



***Aufruhr im Darm - reine Nervensache?
Neues aus der psychosomatischen
Gastroenterologie***

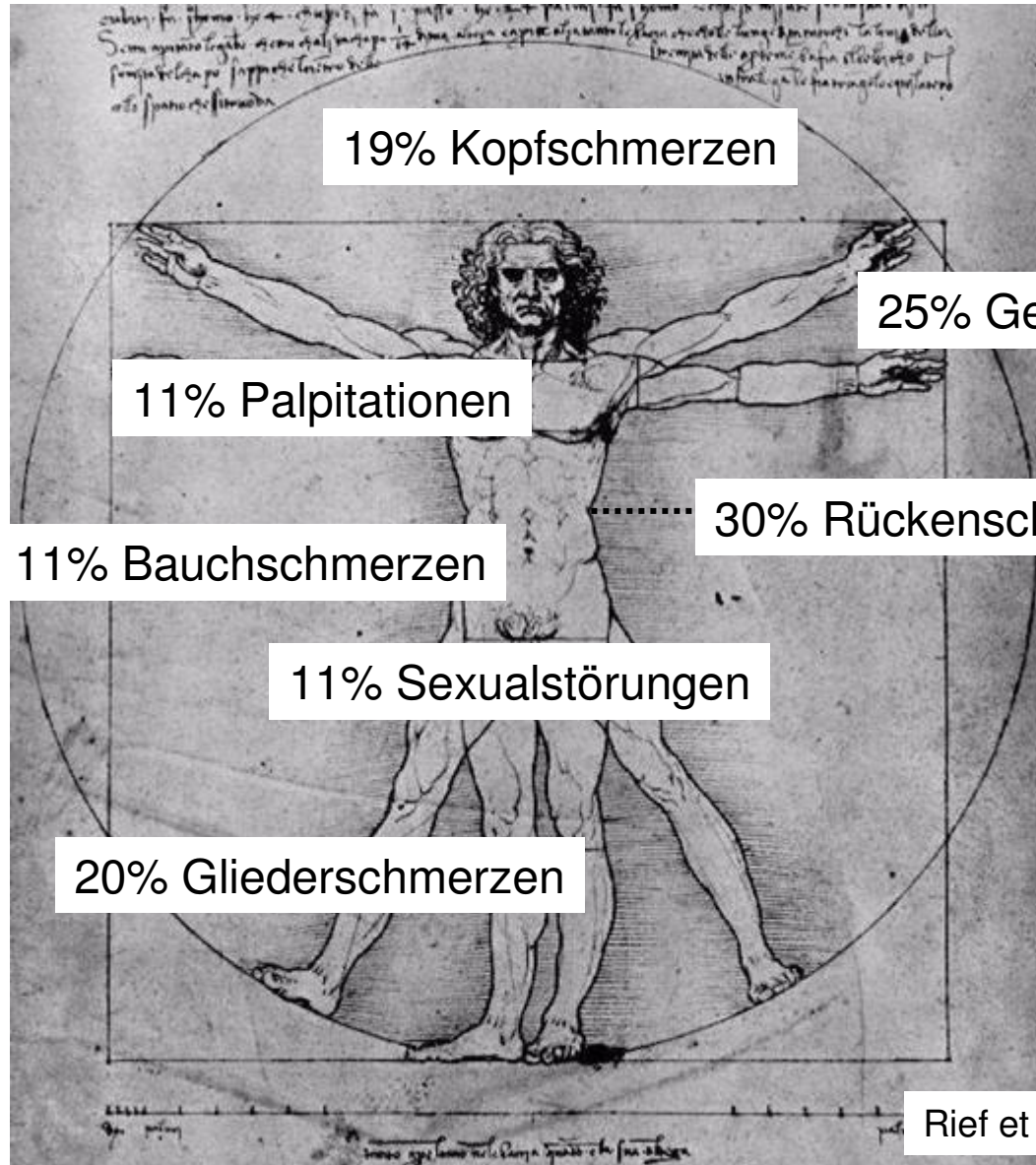
Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Abteilung Innere Medizin VI

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Tübingen

Somato-psychische Erkrankungen



Definition



Konsensusinitiativen für das RDS

Gastroenterologie

Manning et al. 1978

Rome (1989, 1990)

Rom I (1992)

Celle (1999)

Rom II (1999)

Rom III (2006)

Für wenigstens 3 Tage im Monat in den vergangenen 3 Monaten wiederkehrende (recurrent) abdominale Schmerzen oder Beschwerden (discomfort), die zwei oder mehr der folgenden Merkmale haben:

- beim Stuhlgang nachlassen,

- deren Beginn mit einer Änderung der Frequenz assoziiert sind,

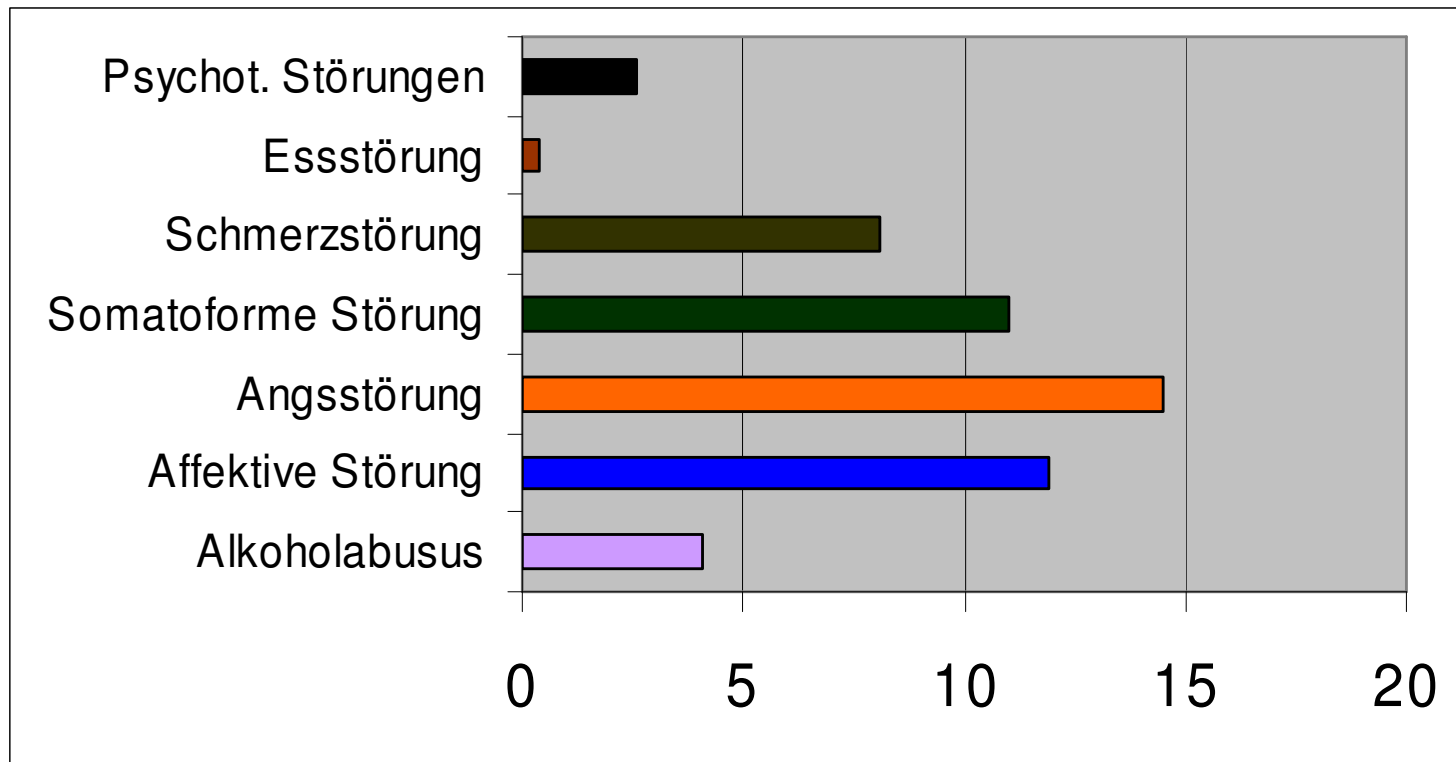
- deren Beginn mit einer Änderung der Stuhlform assoziiert sind.

Konsensusinitiativen für das RDS

Gastroenterologie Psychosomatik

Manning et al. 1978	Organneurosen (bis 1980)	
Rome (1989, 1990)	DSM III (1980)	Somatoforme Störungen „not explained by a general medical condition“
Rom I (1992)	DSM III R (1987)	
Celle (1999)	DSM IV (1994) →	<ul style="list-style-type: none">• somatisation disorders• hypochondriasis,• body dimorphic disorders• conversion disorders• chronic pain disorders• undifferentiated somatoform disorders
Rom II (1999)		
Rom III (2006)	
DGVS (2009)	ICD 10 (Somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen und unteren GI-traktes)	
Rom IV (?????)		
	DSM V (2010ff)	
	ICD 11 (2010ff) →	Physical Symptom Disorder

Bundesgesundheits-Survey (12-Monats-Prävalenz)



12-Monats-Prävalenz für irgendeine psych. Störung; **31.1%** (M;W; 25.3% : 37.0%)

Komorbidität:

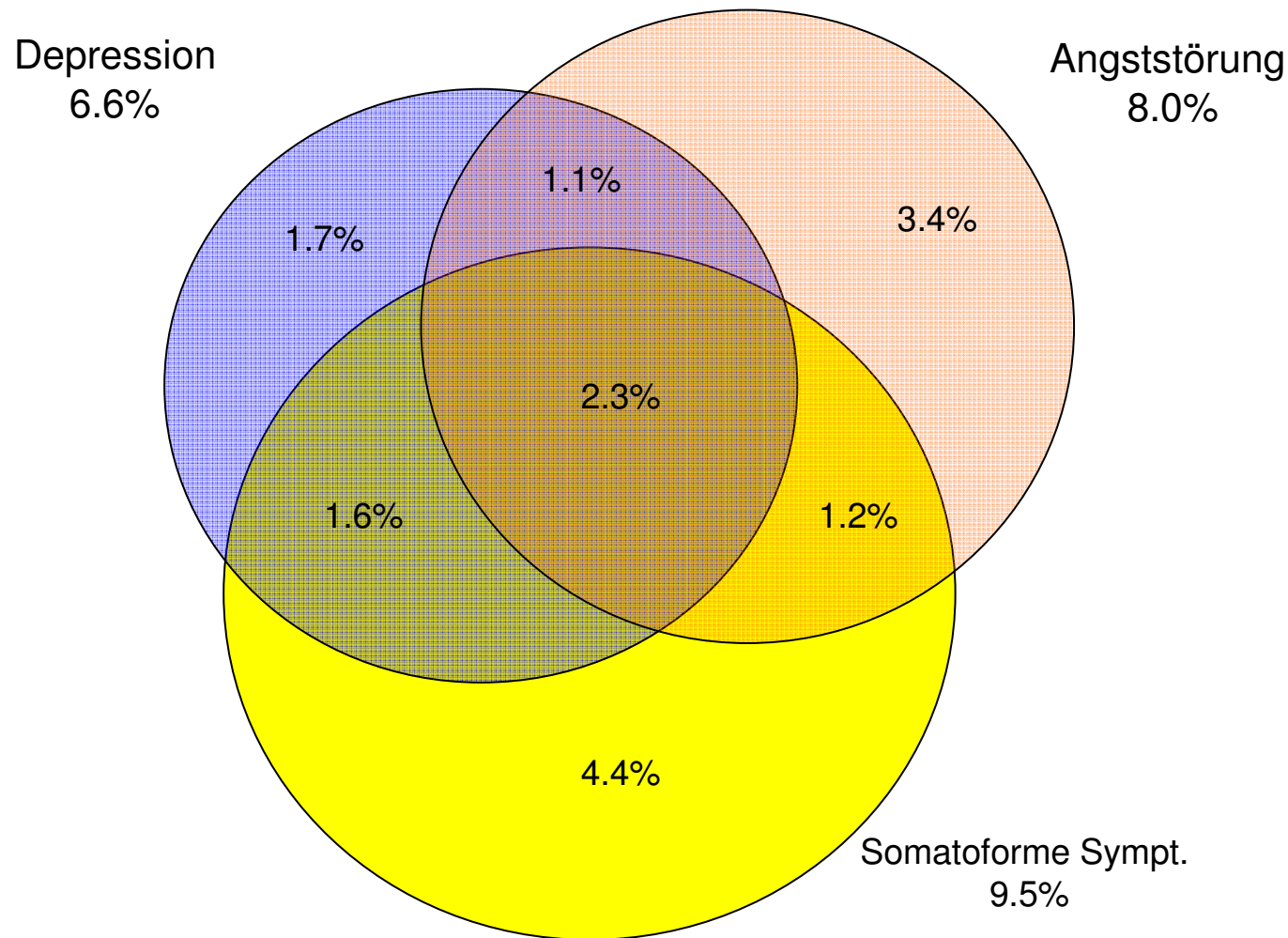
- 1. Assoziation mit weiteren somatischen Beschwerden***
- 2. Assoziation mit weiteren funktionellen Störungen***
- 3. Assoziation mit weiteren psychischen Störungen***

Data from the Patient Health Questionnaire (PHQ) Anxiety Study

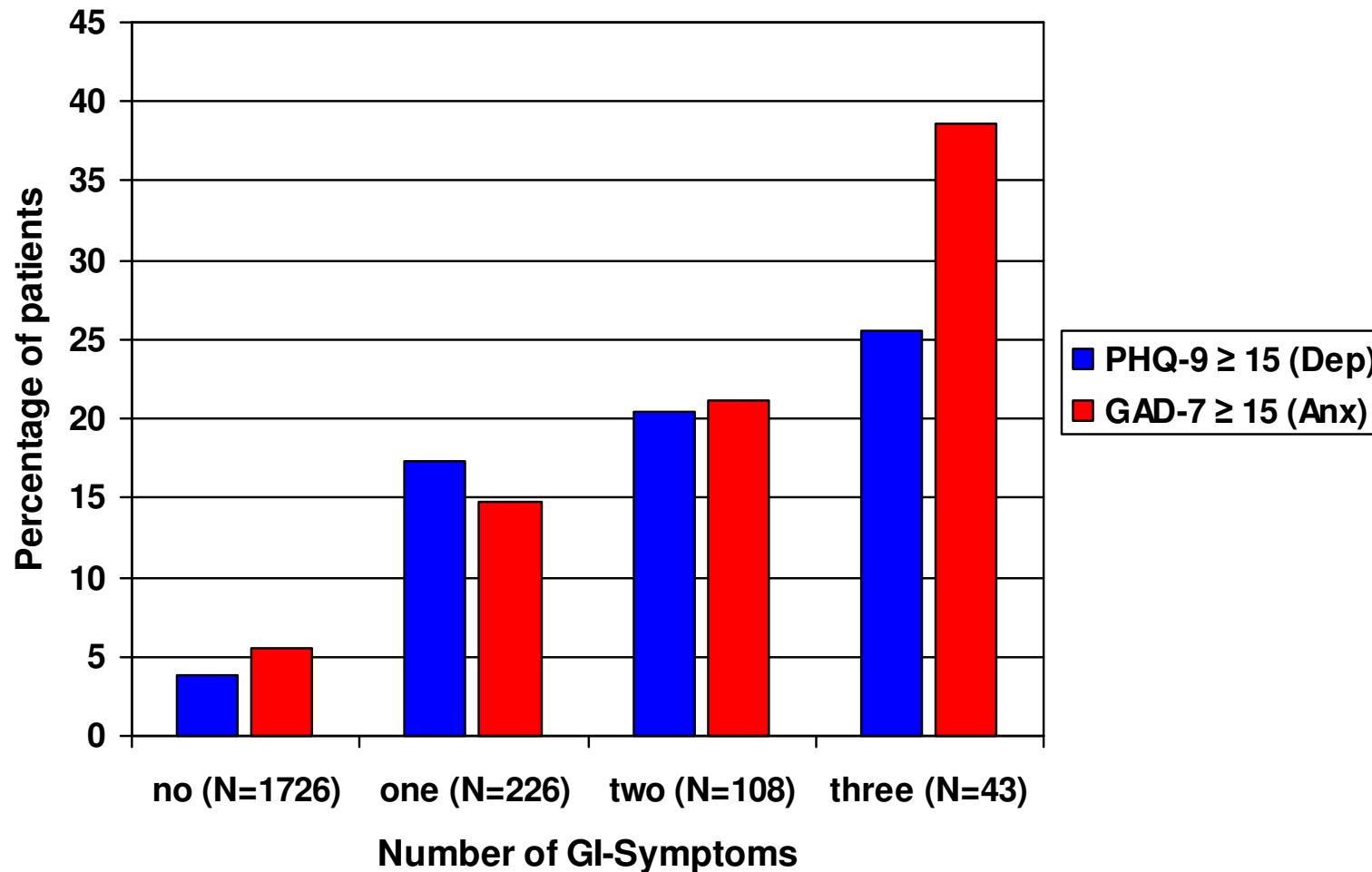
Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, Arch Intern Med, 2006
Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan & Köwe, Ann Intern Med, 2007



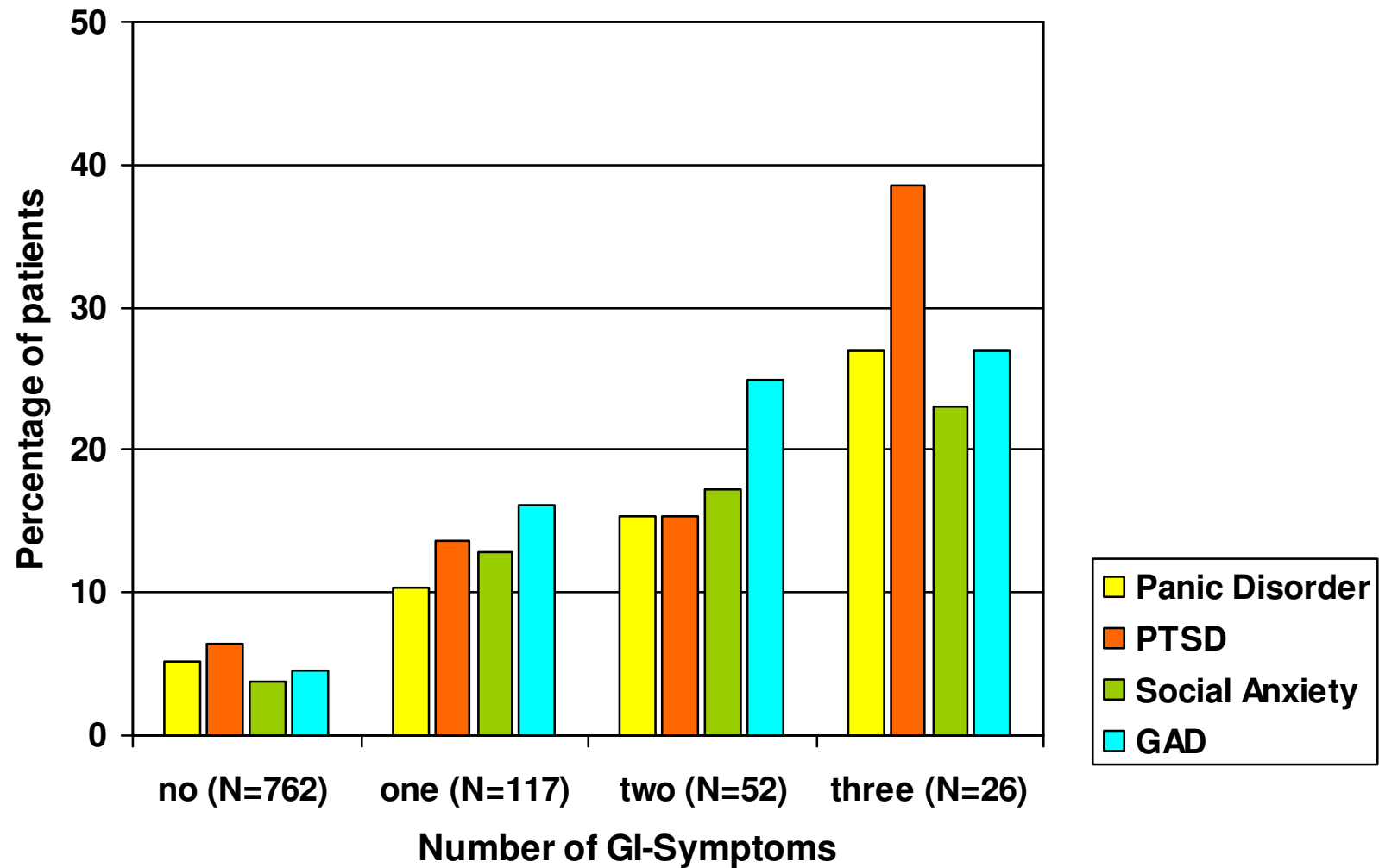
Überlappung der Symptomatik bei ausgeprägter Depression, Angststörung und somatoformer Störung (N=2091)



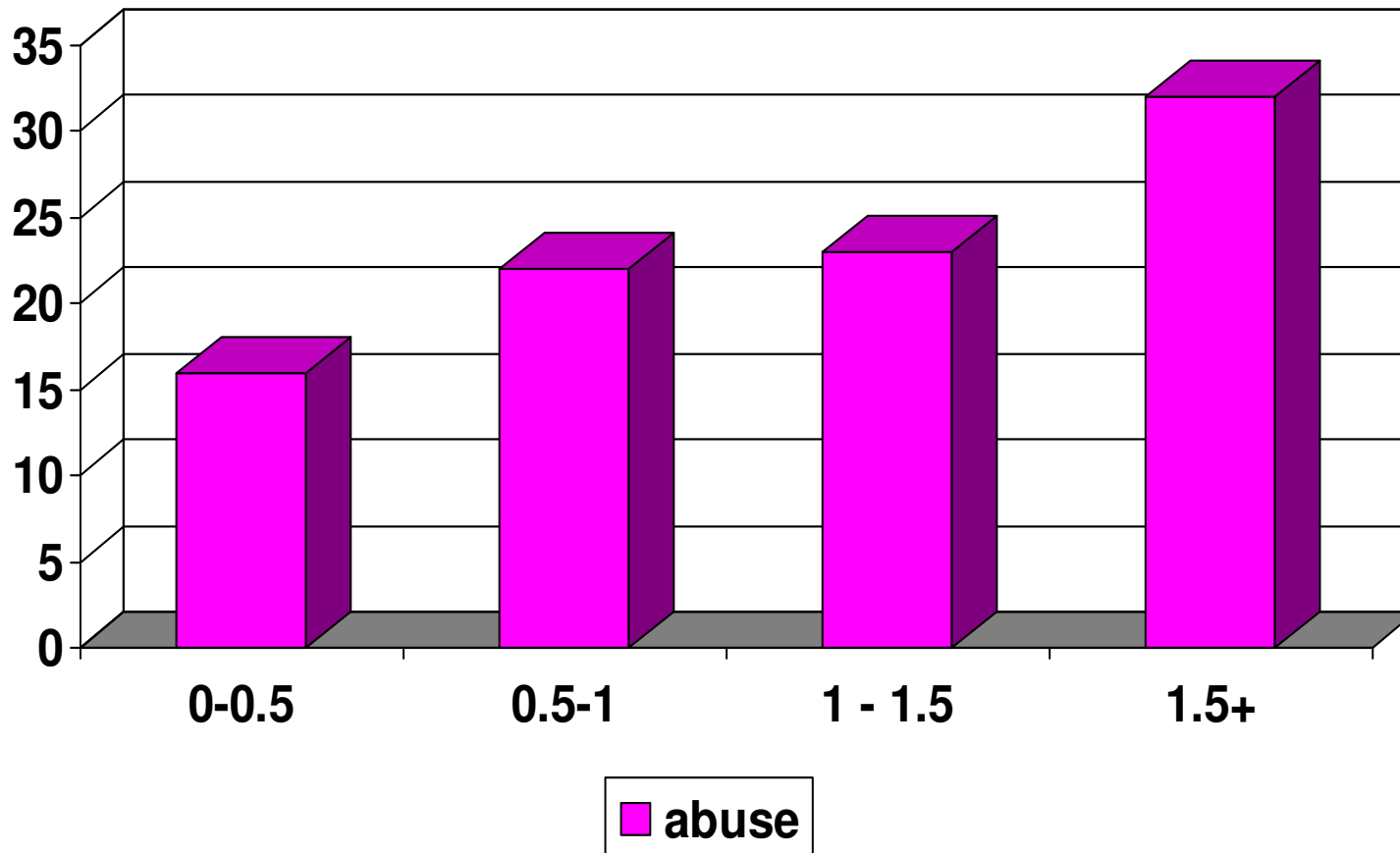
Depression, Ängstlichkeit und gastrointestinale Symptome in der primärärztlichen Versorgung (N=2118)



Angststörungen und gastrointestinale Symptome in der primärärztlichen Versorgung (SCID interview N=957)



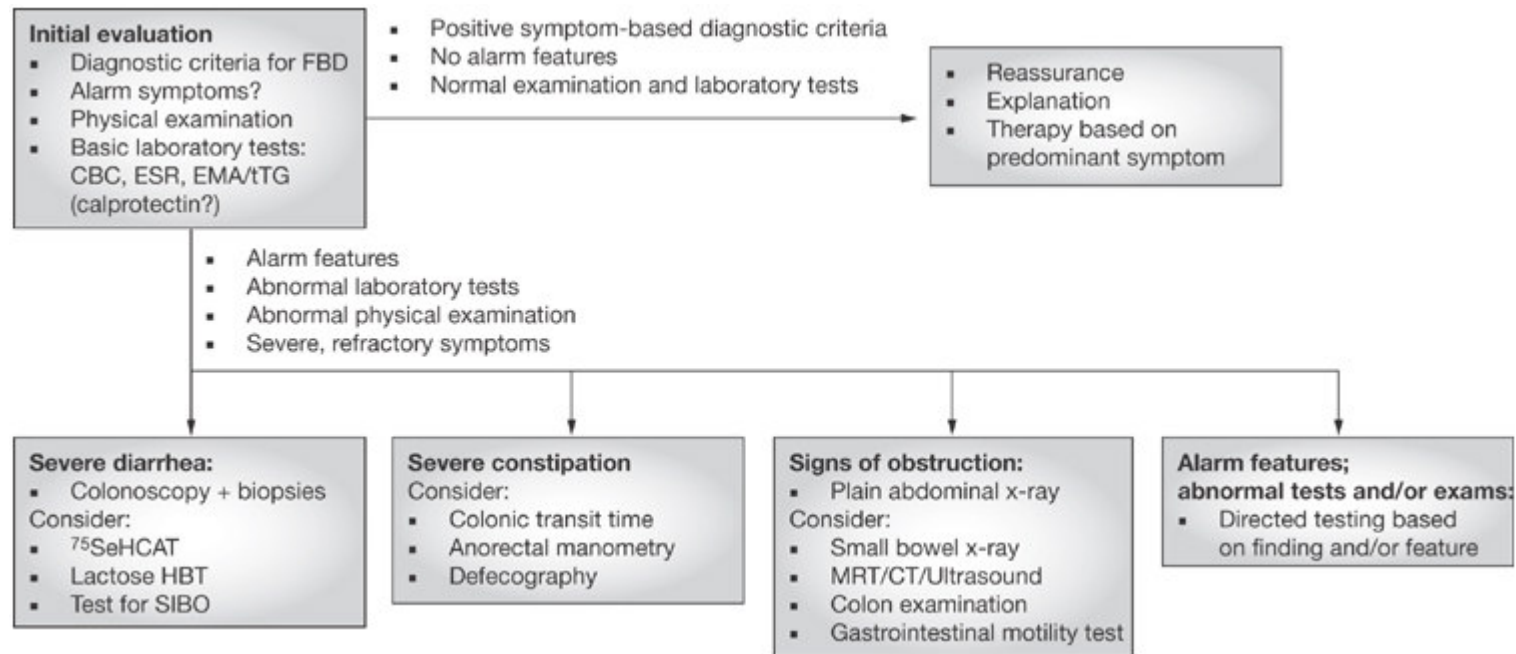
Severe IBS – Prevalence of abuse by no. of somatic symptoms



Diagnostik: Bio – Psycho – Sozial



Figure 1 Proposed diagnostic algorithm for use in patients who have suspected functional bowel disorders



Gunnarsson J and Simrén M (2008) Efficient diagnosis of suspected functional bowel disorders
Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol doi:10.1038/ncpgasthep1203

Box 1 "Red flags" – Alarmsymptome die auf eine mögliche primär somatische gastroenterologische Erkrankung

Rote Flaggen Symptome oder Alarmzeichen sollen einem Kliniker alarmieren, dass hier möglicherweise eine primär organische Erkrankung vorliegt:

- Beginn der Symptomatik bei Patienten >50 Jahre
- Blut im Stuhl
- Unbeabsichtigter Gewichtsverlust
- Eine pos. Familienanamnese eines GI-Tumorleidens
- Nächtliche Symptome

Gunnarsson J and Simrén M (2008) Efficient diagnosis of suspected functional bowel disorders
Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol doi:10.1038/ncpgasthep1203

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Allgemeine Diagnostik

- Anamnese
- Körperliche Untersuchung
- Labor: BB, BSG, CRP, Elektrolyte, (Leberwerte, Cholestaseparameter, Pankreasenzyme), Schilddrüsenwerte,
- Stuhluntersuchungen
- (H²-Atemtests)

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Aparative Diagnostik

- Oberbauchsonographie
- Ösophagogastroduodenoskopie
- Koloskopie
- (Ösophagomanometrie)
- (Rektummanometrie)
- (Hinton Test (Transitzeitmessung im Colon x-Ray))
- (Defäkographie)
- (bildgebende Diagnostik, CT, MRT)

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Psychosomatische Diagnostik

Erweiterte Anamnese (nach Hahn) mit den Schwerpunkten:

- Aktuelle Beschwerdesymptomatik
- Beschwerdeentwicklung
- Auslösesituation
- Subjektive Krankheitstheorie
- Krankheitserleben, Krankheitsverhalten und –verarbeitung
- Sozialer Bereich: Familie, Arbeit, Freizeit
- Depressivität und Angst

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Psychosomatische Diagnostik

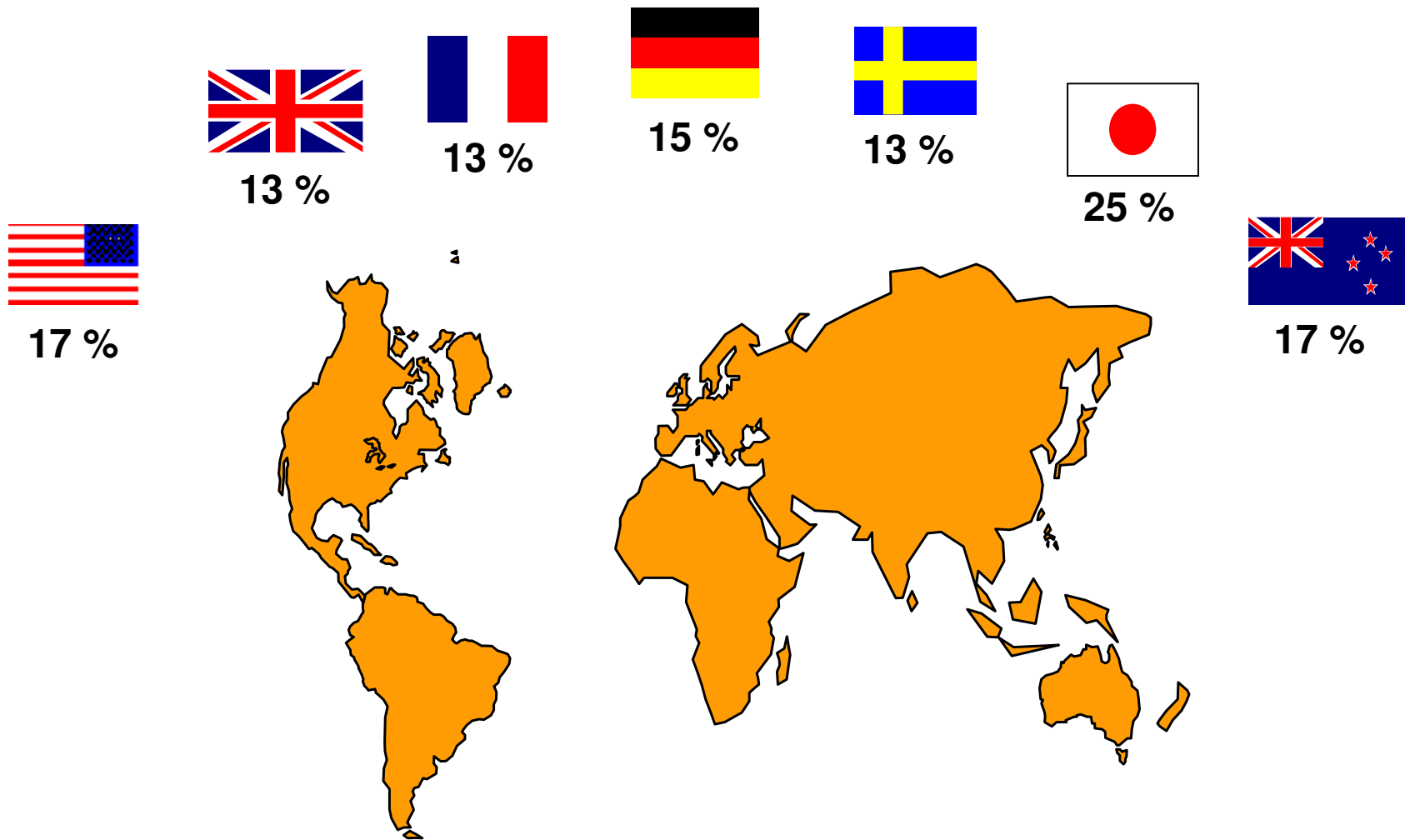
- Psychometrische Verfahren, z.B. PHQ – D, HADS
- **Ziele der Psychosomatischen Diagnostik:**
 - psychische Komorbidität erfassen
 - Ausmaß der Belastung erfassen
 - Anhaltspunkte für Stressoren, Trigger finden

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

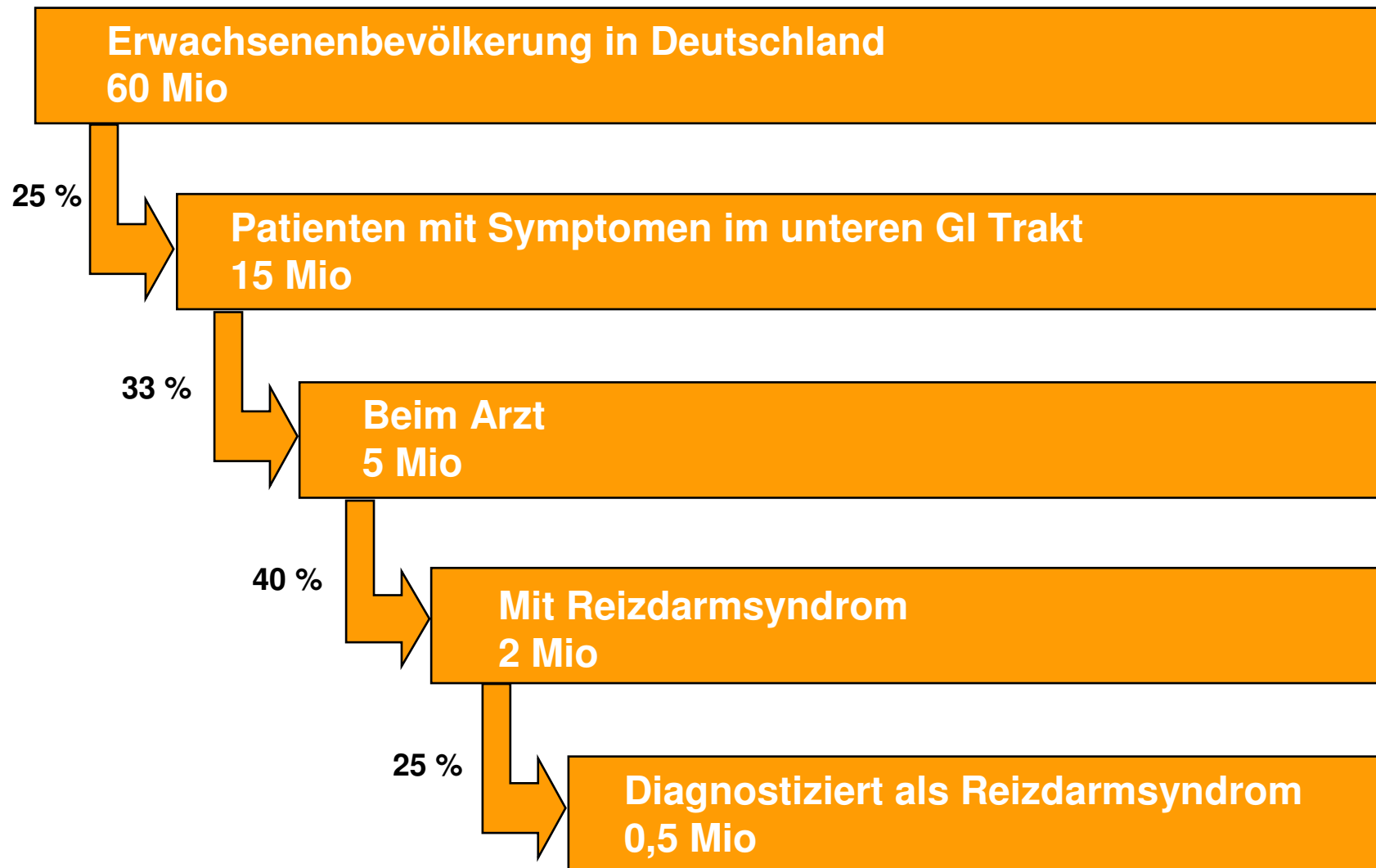
Symptomtagebuch

	Morgen	Mittag	Nachmittag	Abend/Nacht
Beschwerden Dauer 1=keine 5=starke	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)
Stuhlgang Anzahl				
Essen/Getränke Menge, Uhrzeit				
Streß 1=keine Belastung 5=starke	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)
Entspannung 1=entspannt 5=angespannt	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)	(1)-(2)-(3)-(4)-(5)
Medikamente				
Sonstiges				

Epidemiologie des Reizdarmsyndroms



Epidemiologie gastrointestinaler Symptome



Geschlechtsunterschiede bei RDS

Erwachsene in USA

Allgem. Bevölkerung  : 

Diagnostiziert  : 

In Behandlung  : 

Kinder (wiederkehrende abdominelle Schmerzen)

Pre-puberty  : 

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Auswirkungen

- Chronifizierung der Erkrankung
- Dreimal so viele krankheitsbedingte Fehltage am Arbeitsplatz
- Frauen mit SAF erhalten dreimal häufiger eine Hysterektomie
- Durchschnittlich 7,6 Tage/Jahr in Kliniken
- Durchschnittlich 5 pro Monat ambulante Arztkontakte (Doktor shopping)
- Pro Jahr ca. 5 Spezialambulanzen und paramedizinische Institutionen

Pathophysiologie – Psychopathologie

Ätiologische Modelle

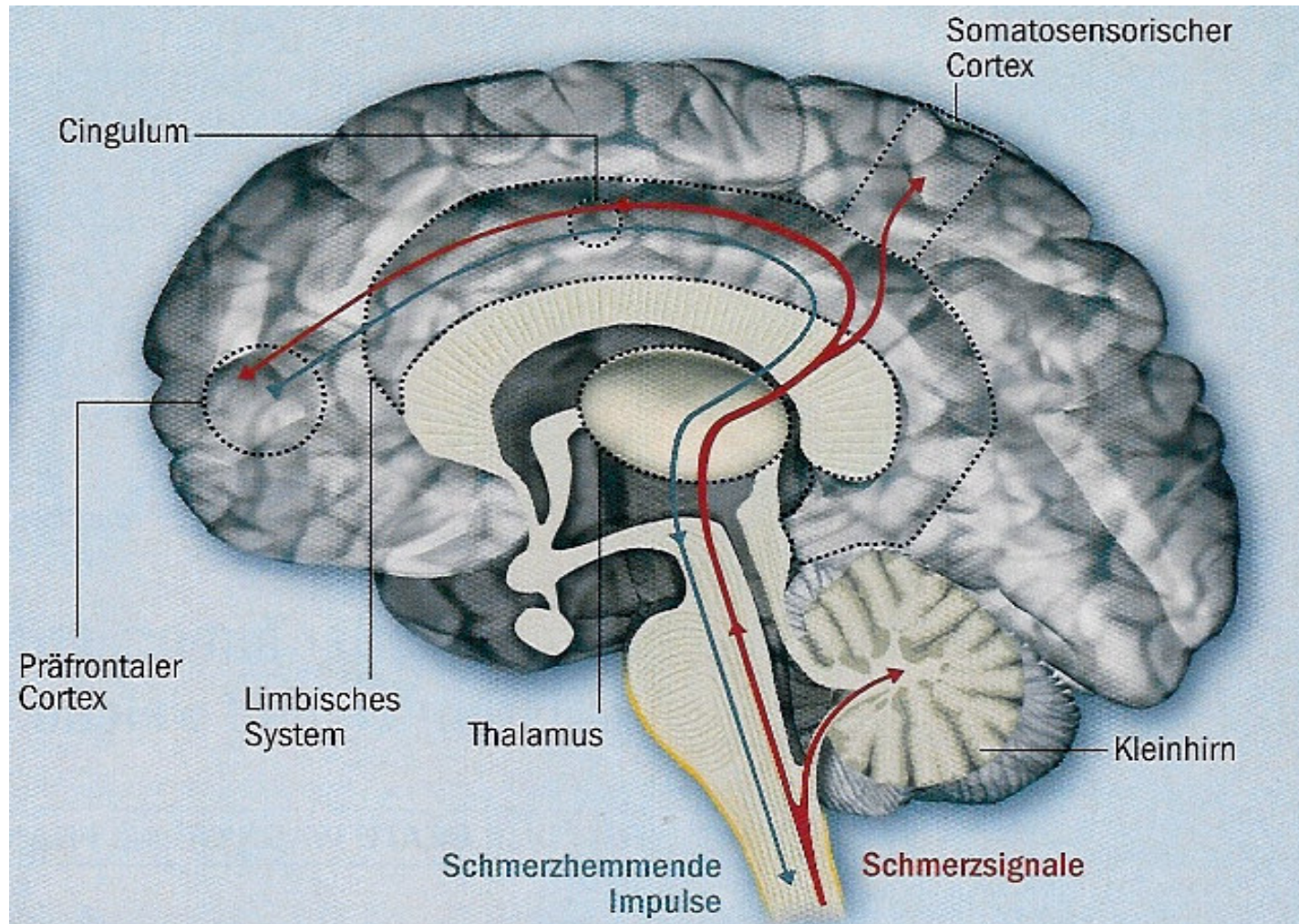


RDS und GI Funktionsstörungen

Mögliche Pathomechanismen

- Viszerale Hypersensitivität (PI-RDS)
- Motilitätsstörung (Hyper- oder Hypomotilität)
- Zentrale (psychische) Störungen
- Nahrungsmittelunverträglichkeit
- Postinfektiöses RDS
- unbekannter (organischer) Genese
- genetische Prädisposition

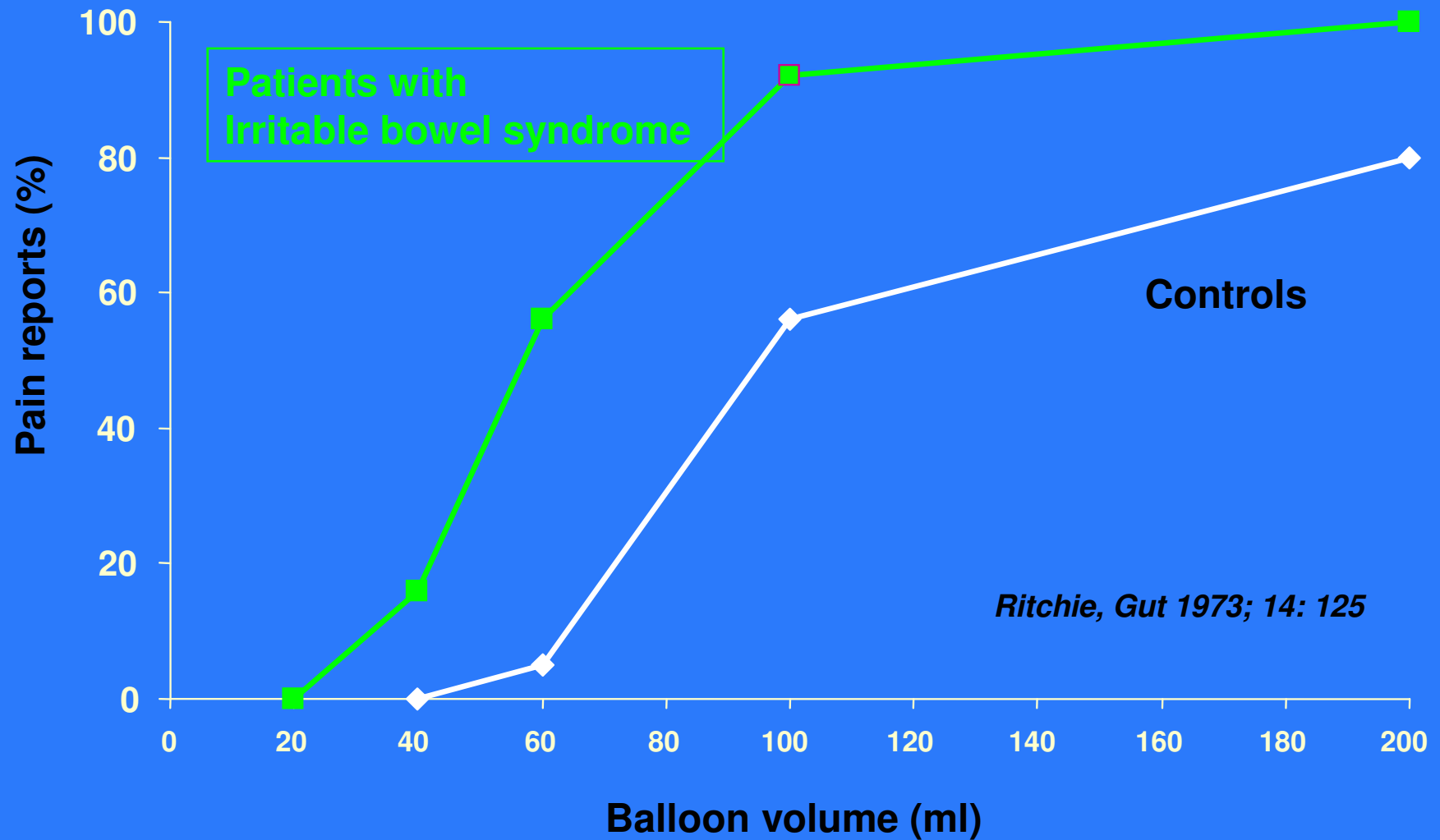
Neurobiologischer Exkurs



1 Befunde: „Das kortikale Schmerzsystem“

Region	Lokalisation	Funktion
Thalamus	<ul style="list-style-type: none">• Medial 3. Ventrikel• Lateral Capsula interna	<ul style="list-style-type: none">• „Tor zur Großhirnrinde“• Verbindungen zum somatosensorischen Kortex und limbischen System
Insel	<ul style="list-style-type: none">• Tiefe des Sulcus lateralis	<ul style="list-style-type: none">• Sensorische und affektive Schmerzwahrnehmung
SI, SII	<ul style="list-style-type: none">• S I: Gyrus postcentralis• S II: hinter und unterhalb des Gyrus postcentralis	<ul style="list-style-type: none">• Intensität und Lokalisation von Schmerz• Interpretation
Cingulum	<ul style="list-style-type: none">• Oberhalb des Balkens• Funktionelle Unterteilung in anterioren, medialen, posterioren Anteil	<ul style="list-style-type: none">• Affektive und kognitive Schmerzwahrnehmung, Antizipation
Präfrontaler Cortex	<ul style="list-style-type: none">• Vorderer Anteil des Frontallappens	<ul style="list-style-type: none">• Gedächtnisfunktion, kognitive Bewertung

RDS = Hypersensitivität



RDS-Indidenz nach bakterieller intestinaler Infektion

Autor	Jahr	Lit.	Kontrollgruppe	Keimexposition	Follow-up (Monate)	Diagnose-Kriterien	Inzidenz des RDS (%)	Land
McKendrick	1994	45	keine	Salmonella	12	Rom-I	12/38 (32%)	UK
Gwee	1996	23	keine	Shigella, Campylobacter, Salmonella	12	Rom-I	22/109 (20%)	UK
Neal	1997	51	keine	Baktielle Gastroenteritis	6	Modif. Rom-I	23/366 (6%)	UK
Gwee	1999	24	keine	Gastroenteritis	6	Klinisch erfasst	9/86 (11%)	UK
Rodrigues	1999	61	paarig	Bakterielle Gastroenteritis	12	Ärztliche Diagnose	12/318 (4%)	UK
Illyckyj	2003	32	Nicht-infizierte	Reisediarrhöe	3	Rom-I	2/48 (4%)	Kanada
Dunlop	2003	12	keine	Wahrscheinlich Campylobacter	3	Rom-I	103/747 (14%)	UK
Parry	2003	58	Matched pairs	Campylobacter, Salmonella	3-6	Rom-II	18/128 (14%)	UK
Wang	2004	77	Nicht-nfizierte	Shigella	12,24	Rom-II	24/295 (8%)	China
Okhuysen	2004	55	keine	Reisediarrhöe	6	Rom-II	6/61 (10%)	USA
Ji	2005	33	Nicht-infizierte	Wahrscheinlich Shigella	12,36	Mod. Rom-I und II	15/143 (11%)	Korea
Mearin	2005	47	Nicht-infizierte	Wahrscheinlich Salmonella	3,6,12	Rom-II	27/467 (6%)	Spanien
Marshall	2006	42	Nicht-infizierte	Verdacht auf E. coli-linfektion	24-36	Rom-I	417/1368 (31%)	Kanada
Bargonkoar	2006	4	keine	Jegliches bakterielles Pathogen	3	Manning & Rom I	7/191 (4%)	Kanada
Moss-Morri	2006	50	Mononucleosis	Campylobacter	3,6	Rom-I und II	59/592 (10%)	NZL
Stermer	2006	70	Nicht-infizierte	Reisediarrhöe	6	Rom-II	16/118 (14%)	Israel
Marshall	2007	43	Nicht-infizierte	Wahrscheinlich viral	3,6,12,24	Rom-I	15/92 (16%)	Kanada
Spence	2007	67	keine	Campylobacter	3,6	Rom-I und II	63/620 (10%)	NZL

Aus: Krammer & Enck 2008

... und wie ist der Mechanismus ?



Online Submissions: wjg.wjgnet.com
www.wjgnet.com
wjg@wjgnet.com

World J Gastroenterol 2007 July 7; 13(25): 3456-3465
World Journal of Gastroenterology ISSN 1007-9327
© 2007 WJG. All rights reserved.

TOPIC HIGHLIGHT

Paul Enck, Dr, Professor, Series Editor

Psychological burden of food allergy

Martin Teufel, Tilo Biedermann, Nora Rapps, Constanze Hausteiner, Peter Henningsen, Paul Enck, Stephan Zipfel

Martin Teufel, Nora Rapps, Paul Enck, Stephan Zipfel, Department of Internal Medicine VI -Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Tübingen, Tübingen 72076, Germany
Tilo Biedermann, Department of Dermatology, University of Tübingen, Tübingen 72076, Germany

Constanze Hausteiner, Peter Henningsen, Department of Psychosomatic Medicine, University Hospital, Technical University, Munich 81675, Germany
Correspondence to: Martin Teufel, Department of Internal Medicine VI -Psychosomatic Medicine and Psychotherapy, University of Tübingen, Oslanderstr. 5, D-72076 Tübingen, Germany. martin.teufel@med.uni-tuebingen.de

Telephone: +49-70-712986719

Received: 2007-03-09 Accepted: 2007-03-12

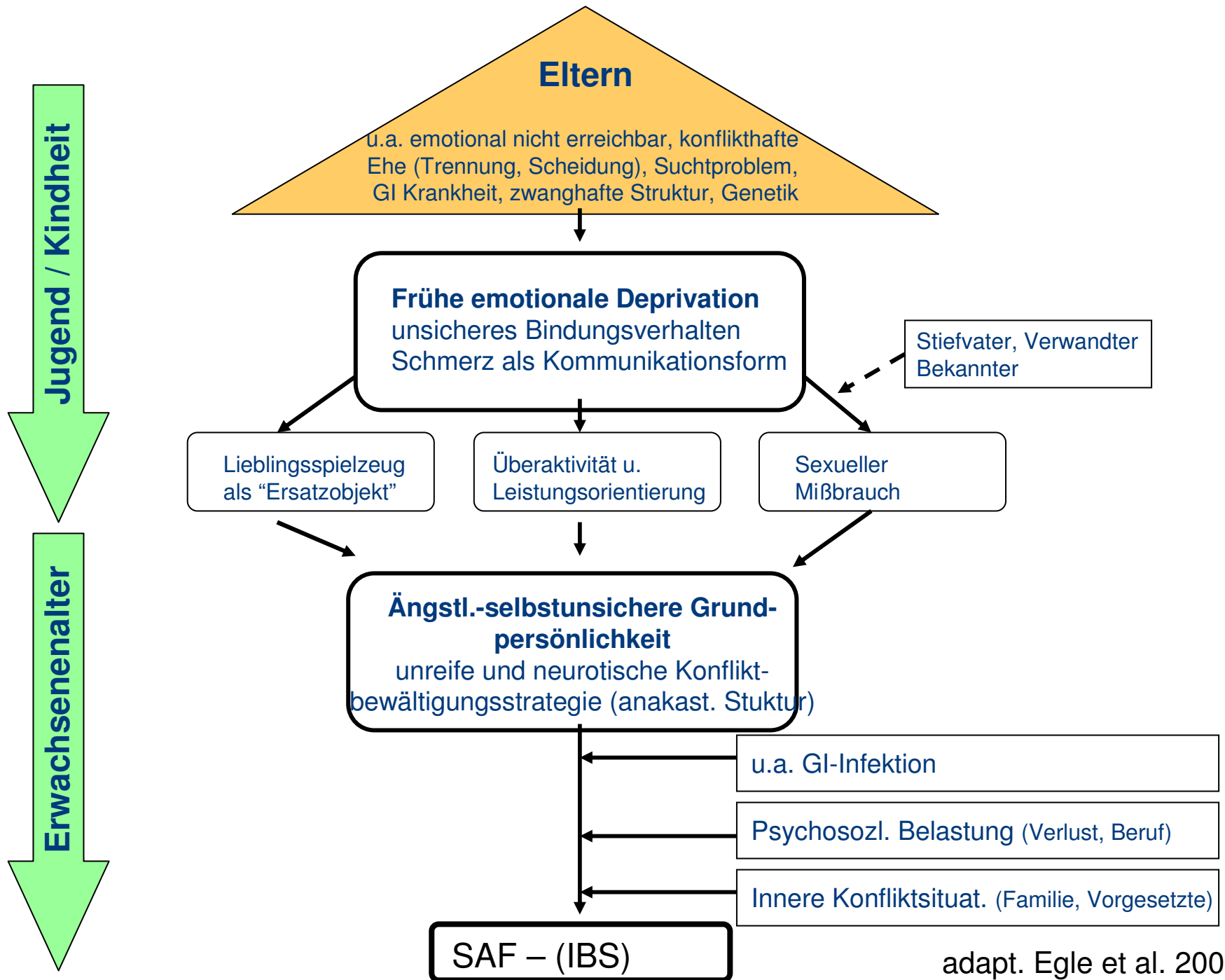
measures; Psychological aspects; Quality of life

Teufel M, Biedermann T, Rapps N, Hausteiner C, Henningsen P, Enck P, Zipfel S. Psychological burden of food allergy. *World J Gastroenterol* 2007; 13(25): 3456-3465

<http://www.wjgnet.com/1007-9327/13/3456.asp>

INTRODUCTION

Adverse reactions to food are commonly expected to elicit a variety of symptoms, and several studies confirm that about 20% of the general population report symptoms related to food^[1-4]. Some of these patients are characterized by an especially strong belief that food allergy is the



adapt. Egle et al. 2000

Therapeutische Optionen



Behandlung somatoformer/funktioneller Störungen

Review

Management of functional somatic syndromes

Peter Henningsen, Stephan Zipfel, Wolfgang Herzog

Lancet 2007; 369: 946-55

Published Online

February 6, 2007

DOI:10.1016/S0140-

6736(07)60159-7

Department of Psychosomatic
Medicine and Psychotherapy,
University Hospital, Technical
University of Munich,
Langerstrasse 3,
81675 Munich, Germany
(P Henningsen MD);

Department of Psychosomatic
Medicine and Psychotherapy,
University Hospital, University
of Tuebingen, Germany
(S Zipfel MD); and Department
of Psychosomatic and General

Although functional somatic syndromes (FSS) show substantial overlap, treatment research is mostly confined to single syndromes, with a lack of valid and generally accepted diagnostic criteria across medical specialties. Here, we review management for the full variety of FSS, drawn from systematic reviews and meta-analyses since 2001, and give recommendations for a stepped care approach that differentiates between uncomplicated and complicated FSS. Non-pharmacological treatments involving active participation of patients, such as exercise and psychotherapy, seem to be more effective than those that involve passive physical measures, including injections and operations. Pharmacological agents with CNS action seem to be more consistently effective than drugs aiming at restoration of peripheral physiological dysfunction. A balance between biomedical, organ-oriented, and cognitive interpersonal approaches is most appropriate at this truly psychosomatic interface. In view of the iatrogenic component in the maintenance of FSS, doctor-centred interventions and close observation of the doctor-patient relationship are of particular importance.

Introduction

Functional somatic syndromes (FSS) are common worldwide and in practically all areas of medicine. FSS are

sensation); and complaints centring around fatigue and exhaustion. The name of single FSS typically signifies the current lead symptoms, but definitions usually

Therapieempfehlungen für FSS (I)

Stufentherapie:

Stufe 1a: unkomplizierte FSS

- Erläutern und erklären Sie dem Patienten das Erkrankungsbild (nicht nur über negative Befunde sprechen)
- Symptomatische Maßnahmen (z.B. Stuhlregulation, Schmerzmedikation)
- Empfehlen Sie gestufte Aktivierung und Bewegung eher als Ruhe

Stufe 1b: komplizierte FSS

- Maßnahmen wie unter Stufe 1 für die Hauptsymptomatik
- Indikation für Antidepressiva überprüfen
- Eruiieren Sie dysfunktionale Gedanken und Verhaltensweisen und versuchen Sie diese wieder in einen bio-psycho-sozialen Gesamtrahmen einzuordnen
- Falls notwendig und möglich veranlassen Sie symptomunabhängige regelmäßige Termine

Therapieempfehlungen für FSS (II)

Stufe 2: falls Stufe 1a oder 1b sich als insuffizient erweisen

- Bereiten Sie die Überweisung zu einem Psychotherapeuten vor mit Wiedervorstellungsterminen bei Ihnen
- Überprüfen Sie, dass traumatische Stressoren und aufrechterhaltende Kontextfaktoren (z.B. Sozialgerichtsverfahren) abgeklärt wurden
- Fahren Sie fort mit Patiententerminen die unabhängig von der Symptomatik vereinbart werden
- Kontaktieren Sie den mitbehandelnden Psychotherapeuten und sprechen Sie die Behandlung miteinander ab

Stufe 3: falls Stufe 2 nicht erfolgreich verläuft

- Multidisziplinäre Therapie (stationär oder teilstationär), die eine symptomatische Behandlung, aktivierende Physiotherapie und Psychotherapie umfasst



Henningsen, Zipfel, Herzog Lancet 2007

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Allgemeine Therapie

- Aufklärung über die Prognose (Besserung mit zunehmendem Lebensalter), Therapieoptionen und Anpassung der Erwartung des Pat. an die derzeitigen Möglichkeiten
- Vermeiden wiederholter Diagnostik (cave: iatrogene Fixierung)
- Ernährungsberatung
- Einbestellung zu regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen – nicht an die Symptomatik gekoppelt

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Allgemeine Therapie

- Medikamente sollten:
 1. zeitlich begrenzt und
 2. symptomorientiert gegeben werden
- Beim Diarrhoetyp Loperamid (=Imodium)
- Bei Schmerzen Anticholinergika oder Muskelrelaxantien (z.B. Mebeverin=Duspatal)
- Bei Krämpfen Spasmolytika (z.B. Butylscopolamin)
- Bei Schmerzen und Komorbidität Depression Antidepressiva (z.B. Amitryptilin=Saroten)

- Gegenwart und Zukunft:
 - Serotoninrezeptor – modulierende Substanzen

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Allgemeine Therapie

Wenn sich innerhalb von 6 Monaten keine Besserung zeigt, sollte eine umfangreiche fachpsychotherapeutische Diagnostik durchgeführt werden

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Psychosomatische Therapie

- Psychosomatische Grundversorgung
- Entspannungsverfahren (AT, PMR)
- Körperorientierte Psychotherapieverfahren, z.B. funktionelle Entspannung, Feldenkrais
- Biofeedback-Techniken
- Psychotherapeutische Gruppentherapien (multimodale Konzepte)
- kognitive Verhaltenstherapie
- Tiefenpsychologische Therapie
- Hypnotherapie

SAF des oberen+unteren Gastrointestinaltrakts

Psychosomatische Grundversorgung

- Symptomorientiertes Vorgehen –
wenn überhaupt - vorsichtiges konfliktzentriertes Arbeiten
- Entspannungstechniken, z.B. Progressive Muskelrelaxation nach Jacobson, Autogenes Training
- Psychoedukation: Verhaltenshinweise, Streßmanagement, Ernährungsberatung, Symptomtagebuch (Ernährungs- und Beschwerdetagebuch)
- Krankheitsbewältigungsstrategien (was kann der Pat. selber tun, wenn es ihm schlecht geht)

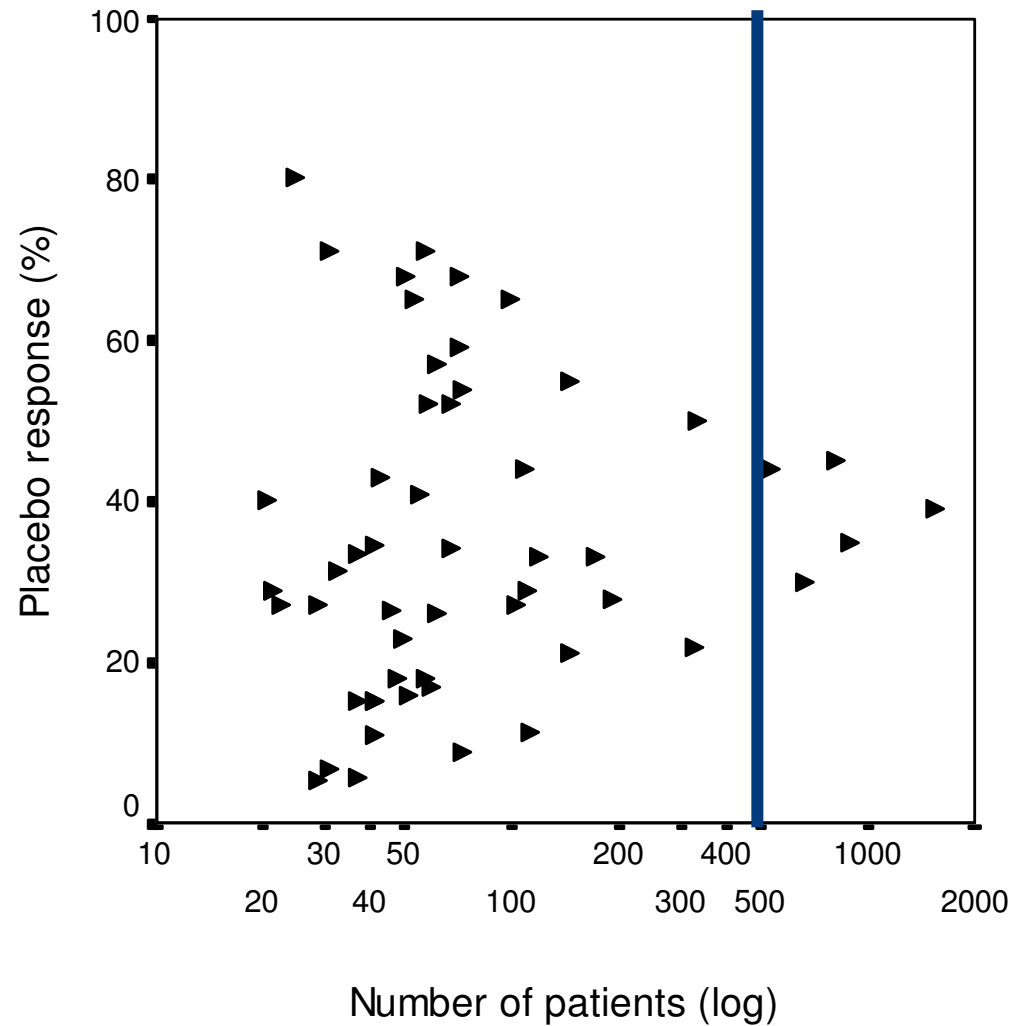
Mechanismen der Placebowirkung (I): Reizdarmsyndrom

Tab. 1 Plazeboresponse in Reizdarmstudien

<i>Substanzklasse</i>	<i>Lit.</i>	<i>Anzahl Studien</i>	<i>Anzahl Patienten</i>	<i>mittlere Plazeboresponse</i>	<i>Plazeboresponse Streuung</i>
Spasmolytika	6	21	988	38,4	3–77
Prokinetika	7	6	ca. 1500	36,7	26–51
Antidepressiva	8	7	176	43,0	9–68
Peppermint Oil	9	4	91	32,0	12–51
Psychotherapie	9	4	78	30,7	7–55
Ballaststoffe	10*	5			53–71
Dopaminergika	10*	3			28–84
insgesamt				37,6	3–84

* teilweise „Crossover“-Studien

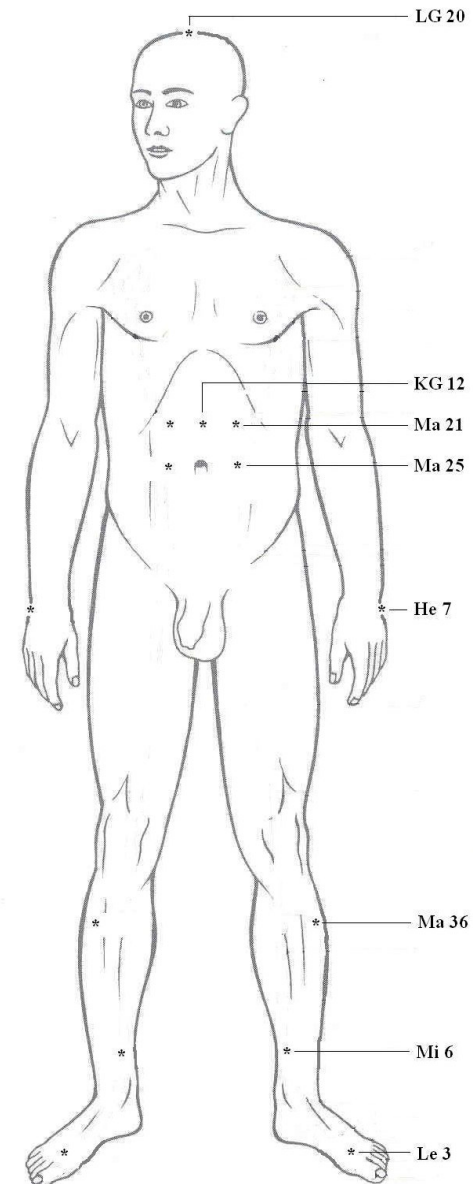
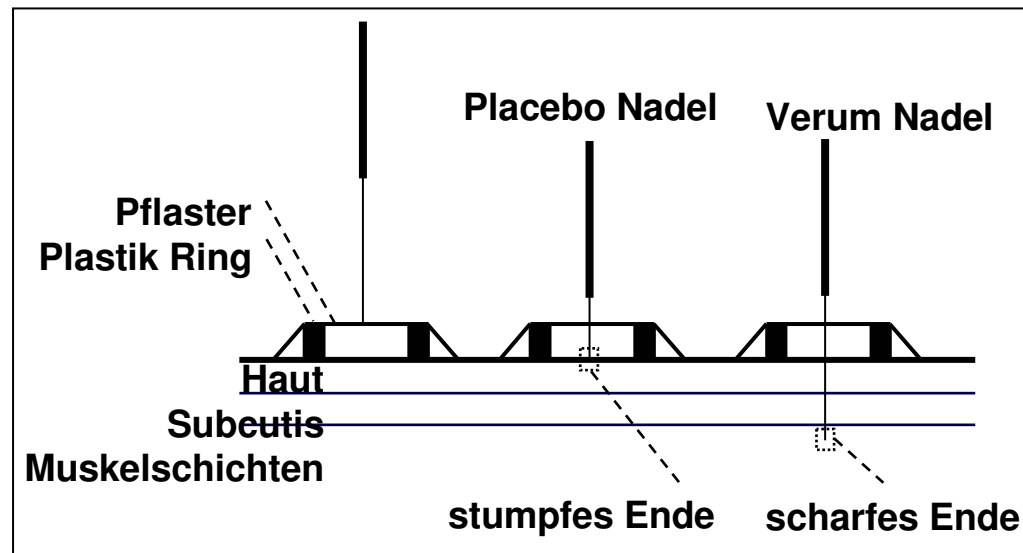
Placebo response rates (%) across 72 IBS trials



Enck & Klosterhalfen 2005

Plazebokontrollierte Akkupunkturstudie bei RDS

- Punkte: Le 3, Ma 36, Mi 6, He 7
LG 20, KG 12, Ma 12, Ma 25

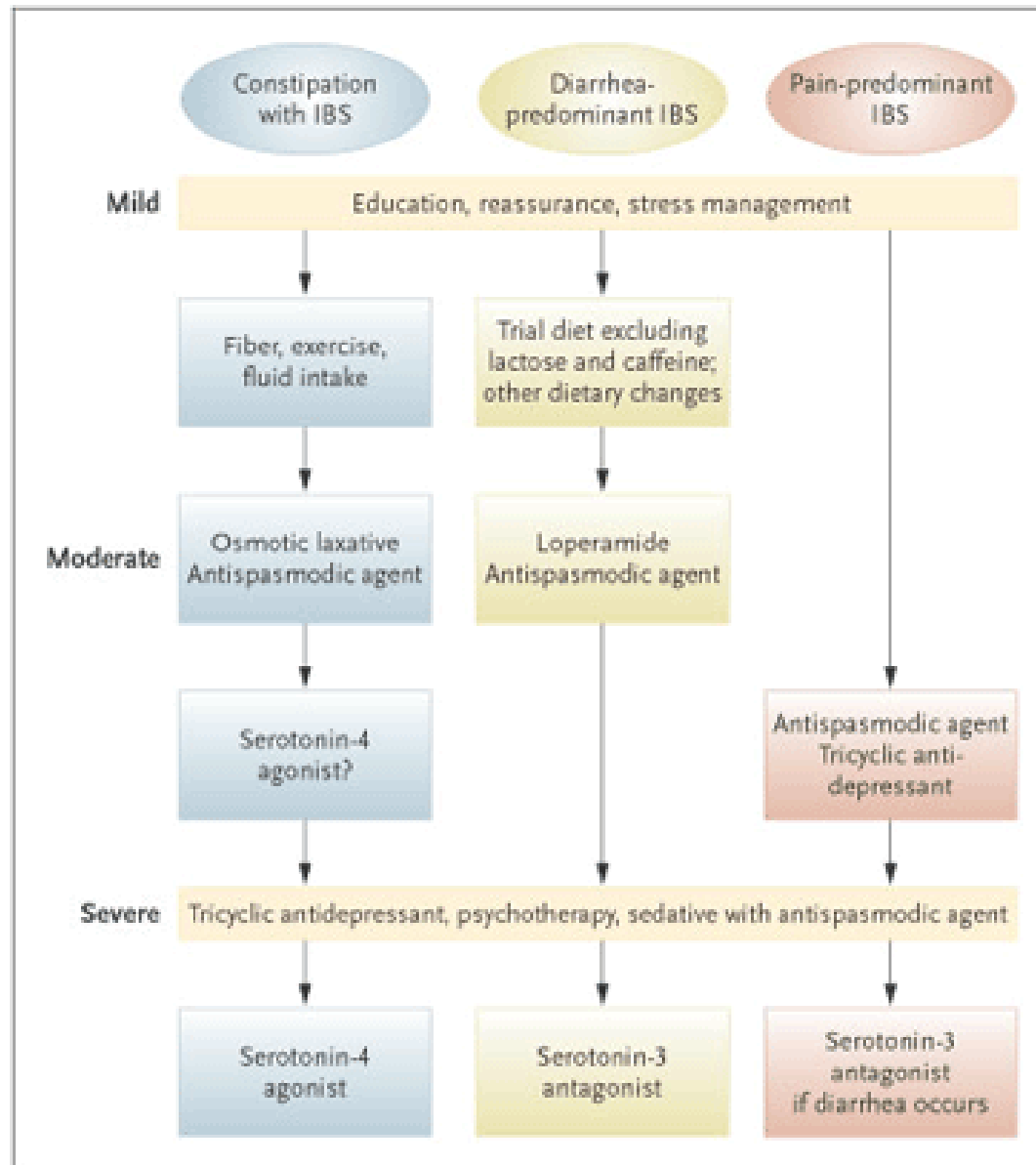




Ergebnisse zur Lebensqualität

- Zunahme der Lebensqualität in beiden Gruppen (FDDQL)
- Abnahme der Schmerzintensität in beiden Gruppen (SF-36)
- Aber: keine Gruppendifferenz zwischen Verum und Placebo-Akupunktur

Therapiealgorithmus



Vielen Dank an die Kooperationspartner!

Heidelberg

Prof. Dr. W. Herzog
Dr. Dipl. Psych. B. Wild
PD Dr. Dipl. Psych. Löwe
Dr. A. Schneider

München

Prof. Dr. P. Henningsen
Dr. B. Otto

Hohenheim

Prof. Dr. S. Bischoff

Manchester

Prof. F. Creed
Prof. Whorwell

Univ. of North Carolina

(Chapel Hill)

Prof. D. Drossmann
Prof. B. Whitehead

London

Prof. D. Thompson
Prof. A. Kaziz

Tübingen

Prof. P. Enck

Dr. M. Martens
Dr. A. Matheis
Dr. J. Heffner

Prof. Gregor
PD Dr. Lauer

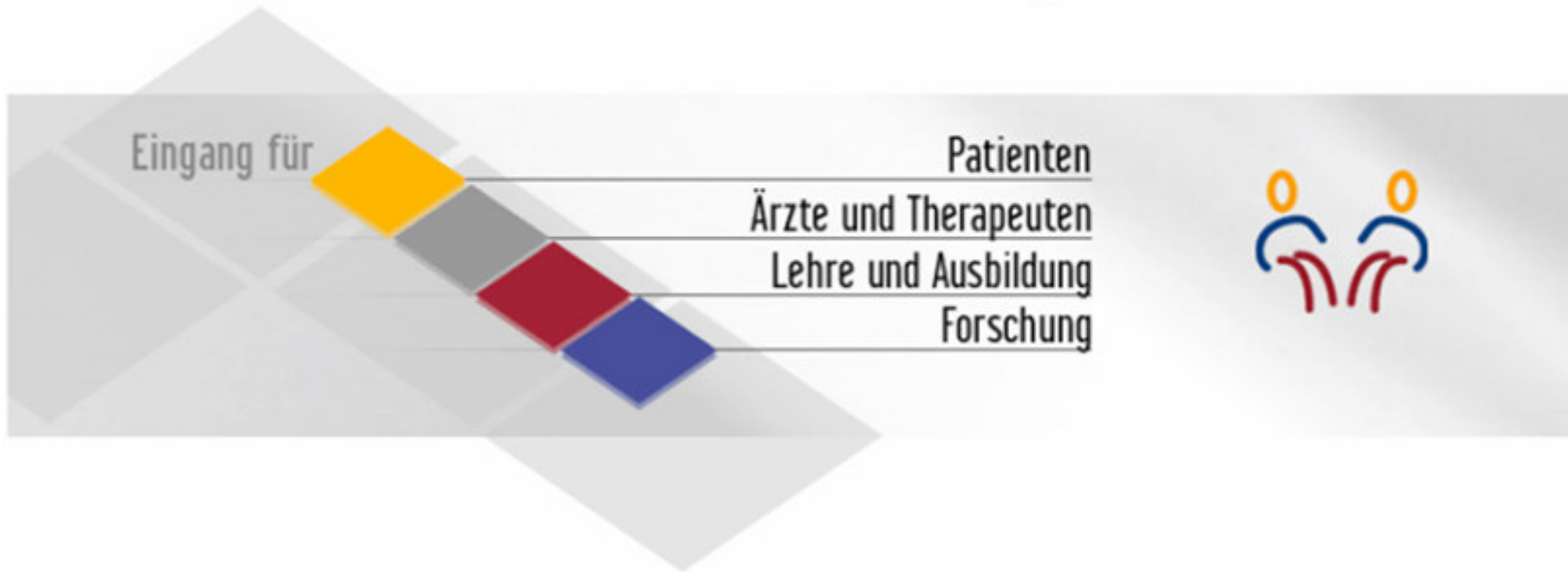
Prof. I. Authenrieth
Dr. Frick

Prof. N. Bierbaumer
Prof. Grodd

Prof. T. Biedermann



Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Tübingen



Eingang für [Patienten] [Ärzte und Therapeuten] [Lehre und Ausbildung] [Forschung]

© 2004 Eberhard Karls Universität UKT Universitätsklinikum Tübingen
Abteilung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie [Impressum]

www.medizin.uni-tuebingen.de