

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Die psychosomatische Dimension der
funktionellen gastrointestinalen
Störungen - Erfolg der
Psychotherapie unter besonderer
Berücksichtigung der Hypnotherapie**

Moser G

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2004; 2 (2), 21-26

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

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

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the



Krause & Pacherneegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Die psychosomatische Dimension der funktionellen gastrointestinalen Störungen – Erfolg der Psychotherapie unter besonderer Berücksichtigung der Hypnotherapie

G. Moser

Funktionelle gastrointestinale Störungen (FGIS) stellen die häufigsten Erkrankungen in den ärztlichen Ordinationen dar. Die FGIS sind mit häufiger Arbeitsunfähigkeit, Verminderung der Lebensqualität und hohen medizinischen Kosten verbunden. Die meisten Patienten leiden unter psychosozialen Problemen. Deshalb ist es wichtig, die Beschwerden der Betroffenen in bezug auf ihre bio-psycho-soziale Situation zu beurteilen und ihr Zustandsbild nicht allein als biomedizinische Krankheit zu definieren. Betreuende Ärzte und Ärztinnen sollten die Relevanz der psychosozialen Aspekte erkennen, damit sie die Betroffenen für eine Überweisung zu Spezialisten (Psychosomatiker/innen, Psychotherapeut/inn/en) vorbereiten und dafür interessieren bzw. motivieren können, beteiligte psychologische Faktoren weiter explorieren zu lassen. Die meisten Forschungsergebnisse zu Psychotherapie bei FGIS fokussieren auf das Reizdarmsyndrom, wobei verschiedenen Therapiemethoden (z. B. Verhaltenstherapie, Psychodynamische Therapie, Hypnotherapie oder Entspannungstechniken) untersucht wurden. Randomisierte kontrollierte Psychotherapie-Studien mit Nachuntersuchung zeigen eine deutliche Überlegenheit der Psychotherapien gegenüber den konventionell medikamentösen Therapien. Enorm erfolgreich scheint die „gut-directed“ Hypnose zu sein. Positives Ansprechen auf Psychotherapie allgemein ist wahrscheinlich, wenn (1) Stress die Symptome verstärkt oder auslöst, (2) milde Angst und Depression vorhanden ist, (3) das vorherrschende Symptom Schmerz und Durchfall und nicht Verstopfung ist, (4) der Schmerz sich mit Nahrungsaufnahme, Defäkation oder Stress verändert und nicht konstant vorhanden ist, und (5) das Beschwerdebild noch relativ kurz andauert. Psychotherapie ist zu Beginn relativ teuer, denn sie bedarf mehrerer längerer Sitzungen. Ihr Erfolg bleibt aber bestehen oder verstärkt sich langfristig sogar, da die Arztbesuche und medizinischen Kosten auf Dauer reduziert und dadurch die Kosten der Psychotherapie wieder eingebracht werden können.

The functional gastrointestinal disorders (FGID) are the most frequent clinical conditions seen in practice. The FGID are associated with significant work absenteeism, impaired quality of life, and increased medical costs. Most patients are also suffering from psychosocial problems. Therefore it is important to define the patient's complaints in terms of a biopsychosocial disorder rather than just a medical illness. Physicians must acknowledge the relevance of the psychosocial aspects to prepare the patient for a referral to a specialist (in psychosomatic medicine or a psychotherapist) and to get the patient interested in and motivated to further explore the psychological factors involved. Most of the research on psychotherapy in FGID to date has focused on the irritable bowel syndrome and different methods of treatments were studied (e. g., cognitive-behavioral therapy, dynamic psychotherapy, hypnotherapy, and relaxation). Randomised controlled studies have shown that psychotherapy is superior to conventional medical therapy. Hypnotherapy seems to be very successful. Predictors of a positive response to psychological treatment generally are: (1) awareness that stress exacerbates their bowel symptoms, (2) at least mild anxiety or depression, (3) the predominant bowel symptom is abdominal pain or diarrhea and not constipation, (4) the abdominal pain waxes and wanes in response to eating, defecation, or stress rather than being constant pain, and (5) the symptoms are of relatively short duration. Psychotherapy is initially relatively expensive because it requires multiple, long sessions. However, its benefits persist or even increase over time, and in the long run, there may be a reduction in clinic visits and health care costs which offsets the initial costs of psychological treatment. *J Gastroenterol Hepatol Erkr* 2004; 2 (2): 21–26.

Funktionelle gastrointestinale Störungen (FGIS) werden weltweit bei ca. 20% der Bevölkerung gefunden, wobei ca. 20–50% der Betroffenen deswegen ärztliche Hilfe suchen (12% der Patienten einer Allgemeinpraxis, 30% der Patienten einer gastroenterologischen Praxis). In den westlichen industrialisierten Ländern suchen Frauen (60–75% der PatientInnen mit FGIS) häufiger ärztliche Hilfe als Männer. Die FGIS werden derzeit in der „Rom II-Klassifikation“ nach dem betroffenen Abschnitt des Gastrointestinaltraktes eingeteilt [1]. Die Empfehlung der internationalen Expertengruppe für funktionelle Störungen setzt den Schwerpunkt auf eine symptombezogene Diagnostik. Die für die betroffene Region der FGIS-spezifischen Beschwerden sollten zumindest in den letzten 12 Monaten über insgesamt 12 Wochen (nicht durchgehend) vorhanden und eine organische Erkrankung ausgeschlossen sein. Zum Beispiel besteht mit hoher Wahrscheinlichkeit im Sinne einer positiven Diagnose (im Gegensatz zur „negativen“ Ausschlußdiagnostik) ein Reizdarmsyndrom nach den Rom II-Kriterien, wenn

- innerhalb von 12 Monaten mehr als drei Monate chronischer Bauchschmerz besteht, der sich mit Defäkation vermindert oder löst und/oder
- mit Änderungen der Stuhlfrequenz und/oder der Stuhlkonsistenz einhergeht.

- Weiters sollten zwei oder mehr der folgenden Symptome über mehr als ¼ der Zeit vorhanden sein: Änderung der Stuhlfrequenz und/oder -konsistenz, Schwierigkeiten bei der Entleerung/Passage, Schleimbeimengung, Blähung.

Wichtig für alle FGIS ist es, neben allen differentialdiagnostischen Überlegungen auch die individuelle Situation und die psychosoziale Anamnese der Betroffenen zu explorieren. In einer großen Studie in den USA wurde festgestellt, daß im Vergleich zu beschwerdefreien Personen ReizdarmpatientInnen pro Jahr dreimal häufiger von der Arbeit und Schule fernbleiben und diese Erkrankung dem Gesundheitswesen enorme Kosten bereitet [2, 3]. Aufgrund des großen Leidensdruckes, mangelnder Betreuung und Unsicherheiten werden nicht selten von Betroffenen und von ÄrztInnen trotz aufrechter Diagnose weitere, meist kostenaufwendige und wenig sinnvolle Untersuchungen angestrebt. PatientInnen mit FGIS haben oftmals eine Odyssee von verschiedenen Durchuntersuchungen hinter sich, die nicht selten mit den Worten enden: „Es ist alles in Ordnung, wir haben nichts Krankhaftes gefunden“, „Sie müssen damit leben lernen“ oder „Wir können Ihnen nicht mehr weiterhelfen, vielleicht suchen Sie doch besser psychische Hilfe“. Der tatsächliche Leidensdruck kann nur in einem Verständnis für die bio-psycho-soziale Situation erfaßt werden, denn weder allein der somatische, noch allein der psychische Zustand spiegelt das Beschwerdebild wider. Psychosoziale Faktoren beeinflussen ebenso wie physiologische Fehlregulationen die Krankheitsverlauf, das Patientenverhalten und den Beschwerdeverlauf.

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Gabriele Moser, Universitätsklinik für Innere Medizin IV, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, E-mail: gabriele.moser@univie.ac.at

Psychische Auffälligkeiten

40–60 % der ReizdarmpatientInnen in Gastroenterologischen Zentren leiden auch an psychischen Störungen wie Depression, Angst, somatoformen Störungen, chronischen und/oder akuten Lebensbelastungen (Stress) oder posttraumatischen Stress-Belastungen. Bei 90 % der PatientInnen wird im Laufe ihres Lebens („lifetime“-Prävalenz) eine psychiatrische Diagnose gestellt [4]. Im Gegensatz dazu weisen weniger als 25 % der PatientInnen mit organischen Erkrankungen einer gastroenterologischen Ambulanz eine psychiatrische Störung auf [5]. Diese psychischen Störungen werden bei PatientInnen mit FGIS häufiger gefunden als bei Personen mit Symptomen einer FGIS, die nicht ärztliche Hilfe suchen („non-patients“). Zum Beispiel weisen diese nur in 7,5 % eine Depression im Laufe ihres Lebens auf, verglichen mit 2,9 % in der Allgemeinbevölkerung ohne gastrointestinale Störungen [6].

Psychosoziale Faktoren spielen also eine wesentliche Rolle bei den Personen, die sich als PatientInnen präsentieren und einen großen Leidensdruck aufweisen. In mehreren Studien aus verschiedenen Kontinenten konnte auch nachgewiesen werden, daß physischer oder sexueller Mißbrauch signifikant häufiger in der Anamnese von FGIS-Betroffenen gefunden wird als bei PatientInnen mit organischen Erkrankungen. Drossman et al. [7] untersuchten die Häufigkeit von sexuellem und physischem Mißbrauch und fanden, daß 44 % der Patientinnen mit FGIS und „nur“ 17 % der Patientinnen mit organischen Darmerkrankungen sexuellen oder physischem Mißbrauch aufwiesen. Delvaux et al. [8] konnten in ihrer Studie in Frankreich zeigen, daß bei ungefähr 10 % der Patientinnen mit organischen gastroenterologischen Erkrankungen und bei 8 % einer gesunden Vergleichspopulation eine Anamnese mit Mißbrauch zu finden ist. Die Wahrscheinlichkeit von erlebtem Mißbrauch scheint bei PatientInnen mit unteren gastrointestinalen Beschwerden vierfach erhöht [9]. 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 [10].

Pathophysiologisches Erklärungsmodell

Für die Entstehung der FGIS wurde in den letzten Jahren in verschiedenen wissenschaftlichen Studien ein Erklärungsmodell entwickelt. Nahm man in den Jahren zwischen 1950 und 1980 noch an, daß vorwiegend Motilitätsstörungen den Beschwerden zugrunde liegen würden, so konnte in den 90er Jahren gezeigt werden, daß neurophysiologische Prozesse im zentralen Nervensystem (ZNS) die Schmerzerfahrung durch Modulation der viszeralen afferenten Reize entstehen lassen. PatientInnen mit FGIS zeigen im Vergleich zu beschwerdefreien Personen ein gesteigertes viszerales Schmerzempfinden zum Beispiel auf Dehnungsreize im Darm. Der Schmerz kann daher auf eine abnorme viszerale Sensation, eine Perzeptionsstörung im Sinne einer „viszeralen Hypersensitivität“ zurückgeführt werden, ohne daß eine Störung der Darmtätigkeit vorliegt (oder vorliegen muß). Die somatische Schmerzempfindlichkeit ist allerdings nicht gesteigert [11].

Diese rein viszerale Überempfindlichkeit wird nicht selten durch eines oder mehrere Ereignisse wie enorme (lang andauernde oder immer wiederkehrende) Stress-Situationen, eine nicht behandelte Laktoseintoleranz oder

eine infektiöse Enteritis getriggert. Gwee et al. [12] konnten in einer prospektiven Studie bei PatientInnen mit akuter Gastroenteritis, die ein Spital aufsuchten, zeigen, daß vor allem jene Patienten ein postinfektiöses Reizdarmsyndrom entwickelten, die eine größere Neigung zu Angst, Depression, Somatisierung und Hypochondriasis bereits zum Zeitpunkt der akuten Gastroenteritis aufwiesen und zudem häufiger belastende Lebensereignisse („life events“) im Jahr vor bzw. um die Zeit der Gastroenteritis aufwiesen. Bei diesen war auch eine längere Persistenz von Entzündungszellen in der Mukosa nachzuweisen. Offensichtlich scheint ein ungünstiges psychosoziales Milieu gemeinsam mit der prädisponierenden biologischen Situation die Entstehung einer funktionellen Störung zu begünstigen. Experimenteller Stress kann auch bei Gesunden zur Verstärkung von Ösophaguskontraktionen oder Veränderungen der Dünn- und Dickdarmmotilität führen. So kann z. B. experimentell induzierter Ärger oder Angst die Dickdarmmotorik steigern [13], wobei Patienten mit FGIS im Vergleich zu Beschwerdefreien eine gesteigerte und qualitativ unterschiedliche physiologische Reaktion auf Stress zeigen [14, 15].

Während psychologische Informationen die gastrointestinale Sekretion und Motilität beeinflussen, können gastrointestinale Aktivitäten Auswirkungen auf die Schmerzempfindung, die Stimmung und Denkfunktionen haben [16]. Viszerale afferente Nervenfasern führen zu bestimmten Gehirnzentren, 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. Die Modulation vieler Reize erfolgt durch eine Unzahl von Neurotransmittern und Neuropeptiden, die im ZNS und im GI-Trakt gefunden werden: Vasoaktives intestinales Peptid (VIP), 5-Hydroxytryptamin (5HT), Substanz P, Stickoxyd (NO), Cholezystokinin (CCK), Enkephaline usw. Diese Substanzen entfalten ihre Aktivität auf die gastrointestinalen Funktionen und auf das menschliche Verhalten abhängig von ihrer Lokalisation. Mit diesen Erkenntnissen der „Brain-Gut-Axis“ ist nach dem bio-psycho-sozialen Modell von Erkrankungen [17] zu vermuten, daß neben biologischen Prozessen auch die psychische Situation einen wesentlichen Anteil am Entstehen und Aufrechterhalten der FGIS trägt. Dies gilt zumindest bei den Betroffenen, die sich als Patienten und Patientinnen in den ärztlichen Praxen präsentieren und in überwiegender Zahl auch psychische Störungen aufweisen.

Betreuung und Therapie der Betroffenen

Eine Therapie, die all diesen Erkenntnissen bei FGIS gerecht werden will, muß daher multimodal sein und einerseits die somatischen Regulationsmechanismen in einer symptomorientierten Behandlung beeinflussen und andererseits das psychosozial bedingte Leiden der Betroffenen berücksichtigen. Das bedeutet, daß Betroffene mit FGIS psychotherapeutische Betreuung erhalten sollten, insbesondere wenn bisherige Behandlungen wenig Erfolg zeigten. Chronische und wenig beeinflussbare Schmerzen können auch erfolgreich mit Antidepressiva behandelt werden (siehe unten).

Behandlungsrichtlinien

Allgemein ist die Therapie nach bestimmten Richtlinien durchzuführen, die aus Erfahrungen an der Mayo-Klinik

stammen und von Owens et al. 1995 beschrieben wurden [18]. Hierbei werden vor allem der Arzt-Patient-Beziehung, den Sorgen der Betroffenen, dem Kosten-Nutzen-Effekt und realistischen Therapiezielen Beachtung geschenkt. Die Therapie sollte – je nach Schweregrad – nach einem Stufenmodell erfolgen, wobei bei sehr starken, wenig beeinflussbaren, funktionellen, chronischen Beschwerden die Therapie mit Antidepressiva zur Hebung der Schmerzschwelle versucht werden sollte.

Die Behandlungsrichtlinien beinhalten folgende Punkte:

- Etablierung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, in der die Sorgen und Ängste der Patienten berücksichtigt werden (z. B. Krebsängste)
- Erklärung der Funktionsabläufe und Entstehung des Schmerzes für den/die Patienten/in (z. B. viszerale Hypersensitivität mittels graphischer Darstellung)
- Beruhigung und Aufklärung über das Beschwerdebild als definierte (und nicht eingebilddete) Krankheit
- Kosten/Nutzen-Analyse bei der Diagnostik
- Involvieren der Betroffenen bei Behandlungsstrategien (mittels Symptomtagebuch)
- Gewährleisten einer kontinuierlichen und langfristigen Betreuung (z. B. regelmäßige vereinbarte Termine alle drei Monate)
- Setzen realistischer Ziele (keine Heilung, aber Symptomverminderung, Verbesserung der Lebensqualität)

Diese Richtlinien wurden in den USA an der Mayo-Klinik evaluiert und es zeigte sich: je mehr Punkte berücksichtigt wurden, desto weniger Arztbesuche wurden von den PatientInnen in Anspruch genommen.

Stufenmodell der Behandlung

1. Aufklärung/Beruhigung

Die Betroffenen müssen verstehen, daß verschiedene Stimuli wie Nahrungsmittel, Hormonveränderungen (Menstruations-

zyklus) oder Stress zur Überreaktion des Darmes führen können. Wichtig ist die Vermittlung des Wissens, daß die Beschwerden nicht eingebildet sind und es wissenschaftliche Erklärungsmodelle mit meßbaren Veränderungen gibt.

2. Diät- und Lebensstilmodifikation

Nahrungsmittel sind am häufigsten Auslöser von Symptomen: Laktose, Koffein, fettreiche Nahrung, Alkohol, zuckerfreier Kaugummi (Sorbitol), große und/oder gasproduzierende Mahlzeiten, aber auch hastige Nahrungsaufnahme und Essen unter psychisch belastenden Umständen (unter Zeitdruck oder bei gleichzeitiger Problembesprechung usw.) können Beschwerden auslösen oder verstärken.

3. Monitoring und Identifikation von „Triggern“

Führen eines Symptomtagebuchs zur Identifikation von symptomverstärkenden oder -auslösenden Faktoren. Dabei soll das Datum, die Uhrzeit, die Symptome (mit Schweregraduierung von 1–10), assoziierte Faktoren (z. B. Ernährung, körperliche Aktivität, belastende Situationen – „wer war dabei?“, Stress usw.), die Emotionen („bin traurig“, „habe große Angst“, „habe mich sehr geärgert“ etc.) und die Denkmuster („bin zuversichtlich/ hoffnungslos, fühle mich außer Kontrolle“ etc.) dokumentiert werden (tabellarischer Vordruck empfehlenswert, ein Vorschlag ist in Abbildung 1 beigefügt). Diese Aufzeichnungen sollen über ca. zwei, bei Frauen zur Erfassung hormoneller Einflüsse über vier Wochen geführt werden. Der/die Patient/in soll bestärkt werden, selbst Assoziationen zu beobachten, diese bei der nächsten Visite in ca. 3–6 Wochen zusammenzufassen und selbst Modifikationsvorschläge (Nahrung, Stressreduktion usw.) zu machen. Dies ist meist der erste (verhaltenstherapeutische) Schritt, dem/der Patienten/in selbst Kontrolle über die Beschwerden zu geben und eventuell einen Einstieg für psychotherapeutische Methoden zu finden. Im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes kann auch das Augenmerk auf die symptomfreien oder -armen Tage gerichtet werden, um Anhaltspunkte zu bekommen, wann und warum die Beschwerden nicht auftreten.

SYMPTOMTAGEBUCH					
Univ.Klinik für Innere Medizin IV, Gastroenterologische Psychosomatikambulanz, Leitung Univ. Prof. Dr. Gabriele Moser					
Datum	Zeit	Beschreiben Sie Ihre Symptome:	Beschreiben Sie die Situation:	Beschreiben Sie, wie Sie sich fühlten:	Was dachten Sie und was haben Sie unternommen?
		Wie intensiv waren diese? (0= gar nicht – 10= extrem)	Was machten Sie gerade? Was aßen Sie? Wer war dabei? Hatten Sie Ihre Regel?	Traurig? Zornig? Angst?	z.B. Entspannung gesucht, ...

Abbildung 1: Symptomtagebuch der Gastroenterologischen Psychosomatikambulanz, Univ.-Klinik für Innere Medizin IV Wien (Leitung Univ.-Prof. Dr. Gabriele Moser)

4. Psychotherapeutische Maßnahmen

Wenn die Symptombeherrschung und Patientenbetreuung schwierig erscheint und zusätzliche psychische Störungen oder Schwierigkeiten bzw. Traumata auffallend sind. Es ist wichtig, daß auch bei Überweisung zu einer entsprechenden psychosomatisch/psychotherapeutischen Betreuung (psychosomatische Spezialambulanz, PsychotherapeutInnen oder Psychiatrie) die primäre Betreuung bei dem/der zuweisenden Arzt/Ärztin fortgeführt wird. Vor Beginn ist das Setzen realistischer Ziele wesentlich. Das Versprechen einer „Heilung“ oder „Beschwerdefreiheit“ ist kontraproduktiv. Es soll vor allem die Verminderung der Beschwerden und die Besserung der Lebensqualität bzw. Kontrolle über die Symptome als erreichbares Ziel festgelegt werden (siehe unten).

5. Pharmakotherapie

Diese sollte symptomorientiert für das prädominante Symptom verordnet werden. Es ist zu erwähnen, daß die Placeboansprechrate bei PatientInnen mit FGIS allgemein sehr hoch (bis zu 80 %) ist. In der klinischen Praxis werden hauptsächlich Spasmolytika und anticholinergische Substanzen, Antidiarrhoika, Laxantien, Prokinetika oder Antiemetika, je nach FGIS, eingesetzt. In einer Metaanalyse wurden für das Reizdarmsyndrom 5 Substanzen effektiver als Placebo eingestuft: Cimetropiumbromid, Pinaveriumbromid, Octyloniumbromid, Trimebutin und Mebeverin [19].

Für PatientInnen mit chronischen und kaum beeinflussbaren Schmerzen haben Antidepressiva einen guten Erfolg gezeigt. Bisherige Studien wurden vorwiegend mit trizyklischen Antidepressiva durchgeführt [20], wobei aber Untersuchungen zu chronisch schmerzvollen Erkrankungen ebenso einen Therapieerfolg mit Serotonin-Reuptake-Hemmern (SSRI) vermuten lassen. Antidepressiva sind vor allem bei PatientInnen mit schweren Schmerzsymptomen, täglicher Beeinträchtigung und/oder depressiven bzw. panikähnlichen Symptomen indiziert. Mit Antidepressiva wird bereits in niedrigerer Dosis (als für die antidepressive Wirkung notwendig) eine Verminderung der Schmerzempfindung über Neuromodulation erreicht. Wichtig ist immer die Erklärung für die betroffenen PatientInnen, daß die Therapie zur Änderung der Schmerzschwelle empfohlen und nicht primär zur antidepressiven Behandlung gegeben wird. Weiters müssen die PatientInnen aufgeklärt werden, daß Nebenwirkungen in den ersten 3 Wochen stärker sein können und die eigentliche Wirkung erst ab der dritten Behandlungswoche zu erwarten ist. Viele Patienten setzen bei Unkenntnis dieser Tatsache die Medikation vorzeitig ab. Die Medikamente sollten 3–12 Monate eingenommen werden und dann kann versucht werden, diese wieder abzusetzen.

Psychotherapeutische Behandlungen

Psychotherapie bei PatientInnen mit FGIS wurde hauptsächlich bei therapierefraktären Fällen wissenschaftlich untersucht. In den prospektiven und kontrollierten Studien haben sich Verhaltenstherapie, psychodynamische (interpersonelle) Therapie, Hypnose, Entspannungsmethoden oder eine Kombination von diesen Techniken bewährt. Drossman [19] untersuchte 15 randomisierte kontrollierte Studien bei Reizdarmsyndrom, von denen 5 eine placebo-kontrollierte Kontrollgruppe aufwiesen. Adäquate Kontrollgruppen für Psychotherapiestudien zu definieren, ist an sich äußerst schwierig [21]. In den meisten Studien

wurde Psychotherapie mit „herkömmlichen“ (medikamentösen) Behandlungen verglichen und dabei zeigte die Psychotherapie einen besseren Erfolg. In den Studien mit Langzeitnachsuntersuchung (9–40 Monate) war in 8 von 9 Studien die Psychotherapie der herkömmlichen Behandlung überlegen.

„Gut-directed“ Hypnose

Der Einsatz einer spezifisch auf den Bauch („gut-directed“) gerichteten Hypnose zur Behandlung von FGIS, insbesondere des Reizarmsyndroms, wurde von einer Arbeitsgruppe um Peter Whorwell in Manchester entwickelt [22, 23]. Der Ruf der Hypnose als Psychotherapie mag durch den Einsatz von Showhypnosen gelitten haben, sie ist aber eine der ältesten Behandlungsmethoden der Menschheit von körperlichen und seelischen Störungen [24]. Insbesondere konnte in wissenschaftlichen Studien mit standardisierten Methoden nachgewiesen werden, daß sich gastrointestinale Funktionen unter dem Einfluß von Hypnose verändern. So kann bei Gesunden die oroökale Transitzeit ebenso verändert werden wie die Kontraktionsamplituden des Kolons bei ReizdarmpatientInnen [25, 26]. Die Arbeitsgruppe um Whorwell zeigte unter anderem, daß sich die viszerale Hypersensitivität bei Reizdarmsyndrom unter Hypnose nachweislich normalisiert [27, 28]. Die von diesem Team entwickelte spezifische „gut-directed hypnosis“ zeigt nicht nur eindrucksvolle therapeutische Langzeiterfolge bei PatientInnen mit therapierefraktärem Reizdarmsyndrom [29], sondern auch bei solchen mit funktioneller Dyspepsie [30]. Die Erfahrung der Arbeitsgruppe in Manchester hat ergeben, daß 12 Sitzungen zu je einer Stunde einmal wöchentlich (über ca. drei Monate) als erfolgreichste Dauer dieser Kurztherapie festzulegen ist, damit der gewünschte Langzeiterfolg erreicht wird.

Die folgende Beschreibung der „gut-directed hypnosis“ erfolgt nach der Methodenbeschreibung und den Transkripten von verschiedenen Hypnosensitzungen, sowie nach der persönlichen Beobachtung der Autorin bei einem Aufenthalt an der Hypnotherapy Unit am Department of Medicine des University Hospital of South Manchester, UK.

1. Überweisung und Erklärungen zur Hypnose

Wichtig ist darauf hinzuweisen, daß die Hypnotherapie eine empirisch validierte und nebenwirkungsfreie Behandlungsmethode insbesondere für therapierefraktäre PatientInnen darstellt und in allen Studien bei 70 bis 95 % der Betroffenen einen deutlichen Therapieerfolg zeigt. Dieser dauert nach bisherigen Erfahrungen mindestens zwei Jahre an. Allgemein lassen sich 15 bis 25 % der PatientInnen nicht sehr leicht hypnotisieren und gegen ihren Willen kann kaum bzw. nicht hypnotisiert werden. PatientInnen mit psychiatrischen Störungen haben weniger Erfolgsaussichten. Neben der Verminderung der körperlichen Symptome vermindern sich unter Hypnotherapie auch milde psychische Störungen und die Lebensqualität wird deutlich verbessert.

Zur Erklärung für die Patienten bei der Überweisung werden Beispiele für hypnotische Zustände im Alltag genannt. So wird erwähnt, daß der Mensch in der Lage ist, (Schmerz-) Empfindungen durch Gewöhnung, Nicht-(mehr) Beachtung oder Ablenkung aus unserem Bewußtsein „ausschalten“ zu können (z. B. „Nach morgendlichem Anlegen unserer Kleidung, Schuhe, Brille usw. spüren wir diese dann nicht mehr auf der Haut“). Es ist also möglich,

etwas nicht mehr bewußt wahrzunehmen, wenn die Aufmerksamkeit nicht darauf fokussiert wird. Eine „gut-directed“ Hypnose beinhaltet die Fremdsuggestion von einer Normalisierung der Darmfunktion (oder Magenfunktion, je nach der FGIS) und Verminderung von Schmerzen. Die meisten PatientInnen mit FGIS praktizieren mit zunehmender Beschwerdedauer eine Form der „negativen Selbsthypnose“, indem sie in bestimmten (oft stressassoziierten) Situationen die Vorstellung von nicht mehr beeinflussbaren, zunehmend unerträglichen Beschwerden entwickeln, was wiederum zur tatsächlichen Zunahme der Symptome führt. Dieser *circulus vitiosus* soll und kann in der Hypnose rückgängig gemacht werden, indem auch die zentrale Modulation der Empfindungen durch Hypnose verändert wird.

2. Beginn und die ersten beiden Sitzungen der Hypnose

Vor Beginn der Hypnose empfiehlt es sich, eine Selbsteinschätzung der PatientInnen in bezug auf ihre Beschwerden mittels einer visuellen Analogskala zu erheben. Diese wird wöchentlich vor den Hypnoterapiesitzungen und am Ende des Behandlungszyklus sowie bei Nachuntersuchungen reevaluiert. Dies dient nicht nur dazu, den betreuenden und zuweisenden ÄrztInnen und den HypnoterapeutInnen (sowie der Krankenkasse) den Therapieerfolg sichtbar zu machen, sondern vor allem auch den PatientInnen selbst. Für klinische Studien können weitere standardisierte Erhebungsinstrumente zur Erfassung der Lebensqualität und psychischer Störungen erhoben werden. Vor Beginn der ca. 20–30 Minuten andauernden Hypnose wird in jeder Sitzung ein psychotherapeutisches Gespräch von ca. 20–30 Minuten (oder auch länger) geführt, um die individuelle Situation und Beschwerden aktuell zu erfassen und in die Suggestionsformeln der Hypnose einbauen zu können. Damit wird die Hypnose auch der jeweiligen betroffenen Person angepaßt, obgleich jede Hypnose bei allen PatientInnen ähnlich strukturiert durchgeführt werden kann. In der ersten und zweiten Hypnose-Sitzung wird nach der Induktion hauptsächlich ein Gefühl der tiefen Entspannung erzeugt und mit bestimmten Formeln und Bildern eine Ich-Stärkung der Betroffenen herbeigeführt. Ab der zweiten Sitzung wird eine Entspannungs-Kassette oder -CD mitgegeben, nach der die PatientInnen zu Hause täglich zumindest 10–20 Minuten eine Entspannung herbeiführen und üben sollten. Nach jeder Hypnosensitzung erfolgt eine kurze Nachbesprechung von 5 bis 10 Minuten.

3. Dritte bis zwölfte Sitzung und Nachkontrollen

Ab der dritten Sitzung wird die „gut-directed“ Hypnose mit Relaxation und nachfolgenden Imaginationen zur Normalisierung der Funktionen des jeweiligen gastrointestinalen Abschnittes mit Suggestion der Verminderung von Schmerzen durchgeführt. Diese suggerierten Bilder orientieren sich auch an den Informationen, die in den Gesprächen vor der Hypnose exploriert wurden. Entspannung und Schmerzlinderung werden mit Auflegen der Hand/Hände der PatientInnen auf den Bereich der stärksten Schmerzempfindung verstärkt. Diese Haltung kann mit tiefer Zwerchfellatmung und posthypnotischem Auftrag „verankert“ werden (z. B. „Langsames und tiefes Ausatmen mit Handauflegen wird bei Bedarf in Alltagssituationen die Krämpfe vermindern.“). Damit wird den PatientInnen durch Üben langsam auch die Selbstkontrolle über ihre Empfindung verliehen und der „Locus of Control“ internalisiert. Das Gefühl des Ausgeliefertsein gegenüber den Anfällen von Schmerz oder imperativem Stuhldrang vermindert sich dann schrittweise. Das Gefühl der Selbstkontrolle wird laufend suggeriert und verstärkt: „Sie sind immer öfter

und immer besser in der Lage, Ihren Darm zu beruhigen, Ihre Schmerzen zu lindern, Sie gewinnen mehr und mehr das Gefühl, daß Sie den Darm kontrollieren und nicht der Darm Sie kontrolliert“.

Zur Verstärkung wird den PatientInnen eine vom Hypnoterapeuten/in besprochene weitere „gut-directed“ Kassette oder CD mitgeben, mit deren Hilfe diese Vorstellung ebenfalls täglich 10–20 Minuten geübt werden sollte.

4. Weitere Evaluation und Auffrischung

Ein bis mehrere Sitzungen können zur Auffrischung, je nach Bedarf der Betroffenen, drei, sechs oder 12 Monate nach Beendigung der „gut-directed“ Hypnotherapie wiederholt werden.

Kosten-Effizienz-Analyse der psychotherapeutischen Verfahren

Jede Psychotherapie kann zu Beginn kostenintensiv sein, da sie multiple länger andauernde Sitzungen erfordert. Ihr positiver Effekt aber ist von Dauer oder wird mit der Zeit sogar stärker [31]. Creed et al. [32] verglichen in einer randomisierten kontrollierten Studie die individuelle Psychotherapie gegen eine Therapie mit Paroxetin und gegen Routinebetreuung (mit symptomorientierter Medikation). Psychotherapie und Paroxetin führte zu einer deutlichen Verminderung der Symptome und zu einer Besserung der Lebensqualität, verglichen mit herkömmlicher Betreuung. Eine signifikante Reduktion der gesamten Gesundheitskosten, die für die Betroffenen zustande gekommen waren, konnte nur für die Psychotherapie nachgewiesen werden, die auch einen positiven Langzeiteffekt aufweist. Insofern werden die anfänglichen Kosten der Psychotherapie durch eine spätere Kostenreduktion in der Betreuung wieder eingebracht und somit insgesamt Geld gespart.

Schlußfolgerung

Das bio-psycho-soziale Modell stellt einen wesentlichen Fortschritt im Verständnis aller Erkrankungen, insbesondere der funktionellen Störungen dar. Bei integrierter Betrachtungsweise von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren werden viele Beschwerdebilder verständlicher und Betroffene wie Betreuende profitieren davon – sowohl in der Diagnostik als auch in der Therapie. Bei den FGIS ist der Nachweis eindrucksvoll gelungen, daß psychotherapeutische Verfahren auch in Form der Kurzzeittherapie nicht nur sehr effizient, sondern auch kostengünstiger sind als herkömmliche Behandlungen. Deshalb ist eine begleitende psychotherapeutische Betreuung vor allem (aber nicht nur) für PatientInnen mit therapierefraktärem Verlauf zu empfehlen.

Literatur:

1. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome II process. In: Drossman DA, Corraziari E, Talley NJ, Thompson WG, Whitehead WE (eds). The functional gastrointestinal disorders (second edition). Degnon Associates, McLean, VA, USA, 2000; 1–29.
2. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. US Householder Survey of Functional Gastrointestinal Disorders: Prevalence, Sociodemography and Health Impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569–80.
3. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Evans RW. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1995; 109: 1736–41.
4. Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, Ballenger JC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993; 34: 229–34.

5. Drossman DA. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl 2): II25–II30.
6. Walker EA, Katon WJ, Jemelka RP, Roy Bryne PP. Comorbidity of gastrointestinal complaints, depression, and anxiety in the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *Am J Med* 1992; 92: 26S–30S.
7. Drossman DA, Leserman J, Nachman G, et al. Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Ann Intern Med* 1990; 113: 828–33.
8. Delvaux M, Denis P, Allemand H, French Club of Digestive Motility. Sexual and physical abuses are more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicenter inquiry. *Eur J Gastroenterol Hepat* 1997; 9: 345–52.
9. 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: 200–6.
10. Drossman DA, Li Z, Leserman J, Toomey TC, Hu Y. Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. *Gastroenterol* 1996; 110: 999–1007.
11. Whitehead WE, Holtkotter B, Enck P, et al. Tolerance for rectosigmoid distention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1990; 98: 1187–92.
12. Gwee KA, Leong YL, Graham C, et al. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction. *Gut* 1999; 44: 400–6.
13. Almy TP. Experimental studies on the irritable colon. *Am J Med* 1951; 10: 60–7.
14. Welgan P, Meshkinpour H, Hoehler F. The effect of stress on colon motor and electrical activity in irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 1985; 47: 139–49.
15. Holtmann G, Enck P. Stress and gastrointestinal motility in humans: a review of the literature. *J Gastrointest Mot* 1991; 3: 245.
16. Silverman DHS, Munakata JA, Ennes H, Mandelkern MA, Hoh CK, Mayer EA. Regional cerebral activity in normal and pathologic perception of visceral pain. *Gastroenterol* 1997; 112: 64–72.
17. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129–36.
18. Owens DM, Nelson DK, Talley NJ. The irritable bowel syndrome: Long term prognosis and the physician-patient interaction. *Ann Intern Med* 1995; 122: 107–12.
19. Drossman DA, Camilleri M, Mayer EA, Whitehead WE. American Gastroenterological Association medical position statement and technical review on irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 2002; 123: 2105–31.
20. Jackson JL, O'Malley PG, Tomkins G, Balden E, Santoro J, Kroenke K. Treatment of functional gastrointestinal disorders with antidepressants: A meta-analysis. *Am J Med* 2000; 108: 65–72.
21. Talley NJ, Owen BK, Boyce P, Paterson K. Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a critique of controlled treatment trials. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 277–83.
22. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet* 1984; 2: 1232–3.
23. Whorwell PJ, Prior A, Colgan SM. Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. *Gut* 1987; 28: 423–5.
24. Häuser W. Hypnose in der Gastroenterologie. *Z Gastroenterol* 2003; 41: 405–12.
25. Beaugene L, Burger AJ, Cadranel JF, et al. Modulation of orocoecal transit time by hypnosis. *Gut* 1991; 32: 393–4.
26. Whorwell PJ, Houghton LA, Taylor EE, et al. Physiological effects of emotion: Assessment via hypnosis. *Lancet* 1992; 340: 69–72.
27. Prior A, Colgan SM, Whorwell PJ. Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 1990; 31: 896–8.
28. Lea R, Houghton LA, Calvert EL, Larder S, Gonsalkorale WM, Whelan V, Randles J, Cooper P, Cruickshanks P, Miller V, Whorwell PJ. Gut-focused hypnotherapy normalizes disordered rectal sensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther* 2003; 17: 635–42.
29. Gonsalkorale WM, Miller V, Afzal A, Whorwell PJ. Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut* 2003; 52: 1623–9.
30. Calvert EL, Houghton LA, Cooper P et al. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterol* 2002; 123: 2132–5.
31. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1991; 100: 450–7.
32. Creed F, Fernandes L, Guthrie E, Palmer S, Ratcliffe J, Read N, Thompson RD, Tomenson B, North of England IBS Research Group. The cost-effectiveness of psychotherapy and paroxetine for severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 2003; 124: 303–17.

Anmerkung

Die in dem Artikel besprochene „Gut-directed“ Hypnose ist eine überaus wertvolle Bereicherung der therapeutischen Optionen bei PatientInnen, die an FGIS leiden. 2 wichtige praxisrelevante Fragen gilt es zu beantworten: Wer kann, darf oder soll diese Therapie durchführen? Welche Stellen bieten diese Therapiemöglichkeit an?

Idealerweise sollte diese Therapie im Rahmen spezialisierter Ambulanzen angeboten werden und von Psychotherapeuten durchgeführt werden, die Hypnoseerfahrung haben und sich mit der speziellen Technik der „Gut-directed“ Hypnose auseinandergesetzt haben. Nicht zu verantworten ist die Durchführung durch Nichttherapeuten nach einem Hypnoseschnellkurs, und ebensowenig durch Psychotherapeuten ohne einschlägige Hypnoseausbildung. Unter Berücksichtigung dieser Kriterien steht diese Therapie dzt. noch nicht in dem erwünschten Umfang österreichweit zur Verfügung. An der Erstellung entsprechender Ausbildungsangebote wird gearbeitet, ebenso wie an der Erstellung einer Liste jener KollegInnen, die bereits jetzt diese Therapie anbieten können.

Für den Wiener Raum gibt es dieses Therapieangebot an der Psychosomatikambulanz der Univ. Klinik für Gastroenterologie und Hepatologie sowie in der Praxis der Autorin.

P. Weiss, Schriftleitung



Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Moser (www.gabrielemoser.at)

Geboren 1958 in Wien, aufgewachsen in Müritzschlag, Medizinstudium an der Universität Wien, 1984 Promotion, 1991 Fachärztin für Innere Medizin, 1991 Aufbau und seither Leitung der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe und Ambulanz für Gastroenterologische Psychosomatik an der Univ.-Klinik für Innere Medizin IV. Seit 1993 Psychotherapeutin (Psychoanalytische Ausbildung und Hypnotherapie), 1994 Diplom für Psychotherapeutische Medizin der ÖÄK, 1996 Habilitation Innere Medizin, 1997 Visiting Scientist an der University of North Carolina, USA. 1998–2000 Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin. 1999–2003 Vizerektorin der Universität Wien. 2002 Ruf an die Universität Tübingen für die Professur „Psychosomatische Medizin“ (nach Verhandlung nicht angenommen). Vier Preise.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)