

Moser G

Reizdarmsyndrom und Psychosomatik

Journal für Ernährungsmedizin 2009; 11 (2), 18

Homepage:

www.aerzteverlagshaus.at

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

MIT NACHRICHTEN DER



For personal use only.

Not to be reproduced without permission of Verlagshaus der Ärzte GmbH.

**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



Reizdarmsyndrom und Psychosomatik

Irritable Bowel Syndrome and Psychosomatics

Gabriele Moser*

Abstracts

Das Reizdarmsyndrom (RDS) zählt zu den funktionellen gastrointestinalen Störungen (FGIS), welche in den letzten Jahrzehnten intensiv beforscht wurden. Bei dieser sehr häufigen Diagnose in der Gastroenterologie ist das Zusammenwirken somatischer, psychischer und sozialer Komponenten bei der Entstehung und im Verlauf des Beschwerdebildes besonders zu beachten. Typisch für das RDS sind abdominale Beschwerden, Stuhlnormmäßigkeiten, sowie das Fehlen von organopathologischen Befunden, die die Beschwerden ausreichend erklären könnten. Viele Betroffene suchen wiederholt Hilfe bei gastroenterologischen Spezialisten oder Institutionen. Da dieses Beschwerdebild sehr beeinträchtigend und für einen Teil der Betroffenen auch sehr beängstigend ist, weisen diese auch häufiger (in Spezialzentren über 60 %) psychische Störungen auf. Der Anteil von PatientInnen mit irgendeiner Form von psychischer Stressbelastung oder Traumatisierung (psychisch, physisch oder sexuell) in der Anamnese ist größer als bei anderen „organischen“ Erkrankungen. Wenn die Beschwerden nicht ausreichend erklärt und behandelt werden, führt dies häufig zur Erhöhung des Leidensdrucks und zu einer weiteren „Hilfesuche“ bei den Betroffenen. Dies hat auch gesundheitsökonomische Konsequenzen mit Kostensteigerungen. Die Integration psychosozialer Faktoren im diagnostischen Prozess und eine psychosomatische Betreuung der RDS-PatientInnen sind daher besonders wichtig.

Stichwörter: Reizdarmsyndrom, viszerale Hypersensitivität, Psychosomatik, Hirn-Darm-Achse, bauchgerichtete Hypnose-therapie.

The Irritable Bowel Syndrome (IBS) is part of the functional gastrointestinal disorders (FGID), which were studied intensively within the last decades. In this very frequent diagnosis in Gastroenterology the interaction of somatic, psychic and social components in aetiology and the course of the illness should be especially considered. Typical symptoms in IBS are abdominal complaints, irregular bowel movements and lack of pathological findings, which could explain sufficiently the symptoms. Many patients seek repeatedly help from gastroenterological specialists and institutions. Since the illness is very impairing, and for some also terrifying, these patients show more frequent psychological disturbances (in tertiary centres more than 60 %). The proportion of patients with any kind of stress or abuse (psychological, physical or sexual) in their history is greater in IBS than in other “organic” diseases. If the symptoms are not sufficiently explained and / or treated, the suffering and health care seeking of IBS patients leads to health-economic consequences with increasing costs. Therefore the integration of psychosocial factors in the diagnostic process and the psychosomatic care of patients with IBS are very important.

Keywords: Irritable bowel syndrome, visceral hypersensitivity, psychosomatics, brain-gut-axis, gut directed hypnotherapy



Die vorliegende Arbeit finden Sie in der Online-Version des Journals für Ernährungsmedizin unter www.aerzteverlagshaus.at

Korrespondenz

* Univ. Prof. Dr. Gabriele Moser
Univ. Klinik für Innere Medizin III
Währinger Gürtel 18-20
1090 Wien, Österreich
www.gabrielemoser.at

EINLEITUNG

Viele Ärzte meinen, dass das Reizdarmsyndrom (RDS) an sich eine psychische Störung darstellen würde (1). In der ICD-Klassifizierung der psychischen Störungen wird das RDS als somatoforme Störung klassifiziert, was wiederum suggeriert, dass es sich dabei um eine mehr psychisch verursachte Krankheit handelt. Andere wiederum empfinden die Betroffenen als „lästige PatientInnen“ und manche meinen noch immer, man müsse nur lange genug nach einer „real existierenden Erkrankung“ suchen und führen mehrfach viele unnötige und aufwendige Untersuchungen durch, die nur die Gesundheitskosten explodieren lassen und in eine inadäquate Betreuung der Leidenden münden. Aufgrund des großen Leidensdruckes, mangelnder Betreuung und Unsicherheiten werden nicht selten von Betroffenen trotz aufrechter Diagnose weitere, meist kostenaufwendige und wenig sinnvolle Untersuchungen angestrebt. PatientInnen mit RDS haben oftmals eine Odyssee von verschiedenen Durchuntersuchungen hinter sich, die nicht selten mit den Worten endete „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 einen Psychiater auf...“.

Der tatsächliche Leidensdruck kann nur mit 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 Krankheitserfahrung, das Patientenverhalten und den Beschwerdelauf. Tatsächlich handelt es sich bei dem Beschwerdebild um ein komplexes Zusammenwirken von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren, die sowohl in der Entstehung als auch im Verlauf beim RDS wesentlich sein können. Deshalb ist es wichtig, das bio-psycho-soziale Denken insbesondere für dieses Leidensbild in der gastroenterologischen „scientific community“ und in Expertengremien zu stärken.

Mit einem interdisziplinären Zugang kann professionelles Verständnis für dieses Beschwerdebild entwickelt und dem dichotomen Denken von „entweder organisch oder psychisch“ entgegengewirkt werden. Dies wurde mit dem „Rom-Prozess“ unter der Leitung von Prof. Douglas Drossman (USA) erstmals 1996 in Rom (Rom I) begonnen, wo sich ExpertInnen aus aller Welt im interdisziplinären Dialog (Gastroenterologen, Psychiater, Psychologen und Psychotherapeuten) trafen und nach weiteren Treffen mittlerweile im Rom III Prozess ein umfassendes Werk über Pathogenese, Epidemiologie, Diagnostik und Therapie von FGIS geschaffen haben (1, 2).

EPIDEMIOLOGIE

Funktionelle gastrointestinale Störungen (FGIS) allgemein werden bei bis zu 35 % in der Allgemeinbevölkerung gefunden, 62 % der Betroffenen suchen ärztliche Hilfe und beinahe 20 % weisen mehr als zwei FGIS auf. Das RDS wird weltweit bei ca. 10 – 20 % der Bevölkerung beobachtet, wobei ca. 20 – 50 % der Betroffenen deswegen ärztliche Hilfe suchen. In den westlichen industrialisierten Ländern suchen Frauen (60 – 75 %) häufiger ärztliche Hilfe als Männer. In einer großen Studie in den USA wurde festgestellt, dass im Vergleich zu beschwerdefreien Personen Reizdarmpatienten pro Jahr dreimal häufiger von der Arbeit und Schule fernbleiben und diese Erkrankung dem Gesundheitswesen enorme Kosten bereitet (3, 4).

KRITERIEN FÜR DIE DIAGNOSE NACH ROM III

Mangels spezifischer organpathologischer Befunde liegt der Schwerpunkt auf einer symptombezogenen Diagnostik. Die Beschwerden sollten nach den Rom III-Kriterien zumindest in den letzten 6 Monaten über insgesamt 3 Monate (nicht durchgehend) vorhanden sein, und zumindest an 3 Tagen pro Monat auftreten. Es wurde bisher immer betont, dass eine strukturelle oder biochemische Störung ausgeschlossen sein sollte. Dies ist nach neueren technischen und biochemischen Untersuchungsmethoden nicht mehr ganz aufrecht zu halten, weil das RDS auch mit anderen Krankheiten und auch mikroskopischen Entzündungszeichen in der Darmschleimhaut (oft nur mit Spezialfärbung des Biopsiematerials sichtbar) assoziiert sein können. So findet sich das RDS z. B. häufiger (bei über 40 %) bei PatientInnen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Nach den Rom III-Kriterien sprechen folgende Beschwerden für ein Reizdarmsyndrom:

Häufig gehen die Beschwerden auch mit Blähungen, Schleimbeimengung zum Stuhl und dem Gefühl der inkompletten Ent-

Rom III-Kriterien des RDS

Hauptkriterien

Seit 6 Monaten abdominelles Unbehagen oder abdominelle Schmerzen an mindestens 3 Tagen während der letzten 3 Monate mit zumindest 2 oder mehr der folgenden Symptome:

- Besserung nach der Defäkation.
- Beginn assoziiert mit einer Änderung der Stuhlfrequenz.
- Beginn assoziiert mit einer Änderung der Stuhlkonsistenz.

leerung einher. Das RDS kann je nach den vorwiegend vorhandenen Stuhlnunregelmäßigkeiten unterteilt werden:

RDS-Subtypisierung je nach Stuhlkonsistenz

- RDS mit Obstipation (RDS-O): harte oder knollige Stühle bei mehr als ¼ der Stuhlentleerungen.
- RDS mit Durchfall (RDS-D): weiche oder wässrige Stühle bei mehr als ¼ der Stuhlentleerungen.
- RDS gemischt (RDS-M): knollige Stühle bei mehr als ¼ und weiche oder wässrige Stühle bei mehr als ¼ der Stuhlentleerungen.
- RDS unspezifiziert: erfüllt keine der oben genannten Kriterien.

DIAGNOSESTELLUNG

Anamnese

Das wichtigste diagnostische Instrument besteht in der Anamnese und dem Erfassen der RDS-Symptome nach den ROM III-Kriterien. Zur Identifikation von Triggerfaktoren ist das Führen eines Symptomtagebuches hilfreich (Tabelle 1).

Eine verminderte oder überschießende Zufuhr von Ballaststoffen, ein übermäßiger Konsum von schwer resorbierbaren Zuckern (z.B. Fruktose, Sorbit, ...) oder von Stimulantien der Peristaltik (z.B. Kaffee oder Tee), können die Symptome eines RDS auslösen oder verstärken. Daneben können auch Medikamente

SYMPTOMTAGEBUCH					
Datum	Zeit	Beschreiben Sie Ihre Symptome. z.B.: Bauchkrämpfe Wie intensiv waren diese? (0= gar nicht – 10=extrem)	Beschreiben Sie die Situation. Was machten Sie gerade? Was aßen Sie? Wer war dabei? Hatten Sie Ihre Regel?	Beschreiben Sie, wie Sie sich fühlten. z.B.: "Habe mich geärgert über..." Traurig? Zornig? Angst?	Was dachten Sie und was haben Sie unternommen? z.B.: Entspannung gesucht,... wurde "panisch"...

Tabelle 1: Symptomtagebuch

Diarrhoen oder abdominelles Unwohlsein auslösen. So genannte „Alarmsymptome oder -zeichen“ weisen darauf hin, dass andere Ursachen den Beschwerden zugrunde liegen könnten. Dazu zählen Blut im Stuhl, Fieber, Gewichtsverlust, nächtliche Schmerzen/Koliken, Anämie und/oder Entzündungszeichen im Blut. Hier sind weitere körperliche Untersuchungen unbedingt notwendig. Häufig sind mit dem RDS auch Sodbrennen, Fibromyalgie, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen und urogenitale Beschwerden vergesellschaftet. Diese Symptome sind wenig hilfreich für die Diagnose RDS, korrelieren aber häufig mit der Schwere des RDS und sind mit psychologischen Faktoren verknüpft.

Psychosoziale Anamnese

Die orientierende psychosomatische Diagnostik beinhaltet empathische (offene) Fragen nach psychosozialen Belastungen (v. a. im Zeitraum vor oder zu Beginn der Beschwerden) und nach Symptomen einer psychischen Störung wie z. B. einer Depression oder einer Angsterkrankung. Weiters kann die Frage nach dem aktuellen Anlass der Arztkonsultation oder die subjektive Krankheitstheorie der Patienten Hinweise auf Belastungen oder eine Angststörung (z.B. Kanzerophobie) geben. Nicht selten suchen Betroffene erst dann ärztliche Hilfe, wenn ein naher Angehöriger oder Bekannter an einem Karzinom erkrankt oder verstorben ist, obwohl die RDS-Symptome schon länger bestehen. Auch andere schwere Belastungssituationen sind häufig Anlass für einen Arztbesuch. Wichtig ist die Erfassung der psychosozialen Einschränkung der Betroffenen, die sich manchmal aufgrund ihrer Beschwerden zunehmend sozial zurückziehen (z. B. gemeinsame Mahlzeiten und Aktivitäten meiden, keine Reisen unternehmen usw.). Allein dadurch können sich psychische Störungen entwickeln bzw. verstärken.

Kosten-Nutzen-Evaluation weiterführender Untersuchungen und Prognose

Bei besonderen Hinweisen sind weitere Untersuchungen sinnvoll. Bei Verdacht auf eine Laktosemalabsorption wird ein H₂-Atemtest mit Laktosebelastung empfohlen, in spezialisierten Zentren kann auch auf Fructoseintoleranz getestet werden. Bei 25 % der RDS-PatientInnen liegt gleichzeitig eine Laktosemalabsorption vor, wobei zumindest bei einem Teil der Betroffenen durch eine entsprechende Diät eine Verminderung der Symptome

erreicht werden kann. Manchmal wird eine Laktoseintoleranz als Ursache der Beschwerden vermutet und auch diagnostiziert, ohne dass sich dann bei einer entsprechenden Diät eine Minderung der RDS-Symptomatik einstellt. In diesem Fall muss angenommen werden, dass sich ein RDS bei einer Laktosemalabsorption entwickelt hat, aber die viszerale Hypersensitivität unabhängig von dieser weiterbesteht.

Das RDS soll jedenfalls nicht als reine Ausschlussdiagnose („Durchuntersuchung, bis alles andere ausgeschlossen werden kann“) verstanden werden. Eine wiederholte Diagnostik bei gleich bleibender Symptomatik soll jedenfalls vermieden werden. Mehrere Studien haben gezeigt, dass bei einer adäquaten Erstabklärung weitere Untersuchungen nicht sinnvoll, sondern nur kostspielig, oft sogar gefährlich sind (5). Die adäquate Diagnostik ist daher sowohl für die Betroffenen als auch vom gesundheitsökonomischen Gesichtspunkt Standpunkt bedeutsam. In den Ländern der westlichen Welt soll das RDS 0,5 % der gesamten Kosten des Gesundheitssystems verursachen. Die direkten Krankheitskosten für das RDS werden in den USA pro Jahr auf 9 Milliarden US \$, die indirekten auf 16 Milliarden US \$ geschätzt.

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine zusätzliche (neue) gastrointestinale Erkrankung bei gleich bleibenden Beschwerden auftritt, ist gleich groß wie bei gesunden Personen. Die RDS-Beschwerden bleiben lange konstant: 30 % der PatientInnen sind nach 5 Jahren unverändert symptomatisch, nur 5 % werden beschwerdefrei. Viele der Betroffenen mit postinfektiösem RDS haben nach 6 Jahren eher weniger (durchschnittlich 50 %) Symptome.

Fallstricke einer „gestörte Arzt/Ärztin-PatientIn-Kommunikation“

Die schwierigste Aufgabe für nicht psychosomatisch geschulte ÄrztInnen ist die empathische und längerfristige Betreuung von PatientInnen mit Reizdarmsyndrom (bzw. auch anderen funktionellen Störungen). Eine gestörte Kommunikation/Beziehung in der ärztlichen Praxis kann einer Verminderung der Beschwerden entgegenwirken und die Hilflosigkeit der Betroffenen (und manchmal auch der Betreuenden) verstärken. Eine psychosomatische Zusatzausbildung ist empfehlenswert, um diese PatientInnen professionell zu betreuen und das gesteigerte Hilfe-

suchen („doctor shopping“) der Betroffenen bei verschiedenen ÄrztInnen und Institutionen („hospital hopping“ oder „health care seeking“) zu verhindern. Wichtig für alle Betroffenen ist es, neben allen differentialdiagnostischen Überlegungen auch die individuelle Situation und die psychosoziale Anamnese der Betroffenen zu explorieren um bei Bedarf entsprechende Hilfe anbieten zu können.

PSYCHOSOZIALE AUFFÄLLIGKEITEN BEI FGIS

40 bis 60 % der Betroffenen mit RDS in gastroenterologischen Zentren leiden auch an psychischen Störungen wie Depression, Angst, somatoforme Störungen, chronische und/oder akute Lebensbelastungen (Stress) und posttraumatische Stressstörungen. Viele leiden auch an Schlafstörungen oder waren Opfer von psychischem, physischem oder sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Bei 90 % der Patienten mit RDS wird im Laufe ihres Lebens („Lifetime“-Prävalenz) eine psychiatrische Diagnose gestellt (6). Im Gegensatz dazu weisen weniger als 25 % der Patienten mit organischen Erkrankungen in einer gastroenterologischen Ambulanz eine psychiatrische Störung auf (7).

Diese psychischen Störungen werden bei Patienten, die wegen eines RDS ärztliche Hilfe suchen, häufiger gefunden als bei Personen mit RDS-Symptomen, die nicht ärztliche Hilfe suchen („non-patients“). Psychosoziale Faktoren spielen also eine wesentliche Rolle bei den Personen, die sich als Patienten 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 der von FGIS Betroffenen gefunden wird als bei Patienten mit organischen Erkrankungen.

Drossman et al. (8) untersuchten die Häufigkeit von sexuellem und physischem Missbrauch und fanden heraus, dass 44 % Prozent der Patientinnen mit FGIS und „nur“ 17 % der Patientinnen mit organischen Darmerkrankungen sexuellen oder physischen Missbrauch aufwiesen. Delvaux et al. (9) 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 Patienten mit unteren gastro-intestinalen Beschwerden vierfach erhöht (10). 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 (11).

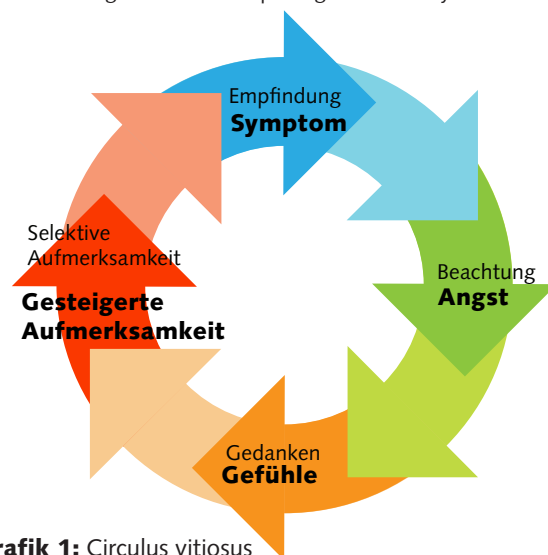
Dass die Betroffenen einem enormen Leidensdruck ausgesetzt sind zeigt auch eine Untersuchung von Miller et al. (12): An einer gastroenterologischen Spezialambulanz („tertiäres Zentrum“) wiesen 38 % der Patienten mit einem Reizdarmsyndrom Selbstmordgedanken aufgrund ihrer körperlichen Beschwerden auf. Im Vergleich dazu hatten „nur“ 16 % der Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen derartige Gedanken. Auch bei 16 % der Betroffenen mit Reizdarmsyndrom in den Facharztpraxen bzw. bei 4 % in den Allgemeinpraxen war dies der Fall. Von den Reizdarmpatienten in den Spezialzentren hatten 5 % sogar bereits einen Selbstmordversuch hinter sich. Die häufigsten Gründe waren Hoffnungslosigkeit wegen der Intensität der Symptome, dadurch bedingte Beeinträchtigung des Lebens und eine inadäquate Therapie.

PATHOPHYSIOLOGISCHES ERKLÄRUNGSMODELL UND EINFLUSS PSYCHISCHER FAKTOREN

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 1990er Jahren gezeigt werden, dass neurophysiologische Prozesse im zentralen Nervensystem (ZNS) die Schmerzerfahrung durch Modulation der viszeralen afferenten Reize entstehen lassen. PatientInnen mit RDS zeigen im Vergleich zu beschwerdefreien Personen ein gesteigertes viszerales Schmerzempfinden auf Dehnungsreize im Darm (13). Der Schmerz kann 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 (14). Diese viszerale Überempfindlichkeit wird nicht selten durch ein oder mehrere Ereignisse wie zum Beispiel eine nicht behandelte Laktoseintoleranz oder eine infektiöse Enteritis oder enorme (lang andauernde bzw. immer wiederkehrende) Stresssituationen getriggert. Auch die Interpretation der Beschwerden durch die Betroffenen ist wesentlich (15,16). Hier entwickelt sich nicht selten ein Circulus vitiosus auf Basis einer ängstlich-hypochondrischen Haltung (Grafik 1).

CIRCULUS VITIOSUS

„The mediating role of catastrophizing“ Lackner Psychosom Med 2004



Grafik 1: Circulus vitiosus

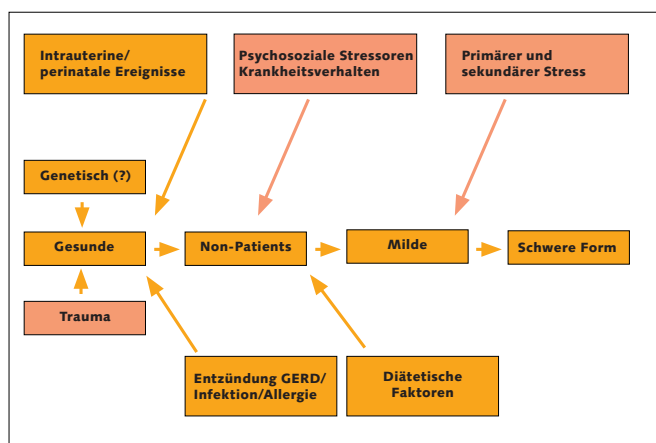
Gwee et al. (17) konnten in einer prospektiven Studie bei Patienten mit akuter Gastroenteritis, die ein Spital aufsuchen, zeigen, dass vor allem jene Patienten ein postinfektiöses Reizdarmsyndrom entwickelten, die eine größere Neigung zu Angst, Depression, Somatisierung und Hypochondriasis bereits zum 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 Mucosa nachzuweisen.

Offensichtlich scheint ein ungünstiges psychosoziales Milieu gemeinsam mit der prädisponierenden biologischen Situation die Entstehung einer funktionellen Störung zu begünstigen.

Patienten mit RDS zeigen im Vergleich zu Beschwerdefreien eine gesteigerte und qualitativ unterschiedliche physiologische Reaktion auf Stress (18, 19). Während psychologische Informationen die gastrointestinale Sekretion und Motilität beeinflussen, können gastrointestinale Aktivitäten auch die Schmerzempfindung, die Stimmung und Denkfunktionen beeinflussen (20). 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. Mit diesen Erkenntnissen der Hirn-Darm-Achse „Brain-Gut-Axis“ (21) ist zu vermuten, dass neben biologischen Prozessen auch die psychische Situation einen wesentlichen Anteil am Entstehen und Aufrechterhalten der FGIS trägt (22). Dies gilt zumindest bei den Betroffenen, die sich als Patienten in den ärztlichen Praxen präsentieren und in überwiegender Zahl auch psychische Störungen aufweisen (Grafik 2).

ENTSTEHUNGSMODELL FÜR VISZERALE HYPERALGESIE

EA Mayer and GF Gebhart Gastroenterology 1994



Grafik 2: Entstehungsmodell der viszeralen Hyperalgesie

PSYCHOSOMATISCHE BETREUUNG UND THERAPIE

Eine Therapie, die all den Faktoren bei RDS gerecht werden will, muss daher eine multimodale sein, die einerseits die somatischen Regulationsmechanismen in einer symptomorientierten Behandlung beeinflusst und andererseits das psychosozial bedingte Leiden der Betroffenen berücksichtigt. Das bedeutet, dass Betroffene bei Bedarf psychotherapeutische Betreuung erhalten sollen, insbesondere dann, wenn bisherige Behandlungen wenig Erfolg zeigten. Chronische und wenig beeinflussbare Schmerzen können auch erfolgreich mit Antidepressiva behandelt werden. Allgemein ist die Therapie nach bestimmten Richtlinien durchzuführen, die aus Erfahrungen an der Mayo-Klinik gezogen und von Owens et al. (23) beschrieben wurden. Hierbei werden vor allem der Arzt-Patient-Beziehung, den Sorgen der Betroffenen, dem Kosten-Nutzen-Effekt und den realistischen Therapiezielen Beachtung geschenkt.

Behandlungsrichtlinien

- Etablierung einer vertrauensvollen Arzt-Patienten-Beziehung, in der die Sorgen und Ängste der Patienten berücksichtigt werden (z.B. Krebsängste).

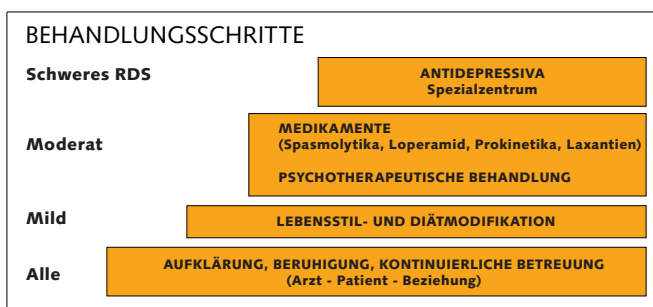
- Verständliche (einfache) Information über Funktionsabläufe und Entstehung des Schmerzes (z.B. viszerale Hypersensitivität mittels graphischer Darstellung erklären).
- Beruhigung und Aufklärung über das Beschwerdebild als definierte (und nicht eingebildete) Krankheit.
- Kosten/Nutzen-Analyse bei jeder erweiterten Diagnostik.
- Involvieren der Betroffenen bei Behandlungsstrategien (z.B. mittels Symptomtagebuchs).
- 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 in der ärztlichen Betreuung berücksichtigt wurden, desto weniger Arztbesuche wurden von den PatientInnen in Anspruch genommen. 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.

Stufenmodell der Behandlung (Graphik 3)

- Aufklärung/Beruhigung – die Betroffenen müssen verstehen, dass verschiedene Stimuli wie Nahrungsmittel, Hormonveränderungen (Menstruationszyklus) oder Stress zu einer 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.
- Diät- und Lebensstilmodifikation – Nahrungsmittel sind am häufigsten Auslöser von Symptomen: Laktose, Koffein, fettreiche Nahrung, Alkohol, zuckerfreier Kaugummi (Sorbitol), exzessive Einnahme von künstlichen Süßstoffen, große und/oder Gas-produzierende Mahlzeiten, aber auch hastige Nahrungsaufnahme und Essen unter psychisch belastenden Umständen (unter Zeitdruck oder bei gleichzeitiger Problembesprechung usw.) können Beschwerden auslösen oder verstärken.
- Monitoring und Identifikation von "Triggern" – Führen eines Symptomtagebuchs (Tabelle 1) zur Identifikation von Symptom-verstärkenden oder -auslösenden Faktoren. Dabei soll das Datum, die Uhrzeit, die Symptome (mit Schwere-Graduierung 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" ...) und die Denkmuster (bin zuversichtlich/hoffnungslos, fühle mich außer Kontrolle ...) dokumentiert werden. 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

helfende Modifikationsvorschläge (Nahrung, Stressreduktion usw.) zu machen. Dies ist meist der erste (verhaltens-therapeutische) Schritt, den Betroffenen 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.

- Psychotherapeutische Maßnahmen – wenn die Symptombelastung und Patientenbetreuung schwierig erscheint und zusätzliche psychische Störungen, chronisch psychische Belastungen oder Traumata zu explorieren sind. Es ist wichtig, dass auch bei Überweisung zu einer entsprechenden psychosomatischen/psychotherapeutischen Betreuung (Psychosomatische Spezialambulanz, Psychotherapie oder Psychiatrie) die primäre Betreuung bei dem/der zuweisen den 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 (s. u.).
- Pharmakotherapie – sollte symptomorientiert für das prädominante Symptom verordnet werden. Für Patienten mit chronischen und kaum beeinflussbaren Schmerzen haben Antidepressiva einen guten Erfolg gezeigt. Bisherige Studien wurden vorwiegend mit trizyklischen Antidepressiva durchgeführt (24), wobei aber Untersuchungen zu chronisch schmerzvollen Erkrankungen ebenso einen Therapieerfolg mit Serotonin Reuptake Hemmern (SSRI) vermuten lassen. Antidepressiva sind vor allem bei Patienten mit schweren Schmerzsymptomen, täglicher Beeinträchtigung und/oder depressiven bzw. panikähnlichen Symptomen indiziert. Mit Antidepressiva wird häufig 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 Patienten, dass die Therapie zur Änderung der Schmerzschwelle empfohlen und nicht primär zur antidepressiven Behandlung gegeben werden. Weiters müssen die Patienten darüber aufgeklärt werden, dass Nebenwirkungen in den ersten 3 Wochen stärker sein können und dass die eigentliche Wirkung erst ab der dritten Behandlungswoche zu erwarten ist. Viele Patienten setzen bei Unkenntnis dieser Tatsache die Medikation vorzeitig ab. Die antidepressiven Medikamente sollten 3 – 12 Monate eingenommen werden, dann kann versucht werden, diese wieder abzusetzen (auszuschleichen).



Grafik 3: Stufenmodell der Behandlung

Patel et al. (25) fanden in einer Metaanalyse von 45 Placebo-kontrollierten randomisierten Studien, dass die Placebo-Ansprechrage bei 16 – 71 % liegt, mit einer durchschnittlichen Rate von 40,2 %. Enck und Klosterhalfen (26) beschreiben auch methodologische Gründe in den Studien und einen möglichen psycho-biologischen Effekt als Ursache für die positive Placeboaktion. Wesentlich für die Betroffenen ist die Erklärung, dass die Beschwerden nicht eingebildet sind und verschiedene Stimuli wie Nahrungsmittel, Hormonveränderungen (Menstruationszyklus) oder Stress zu einer Überreaktion des Darmes führen können.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE BEHANDLUNGEN UND KOSTEN-NUTZEN-ANALYSE

Psychotherapeutische Maßnahmen (Tabelle 2) zählen zu den wirkungsvollsten Behandlungsmethoden des RDS. In mehreren Studien sind verschiedene Therapiemethoden erfolgreich eingesetzt worden, wobei keine Psychotherapiemethode einer anderen wesentlich überlegen zu sein scheint und auch Kombinationstherapien erfolgreich waren.

PSYCHOTHERAPEUTISCHE METHODEN (RDS)

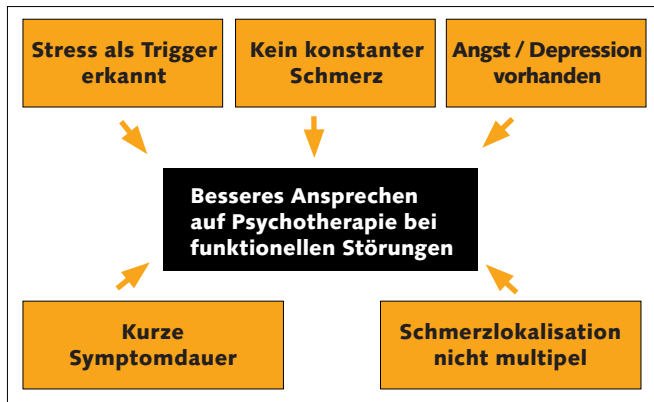
Ford et al. GUT 2009 – Systematisches Review und Meta-Analyse (20 RCT, 1278 Patienten)

Kognitive – Verhaltenstherapie	NNT = 3
Symptomtagebuch, Übungen, Änderung von Anpassungsstörungen (Verhalten/Gedanken) mit Besserung der Symptomkontrolle	
Interpersonelle psychodynamische Psychotherapie	NNT = 3,5
Identifikation und Verarbeitung von Beziehungsschwierigkeiten	
Hypnose	NNT = 2
Suggestion zur Reduktion von abdominellen Empfindungen	
Kombiniert mit Entspannungstechniken	NNT = 3
Muskuläre und psychische Entspannung zur Reduktion von autonomen Reaktionen Entspannungstherapie allein scheint keinen Effekt zu haben!	

Tabelle 2: Psychotherapeutische Methoden

Psychotherapie bei Patienten mit RDS wurde hauptsächlich bei therapierefraktären Fällen wissenschaftlich untersucht. In den prospektiven und kontrollierten Studien haben sich Verhaltenstherapie, psychodynamische (interpersonelle) Therapie, Hypnose, Entspannungsmethoden oder eine Kombination dieser Techniken bewährt. In den meisten randomisiert-kontrollierten Studien wurde bei schwerem RDS Psychotherapie mit „herkömmlichen“ (symptomatisch-medikamentösen) Behandlungen verglichen. Dabei zeigte die Psychotherapie auch in den Langzeitnachsuntersuchungen einen besseren Erfolg. Ford et al. (27) stellten in einer kürzlich erschienenen Metaanalyse zur Wirksamkeit der antidepressiven und psychologischen Therapien des Reizdarmsyndroms fest, dass die NNT (number needed to treat = Anzahl der Personen, die behandelt werden müssen, damit eine einen Erfolg hat) für die Psychotherapie bei ca. 4 (gleich wie Antidepressiva) liegt. Die prognostisch günstigen Faktoren für den Erfolg einer interpersonellen Psychotherapie wurden von Guthrie et al. (28) beschrieben und sind in Grafik 4 dargestellt.

ERFOLG DER PSYCHOTHERAPIE GRÖßER, WENN...



Grafik 4: Erfolgsparameter für Psychotherapie

Guthrie et al. konnten nachweisen, dass bei Patienten mit schwerem Reizdarmsyndrom nach einer Psychotherapie die Veränderung der Toleranz einer Ballondehnung des Rektums mit der Veränderung des psychischen Status korreliert. Die Arbeitsgruppe um Peter Whorwell in Manchester entwickelte eine spezifisch auf den Bauch gerichteten ("gut-directed") Hypnose zur Behandlung von FGIS (29,30). Ein Überblick über die Forschung zu Hypnose beim Reizdarmsyndrom weist darauf hin, dass die Wirkung sowohl über eine Veränderung der Psyche als auch der Physiologie zu erklären ist (31). Im systematischen Review von Ford et al. (27) wurde die „Bauch gerichtete Hypnosetherapie“ (gut directed hypnotherapy) mit einer NNT von 2 als die erfolgreichste Therapiemethode beschrieben. Damit zeigte jede/r zweite eine signifikante Verminderung der RDS-Symptome und der Lebensqualität mit Hypnose, im Vergleich zu herkömmlichen Therapiemethoden. Die Arbeits-

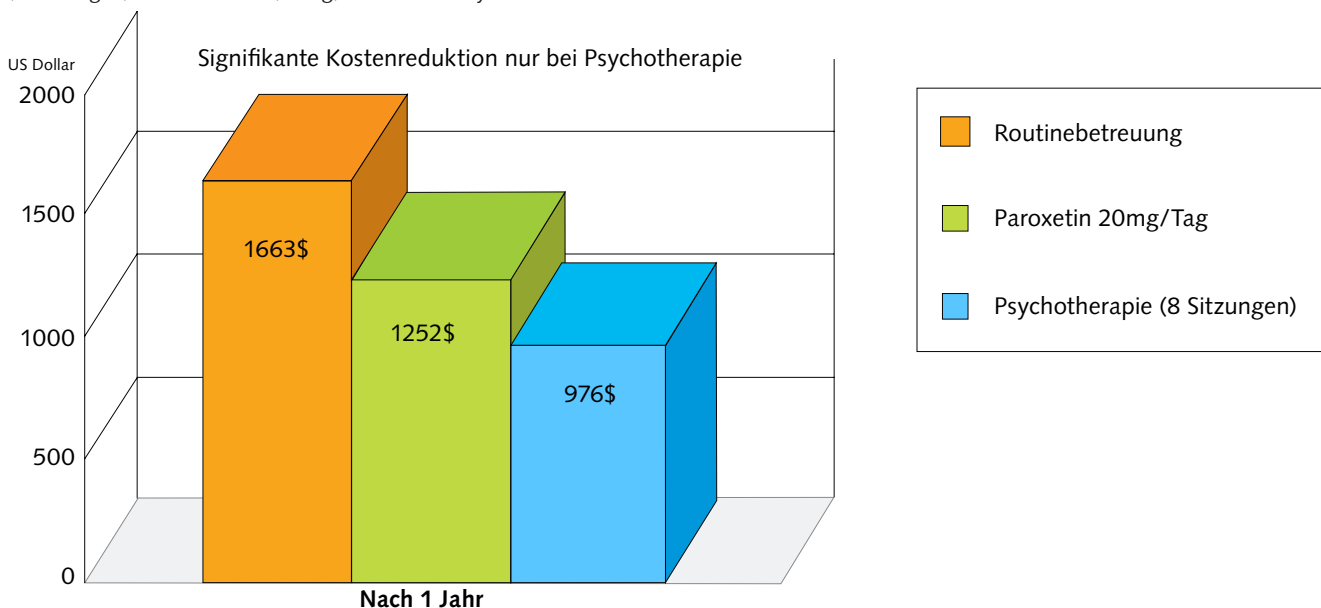
gruppe um Whorwell zeigte unter anderem, dass sich die viszerale Hypersensitivität bei Reizdarmsyndrom unter Hypnose nachweislich normalisiert (32, 33). Dafür sind ca. 12 Sitzungen zu je einer Stunde einmal wöchentlich erforderlich. Eine Chochrane Analyse (34) inkludierte 4 randomisiert kontrollierte Studien und zeigte, dass der therapeutische Effekt der Hypnosetherapie einer üblichen medikamentösen Therapie überlegen ist, insbesondere bei therapierefraktären Fällen. In keiner einzigen Studie wurden negative Nebenwirkungen berichtet. Die "gut-directed-hypnosis" zeigt nicht nur eindrucksvolle therapeutische Langzeiterfolge bei PatientInnen mit therapieresistentem Reizdarmsyndrom (35), sondern auch bei solchen mit funktioneller Dyspepsie (36). In einer eigenen Studie (37) konnte gezeigt werden, dass die auf den Bauch gerichtete Hypnose auch in Form einer Gruppenthypnose zu je 6 PatientInnen erfolgreich sein kann.

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 (38). Creed et al. (39) verglichen in einer randomisiert kontrollierten Studie die individuelle Psychotherapie mit einer Therapie mit Paroxetin und mit einer Routinebetreuung (mit symptomorientierter Medikation). Psychotherapie und Paroxetin führten 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, wurde nur durch die Psychotherapie erreicht (Grafik 5). Die Psychotherapie weist auch einen positiven Langzeiteffekt auf. Insofern werden die anfänglichen Kosten der Psychotherapie durch eine auf lange Sicht gesehene Kostenreduktion in der Betreuung wieder eingebracht und es wird de facto Geld gespart.

KOSTEN-NUTZEN VON PSYCHOTHERAPIE

(8 Sitzungen) und Paroxetin (20mg) bei Reizdarmsyndrom



Grafik 5: Kosten-Nutzen von Psychotherapie (Creed et al: Gastroenterology 2003)

LITERATUR:

1. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III process. *Gastroenterology* 2006; 130(5):1377-90.
2. Moser G. Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie. (Moser Hrsg). Springer Wien-New York 2007
3. Drossman DA, Li Z, Andruzzi E, et al. U.S. Householder Survey of Functional Gastrointestinal Disorders: Prevalence, Sociodemography and Health Impact. *Dig Dis Sci* 1993; 38: 1569-80.
4. Talley NJ, Gabriel SE, Harmsen WS, Zinsmeister AR, Evans RW. Medical costs in community subjects with irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1995; 109: 1736-41.
5. Longstreth GF, Drossman DA. Severe irritable bowel and functional abdominal pain syndromes: managing the patient and health care costs. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2005; 3(4): 397-400.
6. Lydiard RB, Fossey MD, Marsh W, Ballenger JC. Prevalence of psychiatric disorders in patients with irritable bowel syndrome. *Psychosomatics* 1993; 34: 229-34.
7. Drossman DA. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45(Suppl 2): II25-II30.
8. 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.
9. 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. *Euro J Gastroenterol Hepat* 1997; 9: 345-52.
10. 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.
11. Drossman DA, Li Z, Leserman J, Toomey TC, Hu Y. Health status by gastrointestinal diagnosis and abuse history. *Gastroenterol* 1996; 110: 999-1007.
12. Miller V, Hopkins L, Whorwell PJ. Suicidal ideation in patients with irritable bowel syndrome. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2004; 2(12):1064-8.
13. Mertz H, Naliboff B, Munakata J, Niazi N, Mayer EA. Altered rectal perception is a biological marker of patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 1995; 109(1): 40-52.
14. Whitehead WE, Holtkotter B, Enck P, et al. Tolerance for rectosigmoid distention in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1990; 98: 1187-92.
15. Lackner JM, Quigley BM, Blanchard EB. Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosom Med*. 2004 May-Jun; 66(3):435-41.
16. Salet-GA; Samsom-M; Roelofs-JM; van-Berge-Henegouwen-GP; Smout-AJ; Akkermans-LM. Responses to gastric distension in functional dyspepsia. *Gut* 1998 Jun; 42(6): 823-9.
17. Gwee KA, Leong YL, Graham C, et al. The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction. *Gut* 1999; 44: 400-6.
18. 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.
19. Holtmann G, Enck P. Stress and gastrointestinal motility in humans: a review of the literature. *J Gastrointest Mot* 1991; 3: 245.
20. 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.
21. Moser G. Brain-Gut-Achse: Stress und seine Wirkung auf den Verdauungstrakt. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 7(3): 14-7.
22. Mayer EA, Gebhart GF. Basic and clinical aspects of visceral hyperalgesia. *Gastroenterology* 1994; 107(1): 271-93.
23. 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.
24. 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.
25. Patel SM, Stason WB, Legedza A, Ock SM, Kaptchuk TJ, Conboy L, Canenguez K, Park JK, Kelly E, Jacobson E, Kerr CE, Lembo AJ. The placebo effect in irritable bowel syndrome trials: a meta-analysis. *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17(3): 332-40.
26. Enck P, Klosterhalfen S. The placebo response in functional bowel disorders: perspectives and putative mechanisms. *Neurogastroenterol Motil* 2005; 17(3): 325-31.
27. Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut* 2009; 58(3): 367-78.
28. Guthrie E, Barlow J, Fernandes L, Ratcliffe J, Read N, Thompson DG, Tomenson B, Creed F; North of England IBS Research Group. Changes in tolerance to rectal distension correlate with changes in psychological state in patients with severe irritable bowel syndrome. *Psychosom Med* 2004; 66(4): 578-82.
29. Whorwell PJ, Prior A, Faragher EB. Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet* 1984; 2: 1232-3.
30. Whorwell PJ, Prior A, Colgan SM. Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. *Gut* 1987; 28: 423-5.
31. Tan G, Hammond DC, Joseph G. Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of efficacy and mechanism of action. *Am J Clin Hypn* 2005; 47(3): 161-78.
32. Prior A, Colgan SM, Whorwell PJ. Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 1990; 31: 896-8.
33. 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(5): 635-42.
34. Webb AN, Kukuruzovic RH, Catto-Smith AG, Sawyer SM. (). Hypnotherapy for treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 (4); CD005110.
35. Gonsalkorale WM, Miller V, Afzal A, Whorwell PJ. Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut* 2003; 52: 1623-9.
36. Calvert EL, Houghton LA, Cooper P et al. Long-term improvement in functional dyspepsia using hypnotherapy. *Gastroenterol* 2002; 123: 2132-35.
37. Moser G, Mikulits A, Trägner S, Michalski M, Führer M. Successful gut directed group-hypnosis for patients with irritable bowel syndrome – preliminary results of a randomized controlled trial. *Gut* 2009 (Abstract) in press.
38. Guthrie E, Creed F, Dawson D, Tomenson B. A controlled trial of psychological treatment for the irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 1991; 100: 450-7.
39. 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(2): 303-17.