

Moser G

Reizdarmsyndrom: Mehr Augenmerk auf die Psyche

Journal für Ernährungsmedizin 2014; 16 (3), 16-19

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

MIT NACHRICHTEN DER



Unsere Räucherkegel fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«
– Wolf-Dieter Storl

synthetische
OHNE
Zusätze

Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk
aus dem *Schneeberg*«
L A N D



www.waldweihrauch.at



© Foto: iStockphoto/Alliance

Reizdarmsyndrom

Mehr Augenmerk auf die Psyche

Die Prävalenz des Reizdarmsyndroms hat sich in den vergangenen Jahren kaum verändert, obwohl es wesentlich stärker in den Fokus ärztlicher Bemühungen gerückt ist. Zu einem wesentlichen Anteil liegt dies an der Komplexität der Erkrankung und ihrem Ursprung an der Schnittstelle zwischen physischem und psychischem Geschehen. Neue Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung psychotherapeutischer Ansätze und dabei insbesondere diejenige der bauchzentrierten Hypnose im Gesamtkonzept der stufenweisen Behandlung der Patienten mit Reizdarmsyndrom.

Gabriele Moser

Beim Reizdarmsyndrom (RDS) handelt es sich um eine funktionelle Störung mit einer Prävalenz zwischen 10 und 20 Prozent. Zur Definition des Reizdarmsyndroms siehe Tabelle 1. Man kann davon ausgehen, dass die damit zusammenhängenden Beschwerden bis zu 25 Prozent der Tätigkeit niedergelassener Gastroenterologen (Mayer 2008). Trotz beträchtlicher Anstrengungen in Forschung und Entwicklung ist es bis jetzt nicht gelungen, pharmakologische Therapien mit durchschlagendem Erfolg zu entwickeln. Demgegenüber bringt die von Whorwell und Kollegen entwickelte bauchzentrierte Hypnosetherapie in Einzeltherapie eine langfristige Besserung der Symptome, der Lebensqualität und der charakteristischen viszeralen Hypersensitivität (Whorwell et al. 1984). Die Number-needed-to-treat wird mit 2 angenommen (Ford et al. 2009). Aufgrund der Ergebnisse von Reviews und einer Meta-Analyse, die der bauchzentrierte Hypnosetherapie eine im Vergleich zur Standardtherapie signifikant besser Wirksamkeit bei Fehlen von Nebenwirkungen attestieren, wurde diese Hypnosemethode auch in die aktuellen Guidelines (Spiller et al. 2007, Layer et al. 2011) aufgenommen. Im Hinblick auf eine möglichst breite Verfügbarkeit dieser Methoden erscheint es von beträchtlichem

Interesse, die Wirksamkeit der bauchzentrierten Hypnosetherapie in Gruppentherapie zu untersuchen. Hinweise dafür, dass sich auch dabei eine vergleichbare Langzeitwirkung einstellt, stammen von einer nicht randomisierten Beobachtungsstudie aus dem Jahr 1989 (Harvey et al. 1989). Eine aktuelle, randomisierte und kontrollierte Studie, die in Wien durchgeführt wurde, liefert nun wissenschaftlich gesicherte Evidenzen, dass dies tatsächlich der Fall ist (Moser et al. 2013).

PSYCHISCHES GESCHEHEN

Psychische Belastungen bzw. die Reaktionsweise auf psychische Belastungen spielen bei Reizdarmpatienten eine bedeutende Rolle (siehe Abb. 1). Bei 90% der Betroffenen wird im Laufe des Lebens eine psychiatrische Diagnose gestellt (Lydiard et al. 1993). 40 bis 60% der RDS-Patienten in gastroenterologischen Ambulanzen bzw. Zentren leiden an Depressionen, Angststörungen, somatoformen Störungen, chronischem und/oder akutem Stress (Lebensbelastungen) und posttraumatischen Stressstörungen sowie Schlafstörungen. Von den Patienten mit organisch nachweisbaren Erkrankungen in gastroenterologischen Ambulanzen wei-

sen nur 25% eine psychiatrische Störung auf (Drossman 1999). Generell werden psychische Störungen bei Personen, die wegen eines RDS ärztliche Hilfe suchen, häufiger gefunden als bei Personen mit RDS-Symptomen, die keine ärztliche Hilfe suchen. Viele RSD-Patienten haben eine Geschichte von psychischem, physischem oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Die Wahrscheinlichkeit von erlebtem Missbrauch ist bei Patienten mit unteren gastrointestinalen Beschwerden vierfach erhöht (Leroi et al. 1995). Missbrauch von Patientinnen mit gastroenterologischen Beschwerden ist assoziiert mit eher therapieresistenten Symptomen, häufiger Inanspruchnahme von medizinischen Institutionen ("doctor shopping"), der Durchführung von wiederholten oder unnötigen invasiven Untersuchungen und operativen Eingriffen (Drossman et al. 1996). Der Leidensdruck in Zusammenhang mit dem Reizdarmsyndrom äußert sich auch in einer dramatisch erhöhten Häufigkeit von Selbstmordgedanken. Von den Patienten in Allgemeinpraxen geben 4 Prozent an, schon an Selbstmord gedacht zu haben, in Facharztpraxen sind es 16 und in Spezialambulanzen 38%, wobei fünf Prozent bereits einen Selbstmordversuch hinter sich haben (Miller et al. 2004). Als Gründe werden am häufigsten Hoffnungslosigkeit wegen der Intensität der Symptome, die dadurch bedingten Beeinträchtigungen des Lebens und nicht ausreichend hilfreiche Therapien genannt.

PATHOPHYSIOLOGISCHE ERKLÄRUNGSMODELL

Patienten mit RDS weisen ein im Vergleich zu beschwerdefreien Personen ein erhöhtes viszerales Schmerzempfinden auf Dehnungsreize im Darm auf (Mertz et al. 1995). Der Schmerz kann auf eine Perzeptionsstörung im Sinne einer "viszeralen Hypersensitivität" zurückgeführt werden, ohne dass eine Störung der Darmtätigkeit vorliegt – oder oder vorliegen muss. Neurophysiologische Prozesse im zentralen Nervensystem lassen die spezielle Schmerzverarbeitung durch Modulation der viszeralen afferenten Reize entstehen. Die Empfindlichkeit auf somatische Schmerzreize ist dabei nicht gesteigert (Whitehead et al. 1990). Die viszerale Überempfindlichkeit wird nicht selten durch Ereignisse wie eine unbehandelte Nahrungsmittelunverträglichkeit (z.B. Laktoseintoleranz), Magen-Darm-Infektionen oder lang andauernde bzw. immer wiederkehrende Stresssituationen getriggert. Dabei spielt eine entscheidende Rolle, wie die Betrof-

fenen mit den Beschwerden umgehen, wie sie diese interpretieren (Lackner et al. 2004; Salet et al. 1998). Eine ängstlich-hypochondrische Haltung mündet nicht selten in einen Circulus vitiosus, der die Betroffenen zwischen „Catastrophizing“ und „Doctor-Shopping“ pendeln lässt (siehe Abb. 2). Die Entstehung einer funktionellen Störung wird offenbar durch das Zusammentreffen eines ungünstigen psychosozialen Milieus und einer prädisponierenden biologischen Situation begünstigt. So hat sich gezeigt, dass eine akute Gastroenteritis vor allem bei jenen Spitalspatienten von einem RDS gefolgt wird, bei denen eine größere Neigung zu Angst, Depression, Somatisierung und Hypochondriasis, verbunden mit belastenden Lebensereignissen im vorangegangenen Jahr, vorgelegen hatte (Gwee et al. 1999). Bei diesen Patienten blieben auch Entzündungszellen in der Mucosa länger bestehen. Patienten mit RDS reagieren stärker und anders auf Stress als beschwerdefreie Personen (Holtmann & Enck 1991). Bei RDS-Patienten führen viszerale Schmerzreize zur Aktivierung anderer und größerer Hirnareale als bei Kontrollen. Dabei ist nicht nur die Bewertung viszeraler Sensationen stärker ausgeprägt, auch die Bereitschaft, darüber zu berichten ist höher. Es ist bekannt, dass Informationen in beiden Richtungen der Hirn-Darm-Achse laufen. Psychologische Informationen können die gastrointestinale Sekretion und Motilität beeinflussen – gastrointestinale Aktivitäten die Schmerzempfindung, die Stimmung und Denkfunktionen. Viszerale afferente Nervenfasern führen zu bestimmten Ge-

Das Reizdarmsyndrom – ROME-III-Kriterien

- Seit mindestens 6 Monaten abdominelles Unbehagen bzw. abdominelle Schmerzen an mindestens 3 Tagen während der letzten 3 Monate
- Zumindest 2 oder mehr der Symptome
 - Besserung nach der Defäkation
 - Beginn assoziiert mit einer Änderung der Stuhlfrequenz
 - Beginn assoziiert mit einer Änderung der Stuhlkonsistenz.
- Häufig gehen die Beschwerden auch mit Blähungen, Schleimbeimengungen und dem Gefühl der inkompletten Entleerung einher

Tab. 1: Definition des Reizdarmsyndroms nach den Rome-III-Kriterien

hirnzentren, insbesondere im Bereich des limbischen Systems und stellen dort Reize dar, die je nach der früheren Erfahrung oder dem Gefühlszustand der betroffenen Person unterschiedlich interpretiert werden können. Damit ist anzunehmen, dass – zumindest bei RDS-Patienten – nicht nur biologische Prozesse, sondern auch die psychologische Situation einen wesentlichen Anteil an der Entstehung und Aufrechterhaltung funktioneller gastrointestinaler Störungen haben (Moser 2009).

WIRKSAMKEIT VERSCHIEDENER THERAPIEN

Die Wirksamkeit verschiedener Therapien wurde in mehreren Metaanalysen verglichen (siehe Tab.2). Dabei wird ersichtlich,

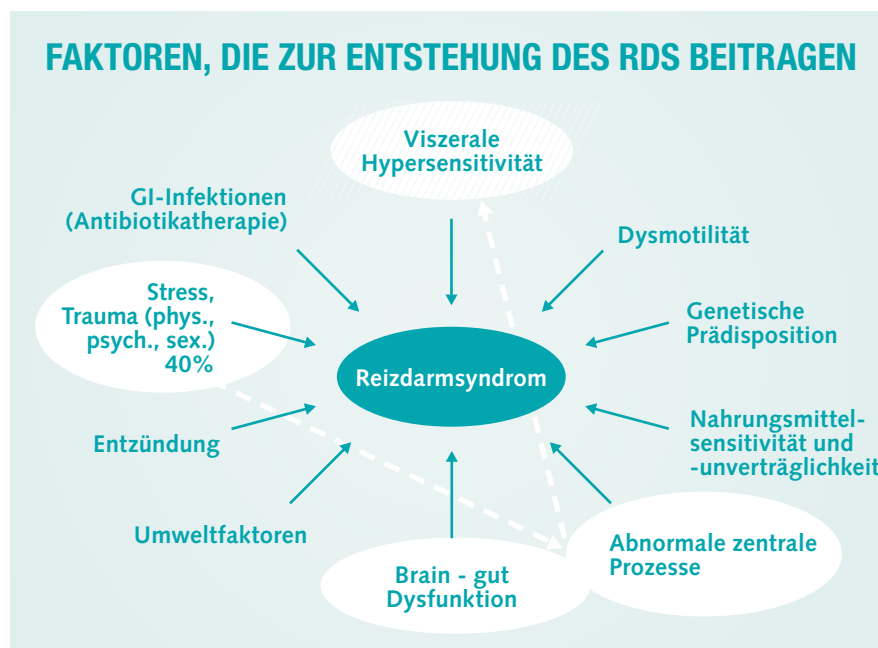


Abb. 1: Einflussfaktoren auf das Reizdarmsyndrom

dass psychotherapeutische Maßnahmen zu den effektivsten Behandlungsmethoden gehören. Dazu zählen die Verhaltenstherapie, die interpersonelle psychodynamische Psychotherapie und die bauchzentrierte Hypnosetherapie. Zu erwähnen ist auch, dass die Hypnotherapie dabei am besten abschneidet, wobei die Unterschiede zu anderen Methoden nicht so gravierend sind, dass sie – je nach individuellen Gegebenheiten – nicht auch empfohlen werden könnten (Ford et al. 2009). Entspannungstechniken alleine scheinen keinen Effekt zu haben, gegen den Einsatz in Kombination mit therapeutischen Methoden spricht jedoch nichts. Besonders hervorzuheben ist, dass psychotherapeutische Methoden die Neigung der Betroffenen zum „Catastrophizing“ deutlich verringern. Der volkswirtschaftliche Aspekt. Das Reizdarmsyndrom verursacht erhebliche direkte Kosten durch Arztbesuche, Medikamente, Diagnostik, Krankenhausaufenthalte und Begleiterkrankungen. Dazu kommen indirekte Kosten insbesondere durch Arbeitsausfälle und verminderte Produktivität. Überträgt man die Daten einer Untersuchung aus den USA (Hahn et al. 1999) auf Österreich, so kann man von 2,8 Millionen Fehltagen pro Jahr ausgehen. Damit auch die Kosteneffizienz der verschiedenen Therapieansätze von beträchtlicher Relevanz. Auch aus diesen Gründen spricht sehr viel für den Einsatz psychotherapeutischer Methoden und dabei vor allem der bauchzentrierten Hypnotherapie. Freilich kann eine Psychotherapie vor allem zu Beginn kostenintensiv sein, da sie mehrere, länger dauernde Sitzungen erfordert. Der positive therapeutische

Effekt psychotherapeutischer Interventionen ist generell aber nachhaltig und verstärkt sich mit der Zeit häufig noch. Wie in einer randomisiert kontrollierten Studie speziell zum Reizdarmsyndrom auch nachgewiesen werden konnte, führten sowohl eine Psychotherapie als auch eine Pharmakotherapie mit einem Antidepressivum (Paroxetin) im Vergleich zu einer herkömmlichen symptomorientierten Behandlung zu einer Besserung der Symptome und der Lebensqualität (Creed et al. 2003). Eine relevante Kostenreduktion – nämlich im Ausmaß von 40% – konnte nur mit Psychotherapie erzielt werden. Da in einer neueren Untersuchung (Moser

„Der positive therapeutische Effekt psychotherapeutischer Interventionen ist nachhaltig und verstärkt sich häufig.“

2013) gezeigt werden konnte, dass dieser Effekt nicht nur mit Einzelsitzungen, sondern auch mit einer Gruppentherapie erreicht werden kann, kann mit einer weiteren Kostensenkung gerechnet werden. Was den Einsatz von Probiotika in diesem Zusammenhang betrifft, so können diese mit einer NNT von 7 bis 8 als durchaus sinnvoll erachtet werden, wobei wiederum die Kombination von Maßnahmen und die individuelle Situa-

tion ausschlaggebend sind. Abgesehen von intestinalen Wirkungen dürfte es dabei auch zu relevanten extraintestinalen Effekten kommen. Eine aktuelle Untersuchung hat gezeigt, dass die 4-wöchige Einnahme von Probiotika (*Bifidobacterium animalis* ssp. *Lactis*, *Streptococcus thermophilus*, *Lactobacillus bulgaricus*, *Lactococcus lactis* ssp. *Lactis*) in einem Milchprodukt die Aktivität von Hirnregionen beeinflusst, die Emotionen und Empfindungen kontrollieren (Tillisch et al. 2013).

BEHANDLUNG IN STUFEN

Eine zielführende Behandlung des Reizdarmsyndroms folgt einem Stufenmodell.

I Grundlage und für alle Betroffenen von Nutzen sind **Aufklärung und Beruhigung**. Das Wissen um den Einfluss verschiedener Stimuli auf die Reaktion/Funktion des Darms wie bestimmte Nahrungsmittel, Hormonveränderungen oder Stress kann sich positiv auf das Verhalten und die Einschätzung der Geschehnisse auswirken. Diät- und Lebensstilmodifikationen sind bei allen Ausprägungen der Erkrankung angebracht und können bei leichten Formen als therapeutische Intervention durchaus ausreichen. Die häufigsten Auslöser von Symptomen stehen in Zusammenhang mit der Ernährung – Laktose, Koffein, fettreiche Speisen, Alkohol, zuckerfreier Kaugummi (Sorbitol), übermäßige Einnahme künstlicher Süßstoffe, große und/oder gasproduzierende Mahlzeiten. Aber auch eine hastige Nahrungsaufnahme und Essen unter psychisch belastenden Umständen (unter Zeitdruck oder bei gleichzeitiger Problemgespräch usw.) können Beschwerden auslösen oder verstärken.

II **Identifikation von „Trigger“**. Hier hat sich die Führung eines Symptomtagebuchs, in dem Zeit, Symptome, Umstände/psychische Verfassung eingetragen werden, bewährt. Die Aufzeichnungen sollen einige Wochen, bei Frauen aufgrund möglicher hormoneller Einflüsse mindestens vier Wochen, geführt werden. Als förderlich hat sich erwiesen, die Betroffenen zu eigenen Vorschlägen für Lösungen zu ermuntern. Im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes ist zu empfehlen, das Augenmerk besonders auch auf die symptomfreien oder -armen Tage zu richten, um Anhaltspunkte zu bekommen, wann und warum die Beschwerden nicht auftreten.

Pharmakon/ Intervention	Studien	Patienten	NNT	OR (CI)	Quelle
Pfefferminzöl	4	392	2-3	4,1 (2,6-6,4)	Ford 2008
Psychotherapien	22	1314	4-5	2,6 (2,0-3,7)	Ford 2009a
Probiotika	7	895	7-8	2,2 (1,8-2,7)	Hoveyda 2009; Moayed 2010
Trizyklische Antidepressiva	9	575	5-6	2,1 (1,6-2,7)	Ford 2009; Rahimi 2009
SSRI	6	284	8-9	2,0 (1,2-3,4)	Ford 2009a; Rahimi 2009
Cilansetron	3	2229	6-7	2,0 (1,7-2,4)	Ford 2009b
Spasmolytika	22	1718	5-6	2,0 (1,6-2,5)	Ford 2008
Alosetron	8	4987	6-7	1,8 (1,6-2,0)	Ford 2009b
Domperidon	3	176	9-10	1,7 (0,7-3,7)	Lesbros 2004
Tegaserod	9	8572	14-15	1,5 (1,3-1,6)	Ford 2009b
Renzaprid	4	2524	22	1,2 (1,0-1,5)	Ford 2009b

NNT=number needed to treat; OR=odds ratio; CI=Konfidenzintervall

Tab. 2: Einschätzung der Wirksamkeit von Therapien beim Reizdarmsyndrom basierend auf den Daten von sieben Metaanalysen (Enck et al. 2010).

III Psychotherapeutische Maßnahmen. Wenn die Beherrschung der Symptome schwierig erscheint und zusätzliche psychische Störungen, chronisch psychische Belastungen oder Traumata zu bewältigen sind, empfehlen sich psychotherapeutische Maßnahmen. Dabei sollte auch bei Überweisung in eine spezialisierte Einrichtung die Betreuung durch den zuweisenden Arzt fortgeführt werden. Grundsätzlich ist es auch wichtig, dem Patienten realistische Ziele in Aussicht zu stellen. Es kann in den meisten Fällen nur um die Kontrolle der Symptome und nicht um eine allumfassende „Heilung“ gehen.

IV Pharmakotherapie. Dabei geht es zum einen um eine symptomorientierte pharmakotherapeutische Unterstützung und zum anderen um den Einsatz von Antidepressiva (trizyklische Antidepressiva, SSRI). Diese haben sich insbesondere bei Patienten mit schweren chronischen und kaum beeinflussbaren Schmerzen, täglicher Beeinträchtigung und/oder depressiven bzw. panikähnlichen Symptomen als hilfreich erwiesen. Häufig wird bereits in einer unter der für eine antidepressive Wirkung erforderlichen Dosis eine Neuromodulation und damit eine Verminderung der Schmerzempfindung erreicht. Für die Patienten von Bedeutung ist die Aufklärung darüber, dass die Behandlung mit Antidepressiva in erster Linie zur Änderung der Schmerzschwelle empfohlen wird. Weiters sollte natürlich über den Wirkungsverlauf informiert werden und dass in den ersten Wochen unter Umständen mit Nebenwirkungen zu rechnen ist. Nach drei bis zwölf Monaten kann versucht werden, das Antidepressivum wieder auszuschleichen.

KORRESPONDENZ

Univ.-Prof. Dr. Gabriele Moser, Universitätsklinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien

LITERATUR

Creed F, Fernandes L, Guthrie E, et al.: North of England IBS Research Group: The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome; *Gastroenterol* 2003; 124: 303-317
Drossman DA, Li Z, Leserman J, et al.: Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history; *Gastroenterol* 1996; 110: 999-1007
Drossman DA. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45(Suppl 2): II25-II30
Drossman DA: The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process; *Gastroenterol* 2006; 130: 1377-1390
Enck P, Junne F, Klosterhalfen S, et al.: Therapy



Abb. 2: Circulus vitiosus im Zug eines Reizdarmsyndroms

options in irritable bowel syndrome; *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2010; 22: 1402-1411
Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, et al.: Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis; *Gut* 2009; 58: 367-378
Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, et al.: Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis; *Gut* 2009; 58: 367-378
Gwee KA, Leong YL, Graham C, et al. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction; *Gut* 1999; 44: 400-406
Hahn BA, Yan S, Strassels S.: Impact of irritable bowel syndrome on quality of life and resource use in the United States and United Kingdom; *Digestion* 1999; 60: 77-81
Harvey RF, Hinton RA, Gunary RM, et al.: Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome; *Lancet* 1989; 1(8635): 424-425
Holtmann G, Enck P.: Stress and gastrointestinal motility in humans: a review of the literature; *Neurogastroenterol Motil* 1991; 3: 245-254
Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB.: Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing; *Psychosom Med* 2004; 66: 435-441
Layer P, Andresen V, Pehl C, et al.: Irritable bowel syndrome: German consensus guidelines on definition, pathophysiology and management; *Z Gastroenterol* 2011; 49: 237-293
Leroi AM, Bernier C, Watier A, et al. Prevalence of sexual abuse among patients with functional disorders of the lower gastrointestinal tract; *Int J Colorectal Dis* 1995; 10: 200-206
Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, et al.: Prevalence

of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome; *Psychosomatics* 1993; 34: 229-234
Mayer EA: Clinical practice. Irritable bowel syndrome; *N Engl J Med* 2008; 358: 1692-1699
Mertz H, Naliboff B, Munakata J, et al.: Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome; *Gastroenterol* 1995; 109: 40-52
Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ: Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome; *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2: 1064-1068
Moser G, Trägner S, Gajowniczek EE, et al.: Long-Term Success of GUT-Directed Group Hypnosis for Patients With Refractory Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Trial; *Am J Gastroenterol* 2013; 108: 602-609
Moser G. Brain-Gut-Achse: Stress und seine Wirkung auf den Verdauungstrakt; *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 7: 14-17
Salet GA, Samsom M, Roelofs JM, et al: Responses to gastric distension in functional dyspepsia; *Gut* 1998; 42: 823-829
Spiller R, Aziz Q, Creed F, et al.: Guidelines on the irritable bowel syndrome: mechanisms and practical management; *Gut* 2007; 56: 1770-1798; Erratum *Gut* 2008; 57: 1743
Tillisch K, Labus J, Kilpatrick L, et al.: Consumption of fermented milk product with probiotic modulates brain activity; *Gastroenterology* 2013; 144: 1394-1401
Whitehead WE, Holtkotter B, Enck P, et al. Tolerance for rectosigmoid distention in irritable bowel syndrome; *Gastroenterol* 1990; 98: 1187-1192
Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB: Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome; *Lancet* 1984; 2: 1232-1234