichtet, dass sie auf Grund des Reizdarmes genauestens Acht auf ihre Ernährung geben müssen. Auf Grund der immer wiederkehrenden Schmerzen, berichten die Befragten, dass sie gezwungen sind Diät zu halten, beziehungsweise einem speziellen Ernährungsplan zu folgen, welcher den Verzicht von einigen Lebensmitteln vorsieht.

„Jetzt kann ich nicht einmal ein bisschen einen selber gemachten Ribiselsaft trinken. Ich hab’s im Garten, die Ribisel und jetzt muss ich’s ganz meiden.“

(I 3, S 3, Z 115- 116)

Die oben hervorgehobenen Zitate zeigen sehr deutlich, welch großen Einfluss die Ernährung auf das körperliche Wohlbefinden nimmt. Betroffene müssen oft einige

Abstriche in ihrem Speiseplan machen, weil sie auf viele Nahrungsmittel mit Blähungen, Koliken, Obstipation und/ oder Diarrhöe reagieren. Zum Bäcker gehen und bei Mehlspeisen zugreifen, die einem schmecken, ist bei der Erkrankung Reizdarmsyndrom oftmals leider nicht möglich. Folgende Frage:

„Was ess' ich zum Frühstück?“

(I 3, S 2, Z 73)

zeigt, wie ich finde, sehr deutlich die Verzweiflung von Reizdarmpatienten, weil sie oftmals nicht mehr wissen was sie vertragen, worauf sie mit Beschwerden reagieren und was sie essen können ohne, dass ihr Darm Minuten bis Stunden später erneut mit Symptomen antwortet.

Essen als gesellschaftliches Ereignis

Personen mit Reizdarmsyndrom sind in alltäglichen Situationen, wie beispielsweise mit einer Essenseinladung von Freunden, mit großen Problemen konfrontiert. Sie sind gezwungen auf der Speisekarte nach jenen Gerichten zu suchen, welche sie vertragen und können nicht einfach bestellen, wonach es ihnen gelüftet.

„So eine trockene Semmel allein schmeckt halt auch nicht. Beim Herfahren kaufe ich mir immer nur eine trockene Semmel, weil ein Briochekipferl oder ein Nusskipferl geht halt nicht.“

(I 3, S 3, Z 75- 76)

Ein weiteres Zitat zeigt, welche Problematiken sich ergeben, wenn man berufstätig ist und auf die Kantine in der Arbeit angewiesen ist. Es führt teilweise soweit, dass es für Betroffene keine Speisen gibt, die sie vertragen und sie dazu gezwungen werden zu fasten.

„Wenn wir Mittagessen gehen in die Kantine, dann ess' ich entweder fast gar nichts, oder nur trockenen Reis, oder trockenes Fleisch.“

(I 4, S 3, Z 80 – 82)

2.2.2.1.5 Reisen

Viele Reizdarpatienten müssen leider auf Grund ihrer Krankheit auf viele schöne Unternehmungen im Leben verzichten. Dazu zählen Urlaube oder Tagesausflüge, welche mit längeren Fahrtzeiten verbunden sind.

So beschreibt eine meiner Interviewpartnerinnen unter Tränen, was sie bei einer längeren Autobusfahrt, vor einigen Jahren, erlebt hat. Auf Grund anfallsartigen Durchfalls musste sie dringend, während einer Pause, eine Toilette aufsuchen und nachdem sie mit kurzer Verspätung als letzte den Bus betrat, machten sich die anderen Gäste lustig über sie.

„In meiner Pension, hab ich mit Freunden, Nachbarn fallweise so eine Tagesfahrt, so eine Autobusfahrt nach Znojmo gemacht, hin und wieder, (...) Heutzutage mache ich die nicht mehr weil, einmal war eine Situation, von der kann ich berichten: Ich hab' dringend ein Klo aufsuchen müssen vor der Weiterfahrt, und bin drei Minuten vor halb 10, also rechtzeitig, zurück in den Bus gekommen. Ich war aber die letzte und eine von uns hat gesagt na wenn die (Name) endlich kommt tun wir sie einklatschen, weil sie auch schon da ist.“

(I 3, S 7, Z 214-222)

Traurig fügt sie hinzu, dass sie ab diesem Zeitpunkt beschlossen hat, komplett auf Autobusfahrten und folge dessen diese schönen Tagesausflüge mit Freunden zu verzichten.

„Wissens was ich dann beschlossen habe? Das war meine letzte Autobusfahrt, und das ist jetzt schon viele Jahre her, ich mach keine Autobusfahrt mehr. Ja, das tut mir weh, ich darf nicht darüber nachdenken, weil das sind dann manche schöne Tage, wo man so ein bissl rauskommt vom Alltag, aber das war's.“

(I 3, S 7, Z 222-228)

Eine meiner weiteren Interviewpartnerinnen berichtet, dass sie kürzlich von ihrer Freundin gefragt wurde, ob sie gemeinsam einen Städteurlaub nach Prag unternehmen möchte. Obwohl die Interviewpartnerin gerne mit ihr gefahren wäre, musste sie absagen. Der Gedanke mit einer zweiten Person ein Zimmer, aber vor allem eine Toilette teilen zu müssen, bereitet ihr Angst und führt zu großen Schamgefühlen.

„Eine Freundin hat mich letzstens gefragt, ob ich nicht ein Wochenende mit ihr nach Prag fahr, Städteurlaub mach, einen Kurztrip und da hab ich mir schon gedacht, nein lieber nicht, weil wir sind gemeinsam in einem Zimmer und das wäre mir echt zu peinlich.“

(I 4, S 3, Z 93- 96)

Zug- beziehungsweise Autofahrten

Eine weitere Person erzählt, für sie sind Fahrten mit dem Auto, auch wenn es sich um nur eine Stunde handelt, viel zu lange. Darauf muss sie verzichten, stattdessen sagt sie, ist es ihr lieber sie nimmt den Zug, denn da befindet sich für den Notfall immer eine Toilette.

„Zum Beispiel, hab ich mir mit einer Freundin ausgemacht, ich fahr mit ihr mit dem Auto nach Wien, wäre doch sehr günstig gewesen. Hab ich abgesagt, weil ich fahr lieber mit dem Zug, weil ich hab nämlich das Problem, wenn ich Blähungen hab, dann geh ich immer auf's Klo und probier ob was rausgeht und im Zug da kann ich auf's Klo gehen und wenn ich da im Auto sitz länger, nach einer Zeit ist das blöd.“

(I 2, S 6, Z 179- 184)

Viele berichten, sie fahren nicht gerne an einen anderen Ort, weil sie sich zuhause am wohlsten fühlen. Sollten sie plötzlich an starken Schmerzen leiden, können sie ihr Bett aufsuchen, an fremden Orten sind sie dabei mit Problemen konfrontiert.

„Ich fahr auch nicht so gern woanders hin, weil ich brauch’ auch immer meine Wärmeflasche am Abend oder wenn ich dann starke Schmerzen hab’.“

(I 2, S 6, Z 185- 188)

Fremde Toiletten

Bei meinen Interviews hat sich weiters herausgestellt, dass viele Betroffene ein Problem damit haben, fremde Toiletten zu benutzen. Vor allem Toiletten im Autobus, die nicht ausreichend Privatsphäre vermitteln, führen zu Unbehagen.

„Also, ich geh wohl nicht im Autobus auf’s Klo.“

(I 3, S 7, Z 232)

Aus diesem Grund nehmen Betroffene lieber in Kauf, auf einen schönen Ausflug zu verzichten, als mitzufahren und womöglich im Bus das WC nutzen zu müssen.

„Na also jedenfalls, ich mache keine Autobusfahrt mehr, tut mir auch furchtbar leid.“

(I 3, S 7, Z 237-238)

2.2.2.2 Scham

Betroffene ReizdarmpatientInnen klagen sehr häufig, dass sie sich für die Symptome ihrer Krankheit sehr genieren und diese oft zu sehr peinlichen Situationen führen.

„Da bin ich jetzt gesessen im Krankenhaus, im Büro, und in meinem Bauch hat's nur geblubbert, das war mir total peinlich vor den ganzen Mitarbeitern.“

(I 4, S 2, Z 66- 68)

Neben dem ständigem Durchfall, sind es vor allem auch die lauten Darmgeräusche, welche zu einem großen Schamgefühl gegenüber anderen Menschen führen.

„Das wär' schon peinlich wenn es ständig gluckert im Bauch, es ist schon extrem geworden, von den Darmgeräuschen her, es ist echt extrem geworden.“

(I 4, S 3, Z 83- 85)

Auf Grund des hohen Schamgefühls, sind viele PatientInnen gezwungen schöne Unternehmungen, Reisen oder Treffen mit Freunden abzusagen.

„Nein lieber nicht, weil da sind wir gemeinsam in einem Zimmer und das wäre echt zu peinlich.“

(I 4, S 3, Z 95-96)

Betroffene reden meist nicht über ihre Erkrankung oder verschweigen es vor anderen, weil sie sich genieren und Angst haben ausgelacht, oder nicht verstanden zu werden.

„Aber ich hab' da auch nicht wirklich viel darüber geredet mit ihnen, weil es mir eigentlich peinlich ist.“

(I 4, S 3, Z 96)

Vor allem Frauen genießen sich vor dem anderen Geschlecht über ihre Krankheit zu reden.

„Also das waren teilweise Herren, die Direktoren, wo ich jetzt nicht sag, bitteschön ich komm' gleich. Mir war das immer unangenehm, weil das hat im Büro kein Mensch gewusst“

(I 3, S 6, Z 188-190)

Betroffene genießen sich für das Reizdarmsyndrom, weil sie innerlich sehr stark leiden, die Krankheit nach außen hin allerdings nicht sichtbar ist.

„...weil sich's ja nach außen überhaupt nicht zeigt, wenn's mich sehn, schau ich ja nicht krank aus oder so.“

(I 4, S 4, Z 130 131)

2.2.2.3 Soziale Isolation

Diese vielen unterschiedlichen Erfahrungen, welche Patienten durchleben müssen, angefangen von den vielen Verzichten, wie das Resignieren von Reisen, die ständigen Einschränkungen beim Essen und das Aufgeben des beruflichen Erfolgs, zusätzlich zu einem Leben mit ständigem Schamgefühl, können unweigerlich zur sozialen Isolation führen.

„Also das fällt dann schon ein bisserl in den Sozialabfall, fällt das ein bisserl in die soziale Isolierung? Schon eigentlich oder? Mir geht's psychisch, oder nervlich, ich will nicht immer das Wort Psyche verwenden, nervlich dadurch besser.“

(I 3, S 8, Z 242-244)

Auf Grund des Reizdarmsyndroms ist es Betroffenen nicht möglich alle Termine wahrzunehmen und jedes Treffen mit Freunden zu realisieren. Sie sind gezwungen auf viele Veranstaltungen im Privatleben zu verzichten.

„Ich will nicht sagen sozial isoliert, das kann ich auch ein bisserl steuern, aber ich suche mir aus, also ich dräng mich nicht auf, dort will ich hingehen, oder dort will ich hingehen, weil ich genau weiß, das schaff ich eh nicht.“

(I 3, S 7, Z 212-214)

2.2.3 Bewältigung

2.2.3.1 Untersuchungen/Therapien

Um Klarheit zu bekommen und die Ursache all dieser Beschwerden zu ergründen, sind Reizdarmpatienten gezwungen, viele Strapazen diverser Untersuchungen auf sich zu nehmen.

Die Frage, ob eine Nahrungsmittelintoleranz Grund für all diese Beschwerden sein könnte, schwebt in den Köpfen aller meiner Interviewpartner.

„...und ich hab dann im Blut Nahrungsmittel, verschiedene, getestet- alles in Ordnung.“

(I 2, S 2, Z 45- 46)

„Im Blut ist getestet worden: Weizen, Milch, Dorsch, weiß gar nicht was noch alles, ...Soja.“

(I 2, S 5, Z 162)

Viele Betroffene leiden zusätzlich zum Reizdarmsyndrom an einer Laktoseunverträglichkeit.

„...und da hat man ab einer gewissen Zeit den Laktosetoleranztest gemacht und da ist rausgekommen es ist eine hochgradige Laktoseintoleranz.“

(I 3, S 2, Z 47- 49)

Auf mögliche Unverträglichkeit gegen Histamin wird weiters getestet. Der Verdacht wird sehr häufig bestätigt.

„Histamin ist auch eindeutig bei mir, also da hab ich eine totale Unverträglichkeit. Histaminintoleranz, ja dazu zählt also Wein, Weintrauben, Käse... da wird mir ganz schwindelig.“

(I 4, S 5, Z 158- 160)

„Histamin hab' ich jetzt kürzlich untersucht und vielleicht werde ich noch Laktose testen.“

(I 2, S 2, 38- 39)

Neben Histamin- und Laktoseunverträglichkeiten, überprüfen Betroffene auch eine denkbare Unverträglichkeit gegen Fruchtzucker.

„Einen Fructose H2- Test habe ich auch gemacht.“

(I 3, S 2, Z 68)

Fast jeder meiner Interviewpartner muss sich unangenehmen Darmuntersuchungen unterziehen.

„Ich hab' auch mal so eine Untersuchung gemacht, so eine Darmspiegelung, so eine Enddarmspiegelung.“

(I 1, S 3, Z 77- 78)

Zu den diversen Darmuntersuchungen kommen oftmals auch Magenuntersuchungen dazu.

„...weil ich hab' auch eine Magenspiegelung gehabt.“

(I 2, S 4, Z 115)

„Dann haben wir eine Gastroskopie gemacht, auch eine Endoskopie und diese ganzen Untersuchungen.“

(I 4, S 1, Z 24- 25)

Operationen am Darm sind unter den Betroffenen auch keine Seltenheit.

„Also beim Mastdarm bin ich operiert worden.“

(I 2, S 1, Z 25- 26)

„Im Jänner 2008 habe ich eine ganz große Darmoperation gehabt, mit der Diagnose Darmvorfall, Darmprolaps.“

(I 3, S 3-4, Z 101- 103)

Blutabnahmen sind weiters eine häufig unternommene Untersuchung unter den Betroffenen.

„Eine Blutabnahme hab’ ich auch gemacht.“

(I 4, S 1, Z 17)

„Nach der Blutabnahme ist rausgekommen, dass mein Blutbild super ist.“

(I 2, S 2, 38- 39)

„Ich hab außerdem im Blut einen sehr hohen Allergiewert, aber keine Allergie, das ist festgestellt worden.“

(I 2, S 5, Z 156- 157)

Es werden oft die unterschiedlichsten medizinischen Untersuchungen durchgeführt, und trotzdem bekommen Betroffene keine Antwort auf ihre dringende Frage, woher denn die Beschwerden kommen.

„Es sind mehrere Untersuchungen gemacht worden... auch Röntgen und CT, um gröbere Sachen auszuschließen, da ist nichts rausgekommen.“

(I 1, S 1, Z 23- 24)

Eine meiner Interviewpartnerinnen erzählte, dass sie vor einigen Jahren eine starke Cortison- Therapie, mit vielen Nebenwirkungen, durchführen musste, weil ihr Entzündungswert im Blut sehr hoch war. Im Nachhinein hat sich leider herausgestellt, die Behandlung war ohne Erfolg.

„...und dann haben sie gesagt, ja machen wir so eine Cortison- Therapie. Die haben wir dann gemacht, die Dosis war sehr hoch, also es war eine sehr starke Therapie und dann ist es besser geworden, der Entzündungswert ist runter gegangen, aber ich hab’ trotzdem noch Beschwerden gehabt.“

(I 4, S 2, Z 35- 38)

Auf alternative Heilmethoden greifen einige meiner Befragten zurück und probieren unter anderem Schüsslersalze oder Akupunktur aus.

„...aja ich habe Schüsslersalze...“

(I 2, S 9, Z 295)

„Na irgendwer hat zu mir gesagt ich soll Akupunktur versuchen.“

(I 2, S 9, Z 0- 291)

Andere bauen weiters auf psychotherapeutische Therapiemöglichkeiten, weil die schulmedizinischen Heilungsmethoden unzufriedenstellend und erfolglos waren.

„Traumatherapie, zum Beispiel wird auch eingesetzt, es gibt nicht so viele, zum Beispiel Hypnose oder EMDR heißt das, wo man mit Augentechniken und Bildern arbeitet, das könnte etwas bringen, ich hab' mir jetzt da auch einen Termin ausgemacht.“

(I 1, S 6, Z 195- 198)

2.2.3.2 Individuelle Strategien

Da die medizinischen Heilungsversuche leider sehr oft gescheitert sind und bei keinem meiner Interviewpartner zu Klarheit geführt haben, geschweige denn Heilung oder Besserung erbracht haben, hat jeder individuelle Strategien entwickelt um mit dem Beschwerdebild zu leben.

„Also gewisser Maßen habe ich mir diese diätetischen Maßnahmen selbst zu Recht gelegt, mit professioneller Hilfe.“

(I 3, S 9, Z 280-281)

„Ja beim Essen natürlich halte ich gewisser Maßen eine gewisse Diät, die ich selbst herausgefunden habe, ein.“

(I 3, S 9, Z 275- 277)

Alle meine Interviewpartner halten sich an einen eigens zusammengestellten Ernährungsplan.

„Ich habe versucht vor allem mit diversen Ernährungsformen zu leben.“

(I 1, S 3, Z 98)

„Für mich hat am besten funktioniert, die Empfehlung, sich so zu ernähren wie unsere Vorfahren, also die letzten zehntausend Jahre auszuklammern, wo das Getreide sehr stark gekommen ist und mehr so essentielle Produkte, vielleicht auch Milchprodukte und weniger Stärke und eben weniger Kohlenhydrate, zu essen.“

(I 1, S 3- 4 101- 105)

Einige achten sehr stark auf Kalorien und versuchen möglichst vitaminreich und naturbelassen zu essen.

„Ich hab’ vegetarisch, vegan, diese Ayurveda-Geschichte probiert. Ich hab’ mich ernährt nach Schatalova, dass ist so eine Russin die propagiert extrem kalorienarmes Essen, extrem naturbelassen. Ja das hab ich probiert, was wirklich funktioniert hat war, diese Steinzeiterernährung, oder so irgendwie. Ich schaue halt auch auf die Qualität und so weiter, aber eher bei Obst und Gemüse.“

(I 1, S 3- 4 107- 112)

Es gibt auch Patienten die ihren Diätplan auf nur zwei Lebensmittel reduziert haben, weil sie klagen, dass sie auf alles andere mit Schmerzen reagieren.

„Bananen und Reis, damit kann man eine gewisse Zeit, also mehrere Tage oder so, leben, also das hat sehr viel Inhaltsstoffe, da hat man keine Mangelerscheinungen, da hab ich mir auch schon gedacht, vielleicht sollt ich das einmal probieren.“

(I 2, S 5, Z 167- 169)

Sehr häufig kommt es vor das Patienten bestimmte Lebensmittel von ihrem Speiseplan streichen müssen. Eine meiner Interviewpartnerinnen hat mir leidvoll erzählt, dass sie unheimlich gerne Brot ist, aber auf Grund des ständigen Schmerzes vermutet, dass sie vielleicht darauf negativ reagiert und nun überlegt komplett auf Brot zu verzichten.

„... aber vielleicht müsst ich wirklich einmal konsequent sein. Sich so richtig durchtesten. Einmal kein Brot essen, vielleicht ist es ja das Brot, weil ich esse relativ viel davon...“

(I 2, S 6, Z 173- 176)

Eine Reizdarmpatientin, die zusätzlich noch an einer Laktoseintoleranz leidet, berichtet, wenn sie laktosehaltige Lebensmittel zu sich nimmt ist sie vorher gezwungen Tabletten einzunehmen.

„Ich habe diese Laktrasetabletten, die man ja vor oder während einer Mahlzeit einnehmen soll, auch schon einmal probiert.“

(I 4, S 3, Z 72- 73)

Patienten die von dieser Intoleranz betroffen sind, müssen folglich komplett auf Milchprodukte verzichten, was zu weiteren Einbusen in den Lebensqualität führt.

„Ich hatte dann logischerweise Milchprodukte gemieden, trotz dem es, in den Jahren wie es festgestellt wurde, noch keine laktosefreien Produkte gegeben hat, die kamen dann erst ein paar Jahre später, also musst ich das ganze einmal total meiden, eben was Milchzucker, Laktose beinhaltet.“

(I 2, S 2, Z 60-64)

Positiv wirkt sich das Betreiben von Sport auf das Beschwerdebild der Krankheit aus. Eine Interviewpartnerin erzählt, dass ihre Verdauung durch regelmäßiges Laufen profitieren würde.

„Das merkt man schon, mit Sport wird's besser, weil jetzt tu' ich wieder nicht laufen, aber im Sommer bin ich viel laufen gegangen, das schlägt sich schon aus auf den Darm, das wird dann schon besser. Die Verdauung funktioniert einfach flotter.“

(I 4, S 3, Z 97- 99)

Obwohl die meisten Patienten sehr genau auf gesunde Ernährung und ausreichende Flüssigkeitsaufnahme achten und regelmäßig Sport betreiben, leiden sie an ständigen Beschwerden im Verdauungstrakt. Dieses Unwissen, woher die Symptome kommen und weshalb diese auftreten, obwohl sie alles Mögliche dagegen tun, und die Schmerzen trotzdem ständig vorhanden sind, belastet sehr stark und führt zu Ratlosigkeit.

„...aber ich ernähre mich an und für sich eh ganz gesund, ich esse eigentlich wenig Fleisch, trinken tu' ich auch viel, Bewegung mach ich auch...“

(I 2, S 9, Z 178- 180)

Neben der Ernährung ist auch das Thema „Entspannung“ sehr präsent. Reizdarmpatienten probieren mit Hilfe unterschiedlicher Strategien den Körper, insbesondere den Darm, in einen entspannten und nicht verkrampften Zustand zu bringen.

„Und wie gesagt, diese Entspannungstechniken wende ich wohl dann an.“

(I 3, S 9, Z 274- 275)

Patienten probieren alle Möglichkeiten aus, um den Schmerzen entgegen zu wirken.

„Meditationen, Yoga, verschiedenste progressive Muskelentspannungstechniken...“

(I 1, S 6, Z 174-175)

„Zu einer zweiten Entspannungstechnik habe ich mich vor einigen Jahren ausbilden lassen, also eben professionell gelernt bekommen. Das war das progressive Muskelentspannungstraining nach Jokobsen.“

(I 3, S 8-9, Z 271-273)

Bei manchen zeigt das Durchführen von Entspannungsübungen leider keine Auswirkung:

„Entspannungstechniken- ja das habe ich schon probiert aber für mich festgestellt, dass das nicht funktioniert, das funktioniert 3,4 Mal bei mir relativ gut und das war's.“

(I 1, S 5, Z 169- 170)

Auch autogenes Training wird von einigen praktiziert.

„Jeden Tag zum Einschlafen, mach ich Autogenes Training.“

(I 3, S 8, Z 268)

Eine andere Methode, um mal kurzzeitig nicht an den Schmerz denken zu müssen ist, sich auf andere Gedanken zu bringen. Ein Spaziergang im Wald oder eine Kaffeetratsch mit Freunden, Ablenkung ist ein weiteres Gegenmittel, das zeitweise Milderung verschafft.

„...dass ich halt viel unternehme, ja Ablenkung.“

(I 2, S 9, Z 275- 276)

Die meisten Reizdarmpatienten müssen sich in ihrem Leben allerdings ganz nach ihrer Krankheit richten. Wenn ein wichtiger Termin ansteht, müssen sie Tage vorher schon die bestmöglichen Bedingungen dafür schaffen. Dies beinhaltet oftmals tagelanges Fasten oder das Betreiben von regelmäßigem Sport oder der Verzicht auf den Konsum diverser Lebensmittel. Und wenn all diese Methoden zu keinem positiven Effekt führen, sind die einzigen Möglichkeiten oft, den Termin zu verschieben oder abzusagen.

„Ja, man versucht es sozusagen zu verschieben, ja schon, man versucht sozusagen, bestmögliche Voraussetzungen dafür zu schaffen.“

(I 1, S 9, Z 296- 297)

„Ich mache mir da schon Gedanken wie ich mich zu dem Zeitpunkt in etwa ernähr.“

(I 1, S 9, Z 300- 301)

2.2.3.3 Kindheit

Der Grund für das Ausbrechen der Symptome wird oft in der Kindheit gesucht. ReizdarmpatientInnen hinterfragen sehr oft erlebte Ereignisse aus der Vergangenheit, speziell aus der Kindheit, und suchen darin die Ursache für das Entstehen der Krankheit. Patienten stellen sich die Frage, ob negative Erlebnisse im Kindesalter, nun in der Gegenwart, auf diese Art und Weise verarbeitet werden, ohne dass sie es steuern können.

„Ja also das ist das was uns prägt, was uns eben ausmacht, außer im Leben als Erwachsener passiert irgendwas Gravierendes, zum Beispiel Krieg.“

(I 1. S 12, Z 382- 385)

„Ich habe sozusagen fast ein Bewusstsein, ein tiefes Bewusstsein um Dinge die vielleicht passiert sind in der Kindheit. Was das für Gefühle sind weiß ich nicht, aber das spielt bei jedem Menschen eine Rolle und wenn man schafft das ein bisserl zu ändern, aber im Alltag sozusagen, ich glaub das ist einem am meisten geholfen.“

(I 1, S 6, Z 177- 182)

„Ich hab diese Verbindung nicht gesehen sehr lange.“

(I 1 ,S 11, Z 352)

Eine weitere befragte Reizdarmpatientin erzählt, dass sie als Kind Angst vor der Schule hatte und diese Angst, schon damals zu Durchfall führte. Diese vielfach vorgefallenen Situationen in der Kindheit, sieht sie als möglichen Grund, weshalb sie heutzutage auf Angst mit Stuhlschwierigkeiten reagiert.

„Ich glaub schon, dass ich als Kind schon Probleme gehabt hab’, weil in der Volksschule hab ich Angst vor der Schule gehabt und hab’ mich auf dem Weg zur Schule angekakt und dann hab ich nachher gar nicht gefrühstückt, weil ich Angst

gehabt hab', wenn ich was ess', muss ich nachher sofort aufs Klo gehen.“

(I 2, S 1, Z 10-13)

Die Beziehung zur Mutter

Die Beziehung zur eigenen Mutter ist entwicklungspsychologisch betrachtet, sehr prägend für das ganze Leben. Aus diesem Grund, stellt sich mein Interviewpartner die Frage, ob die fehlende Beziehung zu seiner Mutter in der Vergangenheit eventuell Schuld an der Krankheit sein könnte.

„Naja also ich glaub', dass ich wenig körperlichen Kontakt zu meiner Mutter hatte. Also wenig körperliche Nähe... ich glaub' dass das einen Einfluss hat, aber das können tausend Sachen sein, aber das ist das was ich am ehesten vermute.“

(I 1. S 11- 12, Z 372- 374)

Eine weitere Patientin bemerkt, dass sie im Gespräch über ihre Vergangenheit mehrmals ihre Mutter erwähnt und stellt darauf hin fest, dass die wenig liebevolle Beziehung zur eigenen Mutter doch mehr belastet als sie eventuell wahrhaben will.

„Ich komm' grad drauf ich rede schon wieder über meine Mutter, es belastet mich wahrscheinlich doch mehr als ich vermute. Ich mein das ist komisch, ich bin schon so alt und dass das noch immer so nagt... in letzter Zeit hab' ich mich davon ein bisschen befreit, aber jetzt, ich weiß nicht, vielleicht hängt's doch auch irgendwie zusammen, weil sie auch so verständnislos reagiert immer.“

(I 2, S 8, Z 240- 244)

Pubertät

Ein Reizdarmpatient erzählt, dass sich mit Beginn der Pubertät, die eine entscheidende Entwicklungsphase im menschlichen Leben darstellt, welche mit vielen Gefühlsschwankungen verbunden ist, die Krankheit manifestiert hat.

„Die Symptome sind mir in der Pubertät aufgefallen.“

(I 1, S 2, Z 39- 40)

Traumatische Ereignisse in der Kindheit

Einige der befragten Reizdarmpatienten berichten von entsetzlichen Schicksalsschlägen in der Vergangenheit. So auch diese Betroffene, die aus zerrütteten Familienverhältnissen kommt und unter Tränen einen Teil ihrer Lebensgeschichte erzählt:

„Mein Bruder war schwerster Alkoholiker und ich hab' meine Mutter unterstützt. Meine Mutter hat, auch wenn mir jetzt die Tränen kommen, aber es ist furchtbar, meine Mutter hat einen Selbstmordversuch gemacht, weil mein Bruder, der hat vor der Matura angefangen zu trinken, und ist 22 Jahre alt, ist nicht weggekommen. Ich hab' meine Mutter unterstützt, sie hat dann nicht mehr zuhause gewohnt, ich konnte nie alleine nach Hause gehen, ich bin jeden Tag- ich hab in der Nähe gewohnt- und ohne, dass ich gewusst hab', mein Bruder ist Heim gekommen und liegt im Bett, weil er jeden Tag „zu“ war, und nach zwei Jahren ist er freiwillig nach Kalksburg zur Entwöhnung gegangen und der ist dann dort geblieben, aber mein Leben war so zerstört und ich war so in mich verschlossen...“

(I 3, S 4-5, Z 131 -139)

Kriegserlebnisse aus der Kindheit prägen das Erwachsenenleben sehr stark. Eine Reizdarmpatientin erzählt, wie sie als Kind den Krieg miterleben musste und zu welchen Herausforderungen im Leben dieser oftmals führte. Heut zu Tage erkennt sie durchaus Parallelen von damals zur ihrer chronischen Krankheit von heute.

„Ich bin ein Kriegsausbruchskind, wir waren zwei Jahre von Wien evakuiert worden. Also weg von der Stadt und bestimmt auch nicht immer unter den hygienisch besten Bedingungen. Ich

hab' dann, wie wir zurück gekommen sind, Gelbsucht gehabt, bin furchtbar lang in Glanzing, also in der Kinderklinik gelegen, und da hat sich meine Darmgeschichte sicher schon manifestiert.“

(I 3, S 5, Z 144 -149)

Im weiteren Verlauf des Gesprächs fügt sie dann hinzu:

„...weil ich damals als Kind schon Verstopfung gehabt hab' und nicht gehen konnte, nicht? Reim ich mir zusammen, wahrscheinlich habe ich nicht einmal gesagt haben, als wir im Luftschutzkeller waren, „du Mutti ich muss aufs Klo“, „jetzt kannst ja nicht, jetzt kannst ja nicht, die Flieger fliegen da oben“, wird die Mutter sicher oft gesagt haben, nicht? Also so hat sich das im Kleinkindalter schon manifestiert, sozusagen.“

(I 3, S 5, Z 158 - 162)

2.2.3.4 Fehlendes Vertrauen in Ärzte

Um eine Antwort auf die Frage zu bekommen, welche Ursache sich hinter dem langen Leidensweg verbirgt, suchen alle Patienten, an einem bestimmten Zeitpunkt ihres Lebens, einen Arzt oder eine Ärztin auf. Die große Hoffnung die jeder Betroffene hegt ist in erster Linie Aufklärung zu erhalten und im besten Fall auch Heilung von der Krankheit.

Leider erleben alle meiner befragten Interviewpersonen nur Enttäuschungen:

„Also die Ärzte damals waren genauso ratlos wie ich, nur ich war halt die Leidtragende, die die Beschwerden gehabt hat.“

(I 3, S 2, Z 37-38)

Viele berichten, dass die Ärzte kein Verständnis für ihr großes Leiden aufbringen:

„Puh, richtiges Verständnis, wenn ich ihnen da so antworten darf, haben ja auch viele Ärzte nicht einmal.“

(I 3, S 6-7, Z 204- 205)

„Jetzt bin ich wieder bei einem Arzt gewesen und dann sagt der, das ist alles Blödsinn.“

(I 2, S 2, Z 36 - 37)

„Da wird man nicht mal ernst genommen und dann heißt es sofort, es ist psychisch obwohl es mir psychisch ja jetzt gut geht.“

(I 2, S 4, Z 127-128)

Andere wiederum erzählen, dass sie sich mit ihrer Krankheit völlig allein gelassen fühlen:

„Also ich muss heutzutage schon sagen, ich bin auf Ärzte manches Mal schon sehr ärgerlich, dass man als Patient so allein gelassen wird. So sehr allein gelassen wird...“

(I 3, S 4, Z 117-120)

Reizdarmpatienten müssen leider auch erfahren, dass sie als Hypochonder betitelt werden und mit ihrer Krankheit nicht ernst genommen werden, beziehungsweise dass das Reizdarmsyndrom als Erkrankung nicht angenommen wird.

„Aber der praktische Arzt ist so arg bei mir zuhause. Der hat auch damals zu mir gesagt, ich soll in die Psychiatrie gehen und so, weil ich überhaupt nichts hab, ich bilde mir das nur ein. Ich bilde mir das nur ein, das ist nichts, es ist nichts festzustellen. Sie bilden sich das nur ein- so wie Hypochondrie, nicht?“

(I 3, S 4, Z 131 - 134)

„Aber der Arzt sagt nur abwertend, sie haben ja keinen Krebs...“

(I 1, S 2, Z 36 - 37)

„Ich war einmal bei einem Arzt in Graz und habe gesagt, ich hab das Gefühl bei mir wird was nicht richtig verdaut, dann hat er gesagt das glaubt er nicht, na dann macht er halt eine Untersuchung, aber der hatte keine Erfahrung damit.“

(I 1, S 5, Z 142 - 144)

Es wird ihnen vorgeworfen, der Grund für ihr körperliches Leiden, wären Depressionen, die sich in physischen Symptomen niederschlagen.

„Weil viele Ärzte sagen, Depressionen sind da, du kriegst den Reizdarm, aber in Wirklichkeit ist es ja, du hast den Reizdarm und dann entwickeln sich die Depressionen daraus.“

(I 3, S 11, Z 355 - 357)

„Dann haben's gesagt, das ist nur psychisch und da hab ich dann Neuroleptika bekommen und das bereue ich so dass ich

die genommen habe, eine Zeit lang, weil ich konnte mich nicht einmal freuen.“

(I 2, S 2, Z 64- 66)

Den Satz „es ist ja nur psychisch“ bekommen viele Reizdarmpatienten auf ihre Frage, woher die Schmerzen kommen, zu hören. Es zeigt nicht nur Verständnislosigkeit seitens der Ärzte, sondern Abwertung gegenüber den Patienten.

„Bei mir ist man gleich da gewesen mit „ja ist psychisch“.“

(I 2, S 6, Z 212- 213)

„Na weil so viele Ärzte dann sagen, sie haben keinen Reizdarm das ist nur psychisch.“

(I 2, S 11, Z 347- 348)

Es scheint als ob speziell bei Frauen, viele Ärzte dazu tendieren, die Symptome auf ihre psychische Verfassung rückzuschließen:

„Aber ein Arzt sagt zu einer Frau viel eher, das ist nur psychisch als zu einem Mann.“

(I 2, S 6, Z 201- 203)

„Mein Mann hat auch so Schlafstörungen und da hat kein Arzt gesagt, das wäre nur psychisch oder so.“

(I 2, S 6, Z 198- 199)

Auf Grund der vielen negativen Aussagen und diesem vorherrschenden Vorurteil, die Krankheit wäre nur Einbildung, beginnen viele Patienten an sich selbst zu zweifeln und stellen ihr eigenes körperliches Empfinden in Frage.

„Ich hab es auch schon der Ärztin gesagt und so, also ich war mir auch immer im Klaren, dass es auch eingebildet sein kann, ist keine Frage, aber es ist wirklich passiert einfach.“

(I 1, S 3, Z 84- 86)

Im Gegenzug haben einige meiner Interviewpartner mit ihren Ärzten darüber gesprochen, dass sich diverse negative Emotionen, wie beispielsweise Angst oder Stress sehr stark auf ihren Darm und somit ihr Wohlbefinden auswirken. Hierbei zeigten sich viele Ärzte verständnislos und traten den Betroffenen sehr ungläubig entgegen.

Ein Beispiel dafür bringt eine junge Reizdarmpatientin, die von ihrem Vater erzählt, welcher Mediziner ist:

„...und mein Papa, der ja Arzt ist, versteht das natürlich auch, aber es sind so kleine Problemchen für ihn, die nimmt er nicht ganz ernst. Also früher, als er studiert hat, hat man ja mit der Psyche, oder mit der Psychologie, nicht viel anfangen können und ich glaub das ist immer noch in den Köpfen von der Generation verankert, dass die immer sagen, naja psychische Probleme schlagen sich nicht so aus.“

(I 4, S 4, Z 123- 128)

Diese sehr häufig negativ erlebten Erfahrungen mit Ärzten führen dazu, dass die Patienten das Vertrauen ins ärztliche Personal verlieren:

„Hm, also zu den Ärzten hab ich nicht wirklich sehr viel Vertrauen, es sind die Ärzte die man zahlt, die schauen sich das an und sind sozusagen ganzheitlich orientiert. Das sind die, die keinen Kassenvertrag haben oder so.“

(I 1, S 8, Z 254- 256)

„...deswegen hab ich nicht viel Vertrauen jetzt allgemein mehr zu den Ärzten.“

(I2, S 3, Z 72- 75)

Folgendes Zitat macht dies sehr deutlich, wie ich finde:

„Ich glaub' mehr an mich selbst, als an die Ärzte!“

(I 2, S 12, Z 381)

Mangelndes Wissen im Bezug auf die chronische Krankheit Reizdarmsyndrom scheint beim medizinischen Personal weiters häufig vorzukommen. Patienten berichten, dass bei den Ärzten sehr oft Ratlosigkeit oder Unwissenheit diesbezüglich vorherrscht.

„Damals ist man nicht weiter gekommen wegen dieser Verdauung ...“

(I 1, S 1, Z 34-35)

„Wodurch das jetzt genau verursacht ist, weiß man eben nicht genau...“

(I 1, S 3, Z 80- 81)

“Der hat sich da nicht wirklich ausgekannt damit.“

(I 1, S 5, Z 153)

„Und nachdem er nicht wirklich weiter gewusst hat, haben wir's bei dem belassen.“

(I 1, S 5, Z 149 - 150)

Patienten erzählen sehr häufig, dass es häufig vorkommt, dass Familienmitglieder oder Freunde, die nicht medizinisch geschult sind, bessere Lösungsvorschläge anbieten, als das ärztliche Personal.

„...und meine Mutter, die ja nicht vom Fach ist, hat dann gemeint naja vielleicht ist es ja eine Laktoseintoleranz. Alle anderen, also mein Papa und alle anderen Ärzte haben gemeint, nein das ist ja ein Blödsinn und so, aber dann haben wir eben den Test gemacht, und dann war es schon eine Laktoseintoleranz.“

(I 4, S 2, Z 40 - 45)

Ein weiteres sehr großes Problem stellt die fehlende Aufklärungsbereitschaft seitens des ärztlichen Personals dar. Patienten klagen über fehlende bis unzureichende Informationen.

„Der Arzt hat damals festgestellt - nervöser Darm, nervöser Magen, was man sich auch darunter vorstellen mag in der Diagnose.“

(I 3, S 2, Z 35-36)

Glücklicherweise gibt es auch Ausnahmen. In einem Interview berichtet eine Patientin, dass sie auch positive Erfahrungen mit Ärzten gemacht hat. Diese beschränken sich allerdings nur auf das junge ärztliche Personal:

„Also ich hab total viele Ärzte durch das jetzt kennengelernt und es ist total unterschiedlich, aber mir ist aufgefallen, dass die jungen Ärzte, also die jüngeren, es total ernst nehmen, im Vergleich zu den älteren Ärzten.“

(I 4, S 5, Z 149 - 152)

2.2.3.5 Hoffnung vs. Verzweiflung

Hinter jeder durchgeführten Untersuchung steht die Hoffnung nach Aufklärung.

Reizdarmpatienten berichten, dass sie sich beim Abholen von Untersuchungsergebnissen in einem Zwiespalt befinden. Auf der einen Seite haben sie große Ängste, es könnte sich um eine besorgniserregende Diagnose handeln, und sie hoffen auf ein negatives Ergebnis der Untersuchung. Andererseits würde das bedeuten, dass sie weiterhin in Unklarheit verbleiben müssen.

„Heute auch, wie ich den Befund vom Labor abgeholt habe, habe ich mir gedacht, na hoffentlich hab ich nichts bei der Bauchspeicheldrüse, weil das ist eh so heikel, wenn man bei der Bauchspeicheldrüse was hat, nicht? War ich doch erleichtert, hab ich mir gedacht, naja aber wieder einmal was, wo sie sagen, du bildest dir das eh nur alles ein.“

(I 2, S 11, Z 368- 371)

Viele Patienten haben die Hoffnung auf komplette Heilung längst aufgegeben. Mit der Zeit haben sie gelernt, mit der Krankheit zu leben.

„Ich weiß nicht, an das habe ich noch gar nicht gedacht, ich hab' mich mit dem total abgefunden, aber es wäre natürlich schön, wenn es irgendwas gäbe, aber ich wüsst' auch nicht was.“

(I 4, S 4,Z 156- 157)

„Bei mir ist das ganze viel zu sehr chronifiziert, ich hab es ja schon Jahrzehnte, so dass ich mir da gar keine Hoffnungen mehr mache, sondern eben nur versuche Linderung zu schaffen- was mir auch nicht immer gelingt.“

(I 3, S 9, Z 290- 291)

Trotz der vielen durchgemachten Untersuchungen, welche oftmals leider zu keinem zufriedenstellenden Ergebnis geführt haben, beziehungsweise wieder keine Antwort auf die Frage nach der Ursache, erbracht haben, geben die Betroffenen nicht auf. Sie führen weiter medizinische Untersuchungen durch und entwickeln immer mehr Strategien um bestmöglich mit der chronischen Krankheit leben zu können und eventuell auch eine Linderung der Symptome zu erzielen.

„Ja, as hab ich schon, ja, obwohl man nicht sicher weiß was die Ursache ist, und an den Schrauben an denen ich drehen kann, an denen dreh' ich. Ich glaub', das mach ich auch sozusagen effektiv, auch psychisch und so weiter. Ohne mich zu verrennen, aber sollte es andere Ursachen haben, vielleicht gibt es irgendwann eine Lösung, keine Ahnung, aber das bestmögliche hole ich raus, aber eine totale Gesundheit sozusagen, das glaub ich nicht, das ist unwahrscheinlich.“

(I 1. S 10, Z 317- 322)

3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

3.1 Zusammenfassung

Das Reizdarmsyndrom, welches zu den funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen zählt und weltweit eine Prävalenz von 10-20% unter der Bevölkerung aufweist (vgl. Moser, 2007), ist eine Erkrankung mit weitläufigen Konsequenzen. Sie nimmt durch ihr breites Spektrum an schmerzhaften Symptomen nicht nur großen Einfluss auf das körperliche Wohlbefinden, sondern führt weiters zu emotionalem Leiden und zu großen Lebensqualitätseinschränkungen.

3.2 Beantwortung meiner Forschungsfragen

Im Zuge meiner Diplomarbeit hat sich herausgestellt, dass die Symptomatik des Reizdarmsyndroms breit gefächert ist. Die Beschwerden können von Patient zu Patient sehr unterschiedlich sein. Zu den häufigsten Symptomen zählen allerdings Meteorismus, oft verbunden mit sehr starken Krämpfen, Flatulenzen, sowie Durchfall und Verstopfung. In den Interviews wurde die wechselnde Stuhlkonsistenz und die ständigen Durchfälle als besonders belastend dargestellt. Einige berichten auch über fortwährendes Unwohlsein im Magen- und Darmbereich, sowie Übelkeit und sogar Schwindelgefühle.

Dass ein Leben mit diesen ständigen körperlichen Beschwerden unumgänglich zu emotionalem Schmerz führt ist wohl nur all zu verständlich. Patienten klagen über ein Leben in ständiger Angst, dass Symptome sie in unpassenden Momenten ereilen und sie diesen ausgeliefert sind. Das Phänomen „Durchfall-Angst“, welches im empirischen Teil meiner Arbeit bereits erwähnt wurde, ist ein sehr treffender Ausdruck einer meiner Interviewerin und zeigt deutlich, welchen Einfluss diese Krankheit auf das psychische Empfinden der Betroffenen nimmt.

Die Krankheit nimmt außerdem auch im Privatleben einen sehr großen Einfluss ein. Betroffene sind oft dazu gezwungen Hobbies aufzugeben, beruflich Abstriche im Karriereplan zu machen und Freundschaften aufzugeben. Einige berichten sogar,

dass ein Leben mit Krankheit und Familie nicht machbar sei. Andere wiederum erzählen, wie es sich anfühlt von der eigenen Mutter oder dem Partner missverstanden, nicht akzeptiert oder sogar verstoßen zu werden.

Das Reizdarmsyndrom führt im Extremfall zu einem Leben in ständiger Scham, oft auch Lüge und Verzweiflung. Durch den vermehrten Rückzug aus der Gesellschaft führt dies weiters zur Einsamkeit und sozialen Isolation

Reizdarmpatienten leiden sehr viel, was sie zu Meistern der Bewältigung macht!
Um trotz Krankheit, den Alltag zu bewältigen, hat jede/r Betroffene/r für sich Strategien entwickelt um diese Erkrankung in ihr und sein Leben zu integrieren. Viele berichten von eigens zusammengestellten Diät- und Ernährungsplänen, nach denen sie leben. Andere betreiben Sport, führen Entspannungsübungen durch oder versuchen durch Bauchmassagen und ausreichend Ruhe ihre Symptome in den Griff zu bekommen.

3.3 Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse meiner Diplomarbeit zeigen, dass es sich beim Reizdarmsyndrom um eine bedeutende chronische Krankheit handelt, dem das Gesundheitswesen ein größeres Augenmerk schenken sollte.

Es ist wichtig die Krankheit in der Gesellschaft bekannt zu machen und vor allem herrscht auch ein wesentlicher Handlungsbedarf bei der Enttabuisierung von Beschwerden, welche die Stuhlausscheidungsproblematik thematisieren. Nur offene Kommunikation zu diesem Thema, vor allem in der Öffentlichkeit, kann dazu beitragen dass PatientInnen sich in ihrem Umfeld verstanden, akzeptiert und vor allem respektiert fühlen. Für die Öffentlichkeitsarbeit wäre das Nutzen der Medien ein gutes Mittel zum Zweck. Mittels Fernsehberichten, Zeitschriftenartikeln und öffentlichen Diskussionen, welche das Reizdarmsyndrom thematisieren, könnte man den Bekanntheitsgrad der Krankheit steigern.

3.4 Forderungen an das Gesundheitswesen

Professionell geleitete Selbsthilfegruppen, welche flächendeckend in Österreich angeboten werden sind notwendig. In Beratungszentren sollten Patienten die Möglichkeit haben, sich Rat von Professionellen zu holen und auf kompetente Fachärzte, Pflegekräfte und Sozialarbeiter anzutreffen um dort eine holistische Betreuung zu erhalten.

Wichtig ist es, Betroffene insofern zu unterstützen, dass sie ihr Leben trotz Krankheit meistern können. Diese Unterstützung sollte eine medizinische Betreuung umfassen, welche die Symptome im Griff behält, sodass Patienten halbwegs beschwerdefrei leben können, einen Beruf ausüben können und einen passenden Platz in Familie und Gesellschaft haben. Wichtig beim Aufbau eines solchen Beratungszentrums sollte das Miteinbeziehen der Angehörigen sein, denn diese benötigen auch Hilfe im Umgang mit Betroffenen und Aufklärung über die Krankheit.

Finanzielle Unterstützung für Betroffene wäre ein weiterer wünschenswerter Aspekt. ReizdarmpatientInnen sollten Ermäßigungen für diverse notwendige Medikamente erhalten oder auf Kosten der Krankenkasse die Möglichkeit bekommen an Kursen welche zu Entspannung des Darmes führen, teilnehmen zu können.

3.5 Empfehlungen für die Pflegepraxis

Die Ausbildung von ExpertInnen zum Thema Reizdarmsyndrom wäre erstrebenswert. Es gibt heutzutage Pflegekräfte, welche sich auf Stomaberatung, Inkontinenzberatung, Wundmanagement und viele weitere Fachgebiete spezialisieren, bei chronischen Krankheiten jedoch, herrscht ein großer Mangel. ReizdarmexpertInnen, die eine spezielle Ausbildung erhalten, wären notwendig um den Patienten die Betreuung zu bieten, welche sie verdienen und dringend benötigen.

Ein weiterer beachtenswerter Punkt wäre, die Ausbildungscurricula in den Gesundheits- und Krankenpflegeschulen zu überarbeiten und an die wichtigen Themen des Gesundheitswesens anzupassen. Speziell chronische Erkrankungen

zählen dazu, denn diese häufen sich durch die steigende Lebenserwartung und den allgegenwärtigen Stress und Leistungsdruck in unserer heutigen Gesellschaft.

IV Literaturverzeichnis

Bury M. (2009): Chronische Krankheit als biografischer Bruch. In: Schaeffer, Doris (Hrsg.): Bewältigung chronischer Krankheit im Lebenslauf. Bern: Hans Huber Verlag.

Corbin und Strauss (1998): Chronisch Kranke pflegen: Das Corbin und Strauss Pflegemodell, Ullstein Medical.

Drossmann D.A., Whitehead W.E., Camilleri M. for the American Gastroenterological Association Patient Care Committee (1997): Irritable bowel syndrome: A technical review for practice guideline development. In: Gastroenterology, 112, 2120-2137.

Hammer J. (2000): Das Irritable Darmsyndrom: Ein Themenschwerpunkt bei der United European Gastroenterology Week (UEGW) in Rom. Journal für Mineralstoffwechsel: 28-30

Heaton K. W., Thompson G. W. (1999): Irritable Bowel Syndrome. Health Press, Oxford, 6-59

Hotz J., Enck P., Goebek H., Heymann- Mönnikes I., Holtmann G., Layer P. (1999): Konsensusbericht: Reizdarmsyndrom- Definition, Diagnosesicherung, Pathophysiologie und Therapiemöglichkeiten. Konsensus der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. In: Zeitschrift für Gastroenterologie, 37; S.685- 700

Hotz J., Madisch A. (2001): Reizdarmsyndrom (RDS)- Was ist diagnostisch und therapeutisch möglich und nützlich? dtsh Med Wschr 126: S28-37

Kruis W., Rebstock M. (2001): Kurzleitfaden Reizdarmsyndrom. Stuttgart: Thieme

Layer P. (2000): Das Reizdarmsyndrom- Pathogenese, Diagnostik und Therapie. Bremen: UNI- MED

Locker D. (2003): Living with chronic illness. In: Scambler, G. (Hg.): Sociology as applied to medicine. Saunders, Fifth edition, Edinburgh, S.73-91.

Lorenz-Krause R. et al. (2002): Geleitwort der deutschen Herausgeberinnen und Bearbeiterinnen. In: Lubkin, I. (Hg.): Chronisch Kranksein: Implikation und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. Hans Huber, 1. Auflage, Bern, 2002, S.11- 15.

Lubkin I. M. (2002): Chronisch Kranksein, Implikationen und Interventionen für Pflege- und Gesundheitsberufe. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, S.21, 22

Mayer Hannah (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Facultas; Wien, 1. Auflage; S. 69-73 und S. 123- 128

Mayring P. (2002): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. 10 Auflage, Beltz Verlag, S. 114, S. 170f

Moser G. (2007): Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. Springer Verlag, Wien, S. 43

Paterson William G., Thompson Grant., Vanner Stephen J, Faloon Thomas R., Rosser Walter W., Birthwhistle Richard W, Mose Janet L., Touzel Thomas A. (1999): Recommendations for the management of irritable bowel syndrome in family practice. IN: Canadian Medical Association 161, S. 154-160

Probst A., Moser G., Renner F., Hammer J., Hammer HF., Vogelsang H. (2001): Leitlinien zur Diagnose und Therapie des Reizdarmsyndroms. (Beilage 3, Nr. 28). Wien: Arbeitsgruppe für Gastrointestinale Funktionsstörungen und Funktionsdiagnostik der ÖGGH

Ronnevig M., Vandvik P. O., Bergbom I. (2009): Patients' experiences of living with irritable bowel syndrome. IN: Journal of advanced nursing. S 1676- 1685

Thabane M., Marshall J.K. (2009): Post-infectious irritable bowel syndrome. IN: World J Gastroenterol, 15(29): 3591-3596

Schwingenschlögl, T. (2000): Verdauungsprobleme- Wenn der Darm streikt. Gesunder Darm, 6, 32-35

Simrén M., Mansson A., Langkilde A.M., Svedlund J., Abrahamsson H., Bengtsson U., Bjornsson E.S. (2001): Food-related gastrointestinal symptoms in the irritable bowel syndrome. Digestion, 62 (2), 108- 115.

Zaumseil M. (2000): Ein neues Verständnis von chronischer Krankheit? In: Hermann, Anja / Schürmann, Ingeborg / Zaumseil, Manfred (Hrsg.): Chronische Krankheit als Aufgabe. Betroffene, Angehörige und Behandler zwischen Resignation und Aufbruch. Tübingen: dgvt Verlag.

V Anhang

1 Interviewleitfaden

Einstieg:

- Seit wann leiden Sie am Reizdarmsyndrom?
- Welche Beschwerden/ Symptome haben Sie?
- Welche Therapien haben Sie durchgeführt?
- Probieren Sie Alternativmedizin, Homöopathie oder diverse Entspannungstechniken aus, um den Beschwerden entgegen zu wirken?
- Welche Methode, um Schmerzen zu lindern, würden Sie anderen Betroffenen empfehlen?

Psychische und physische Einschränkungen

- Schränkt Sie die Krankheit in ihrem Lebensalltag ein?
- Stellt das RDS einen Einschnitt in ihre Lebensqualität dar? Wenn ja, wie äußert sich dieser?
- Gibt es Anzeichen, an denen sie bemerken, dass die Symptome des Reizdarmsyndroms wieder eintreten?
- Leiden Sie an Ängsten und/ oder Unsicherheit auf Grund der chronischen Erkrankung?
- Haben sie Hobbies/ Tätigkeiten, die Sie früher gerne gemacht haben aufgeben müssen?

Bewältigungsstrategien

- Haben Sie individuelle Bewältigungsstrategien entwickelt, um mit dem RDS leben zu können, bzw. die Schmerzen in den Griff zu bekommen?
- Können Sie präventiv etwas unternehmen um dem Auftreten der Symptome entgegen zu wirken?

Einfluss der Erkrankung auf Bekannten- /Verwandtenkreis

- Wie reagiert ihr Umfeld/ ihr Bekannten-/Verwandtenkreis auf ihre Krankheit?
- Haben Sie das Gefühl ernst genommen zu werden mit dieser Krankheit?

Hoffnungen/ Ziele/ Sinn

- Haben sie Hoffnung, dass sie die Krankheit eines Tages besiegen und beschwerdefrei werden?

2 Curriculum Vitae

Persönliche Daten:

Name: *Marlena Novak*
Geburtsdatum: *9.2.1988*
Geburtsort: *Wien*
Staatsbürgerschaft: *Österreich*
Familienstand: *verheiratet*



Ausbildung:

seit 09/2008 *Gesundheits- und Krankenpflegeschule Hietzing*
09/2006 – 05/2011 *IDS Pflegewissenschaft, Universität Wien*
06/2006 *Ablegung der Reifeprüfung*
09/1998 – 06/2006 *AHS Theodor Kramer Straße*
09/1994 – 06/1998 *Volksschule Brioschiweg 3*