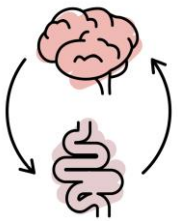
Pathogenese des Reizdarmsyndroms: Welche Rolle spielt die Psyche?

Prof. Dr. med. Andreas Stengel

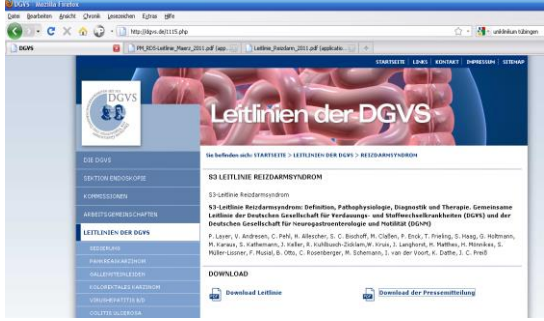
Klinikum Stuttgart

Reizdarmsyndrom
ein häufiges Problem



- 1-45% aller Menschen auf der Welt haben RDS-Beschwerden, gepoolte Prävalenz 11%
- RDS-Symptome können in jedem Lebensalter auftreten
- am häufigsten zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr
- in Industrieländern geben Frauen 2-3x häufiger Reizdarmbeschwerden an als Männer
- häufiger als CED oder Zöliakie
- häufiger Grund für Krankschreibung (13,4 Tage/Jahr vs. 4,9 Tage)

Reizdarmsyndrom
Definition



alle 3 Punkte müssen erfüllt sein

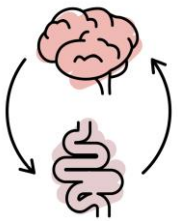
- es bestehen chronische (länger als 3 Monate) anhaltende Beschwerden (z.B. Bauchschmerzen, Blähungen), die von Patient/Arzt auf den Darm bezogen werden und in der Regel mit Stuhlgangveränderungen einhergehen (aber nicht müssen)

- Patient sucht aufgrund der Beschwerden Hilfe, macht sich Sorgen, daher leidet Lebensqualität

- keine für andere Krankheitsbilder charakteristischen Veränderungen

Layer et al. S3-LL RDS Z Gastroenterol 2021

Reizdarmsyndrom
Biopsychosoziales Modell

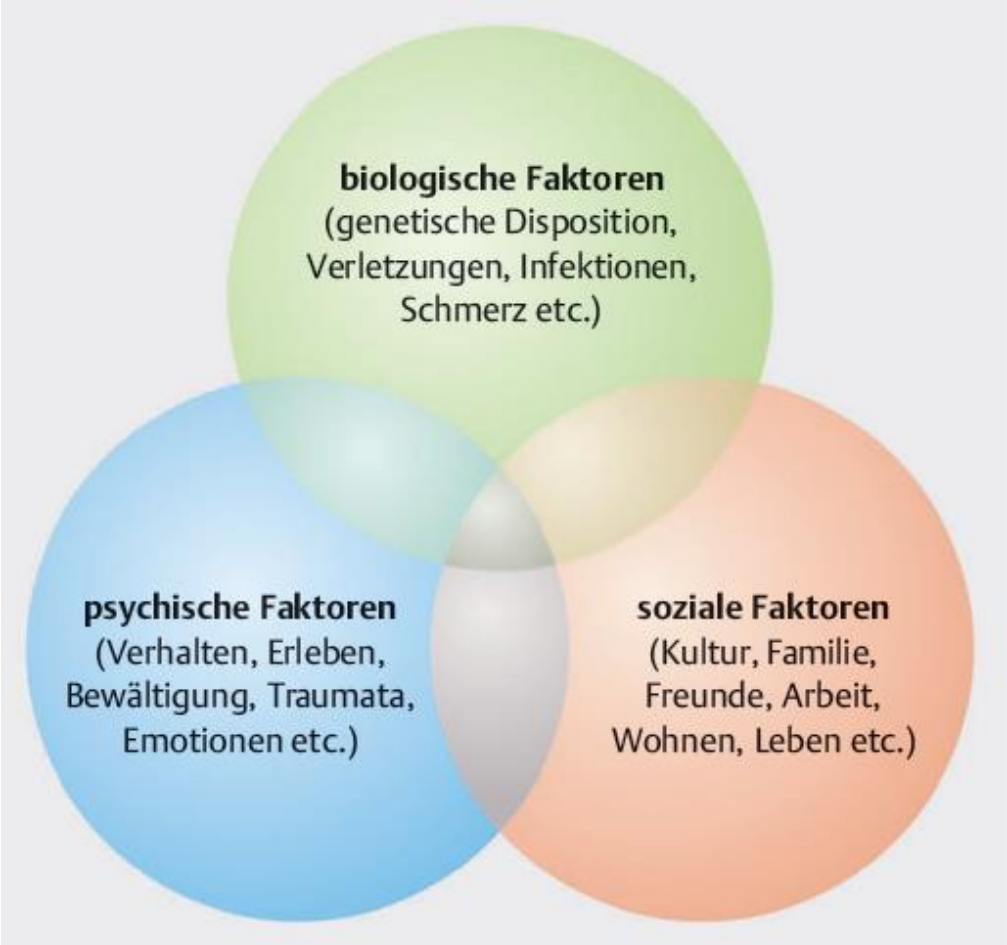


STATEMENT 2-2
RDS kann mit einem veränderten Darm-Mikrobiom und -Metabolom assoziiert sein.
[Expertenkonsens, starker Konsens]

STATEMENT 2-3
Vorangegangene Antibiotikatherapien können Auslöser eines RDS sein.
[Expertenkonsens, starker Konsens]

STATEMENT 2-9
Psychischer Stress sowie Angst- und depressive Störungen können im Rahmen eines biopsychosozialen Krankheitsmodells an der Entstehung und Aufrechterhaltung des RDS beteiligt sein. Symptome der Angst oder Depression können aber auch sekundär als Folge der Belastung durch die chronischen gastrointestinalen Beschwerden auftreten.
[Expertenkonsens, starker Konsens]

STATEMENT 2-8
Sowohl akute als auch chronische psychische Faktoren können an der Entstehung und Aufrechterhaltung des Beschwerdebilds beteiligt sein und den Verlauf eines RDS ungünstig beeinflussen.
[Expertenkonsens, starker Konsens]



STATEMENT 2-5
Ein RDS kann durch (infektiöse oder nichtinfektiöse) intestinale Entzündungen ausgelöst werden.
[Expertenkonsens, starker Konsens]

STATEMENT 2-6
Im Vergleich zu gesunden Vergleichspersonen können RDS-Patienten „normale“ viszerale Stimuli verstärkt wahrnehmen und diese Wahrnehmungen als sehr unangenehm oder als Symptome einer potenziell bedrohlichen Erkrankung bewerten.
[Expertenkonsens, Konsens]

STATEMENT 2-10
Auch wenn Stress als alleiniger Faktor nicht das RDS verursacht, wurden sowohl im Tiermodell als auch beim Menschen Einflüsse von akutem und chronischem Stress auf gastrointestinale Funktionen nachgewiesen, die im Zusammenhang mit der Entstehung des RDS stehen könnten.
[Expertenkonsens, starker Konsens]

STATEMENT 2-7
Erlerntes Krankheitsverhalten (learned illness behavior) spielt bei vielen RDS-Patienten eine wichtige Rolle.
[Expertenkonsens, starker Konsens]

Hetterich, Zipfel & Stengel Fortschr Neurol Psychiatr 2019; Layer et al. S3-LL RDS Z Gastroenterol 2021

Pathogenese des Reizdarmsyndroms veränderte Reaktion auf Stress

- bei mentalem Stress erhöhte Freisetzungen von CRF, ACTH und Norepinephrin

Posserud et al. Gut 2004; Dickhaus et al. Am J Gastroenterol 2003

- eine gesteigerte ACTH-Antwort auf CRF-Gabe

Fukudo et al. Gut 1998

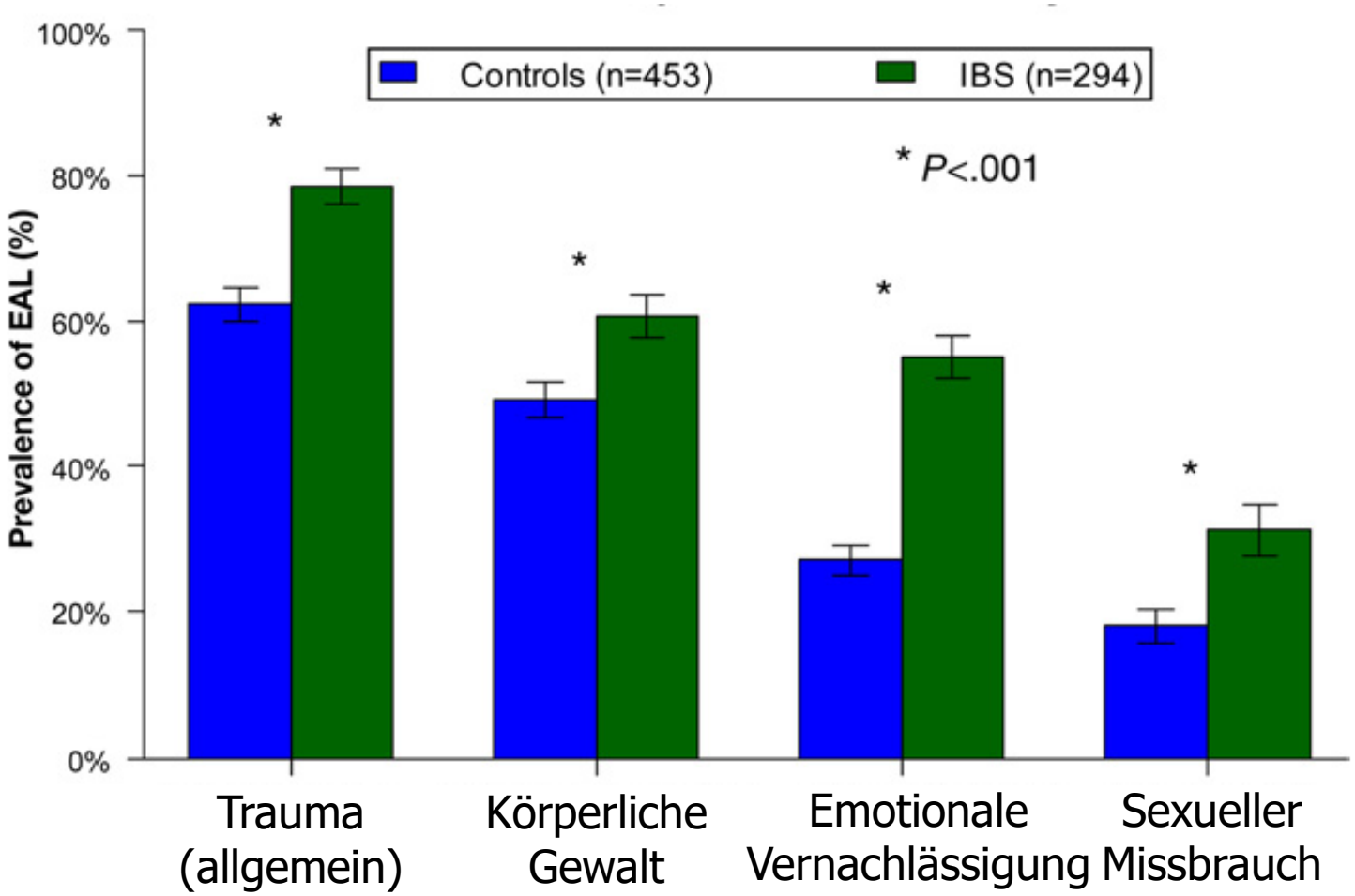
- stärkere Zunahme der durch Stress und CRF induzierten Kolonmotilität

Welgan et al. Gastroenterology 1998

- stärkere Effekte als bei Gesunden für die durch Stress-induzierte Steigerung der viszeralen Sensitivität

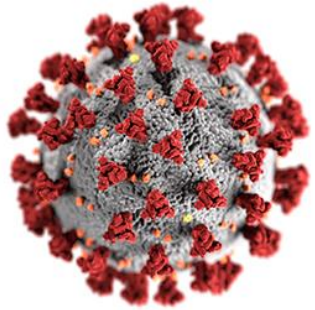
Schaper & Stengel J Psychosom Res 2022

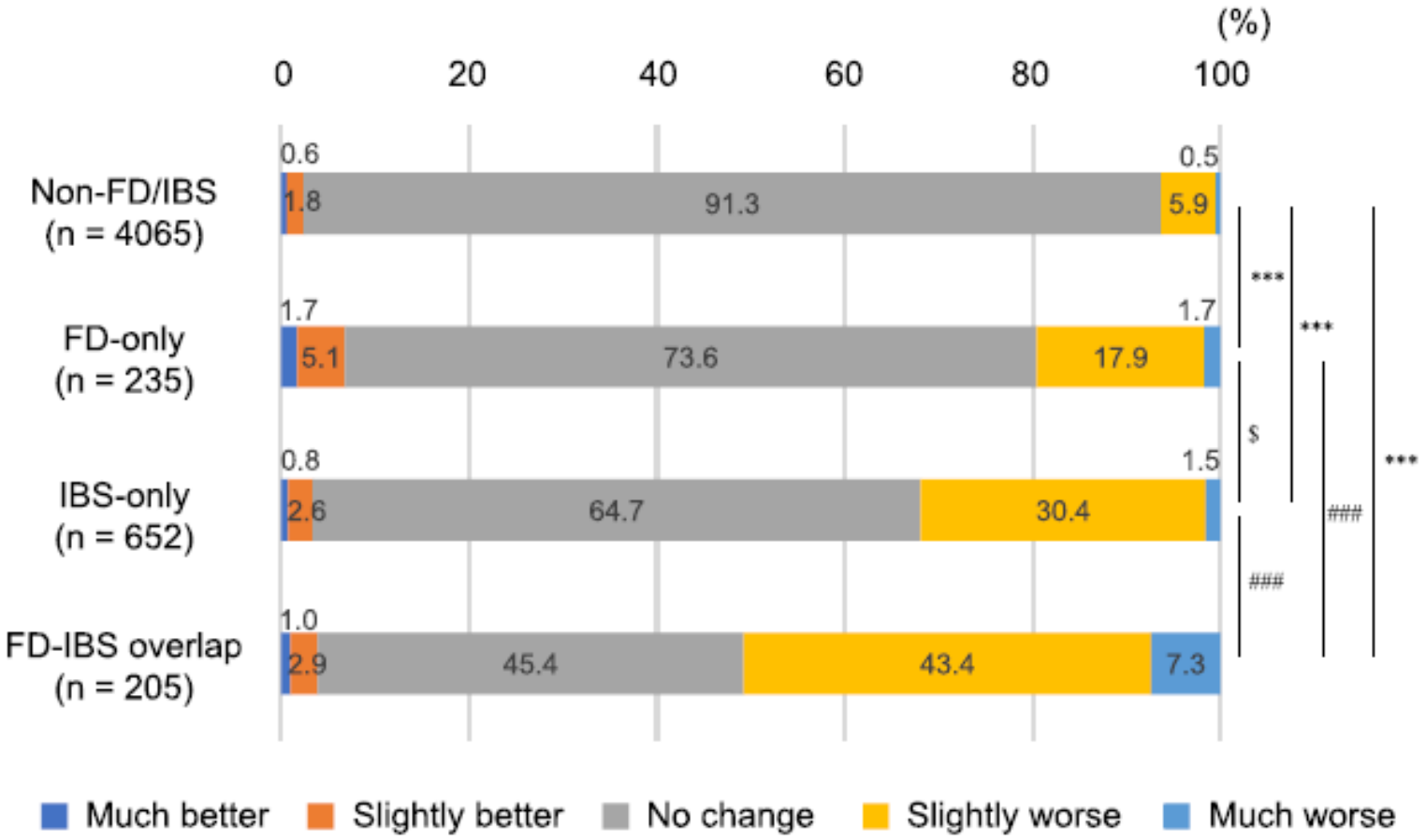
Pathogenese des Reizdarmsyndroms
psychosoziale Faktoren – frühe Lebensereignisse



Bradford et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2012

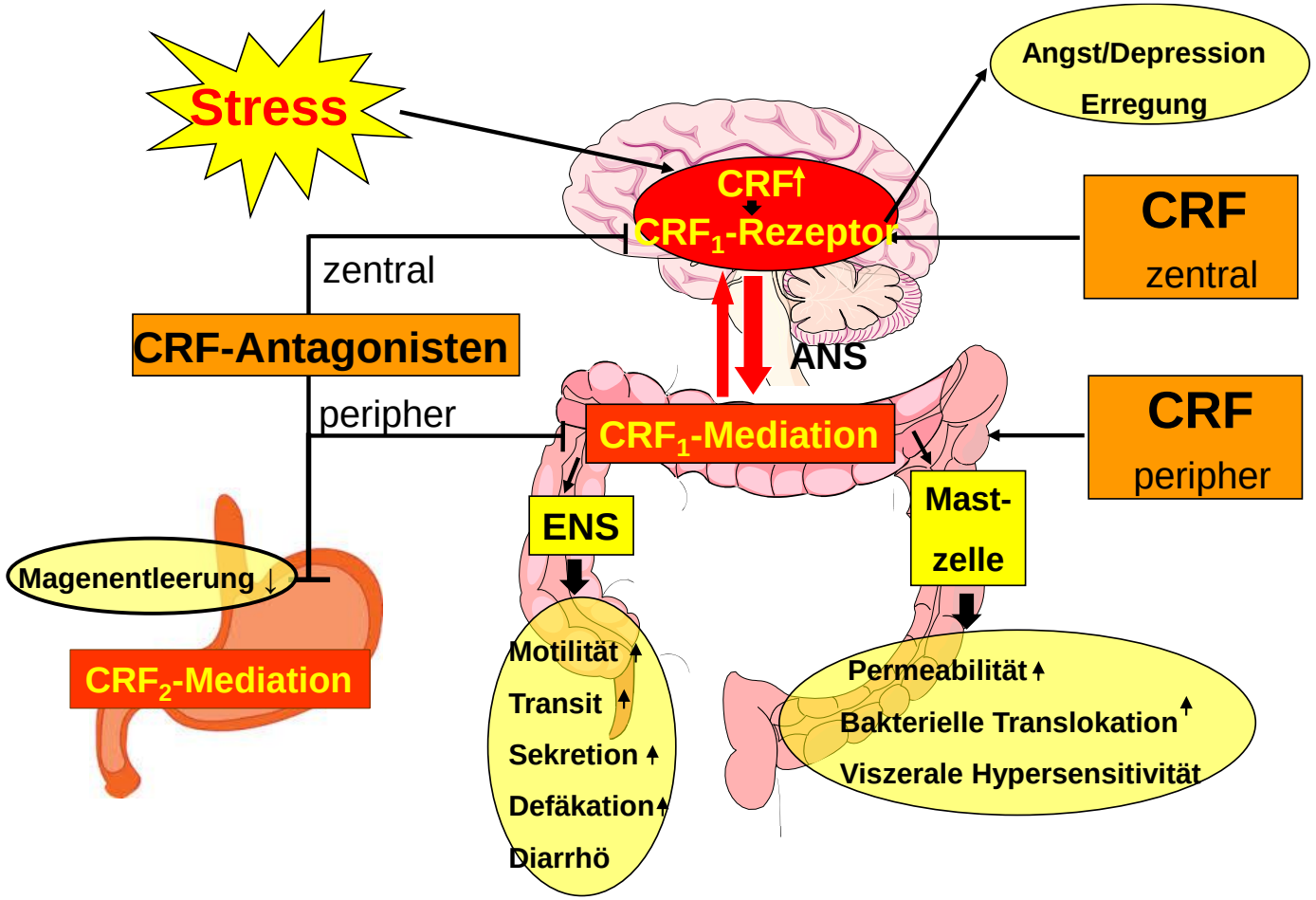
Patienten mit Reizmagen- und Reizdarmsyndrom
Pandemie kann Symptome verschlechtern





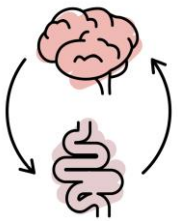
Oshima et al. J Gastroenterol Hepatol 2021

Stress
Effekte auf den Magen-Darm-Trakt



adaptiert aus Stengel & Taché, Exp Biol Med 2010

Reizdarmsyndrom
psychische Komorbiditäten



	Reizdarm → Psychische Erkrankungen	Psychische Erkrankungen → Reizdarm
Prävalenz	**54 bis 94%** *Irwin et al. J Clin Psych 1996;* *Walker et al. Psychol Med 1995*	**19 bis 59%** *Gupta et al. Schizophr Res 1997;* *Masand et al. Psychosomn 1997;*

<u>Große Variationen der Daten durch methodische Unterschiede in:</u>

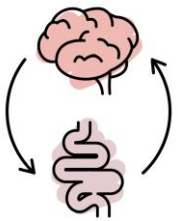
- Setting: Primär-, Sekundär-, oder Tertiärversorgung
- Population: Bevölkerungsstichprobe vs. klinische Stichprobe
- Datenerhebung: Interview vs. Fragebögen, etc.

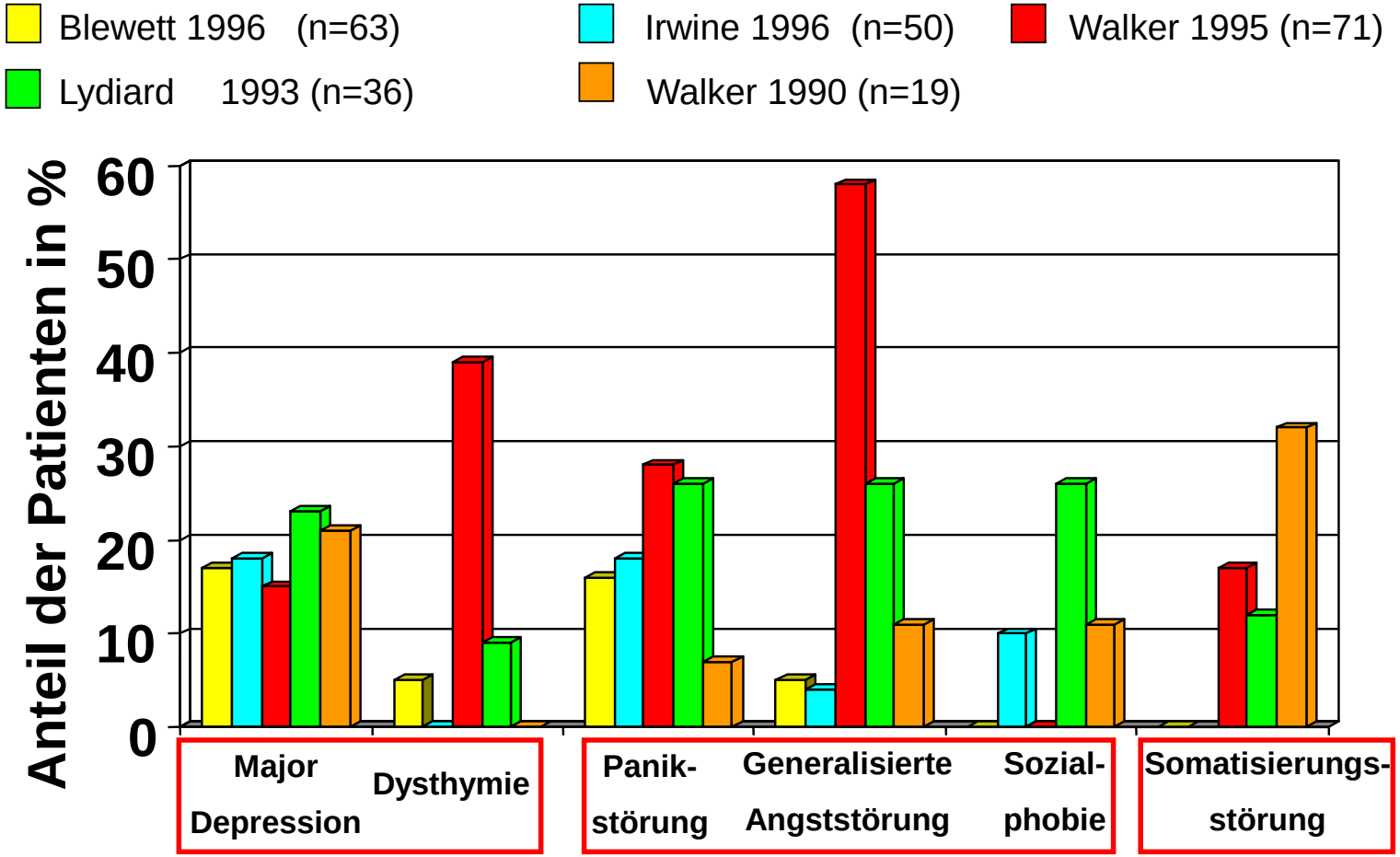
STATEMENT 1-9

Das Reizdarmsyndrom ist gehäuft mit somatoformen* und psychischen Störungen assoziiert.
[Expertenkonsens, starker Konsens]

Layer et al. S3-LL RDS Z Gastroenterol 2021

Psychische Komorbiditäten beim Reizdarmsyndrom Welche?





Therapie des Reizdarmsyndroms
Allgemeinmaßnahmen

- **Allgemeinmaßnahmen**
  - Ernstnehmen der Symptomatik
  - vertrauensvolles Arzt-Patienten Verhältnis
  - Aufklärung über Diagnose, Benignität und mögliche Ursachen
  - Erläuterung der Untersuchungsergebnisse/Psychoedukation
  - Angst vor schwerer Erkrankung nehmen

EMPFEHLUNG 3-17
Bei Patienten mit RDS sollten bereits in der Basisanamnese psychische Einflussfaktoren und Komorbiditäten wie Ängstlichkeit und Depressivität erhoben und dokumentiert werden.
[Empfehlungsgrad B, ↑, Konsens]

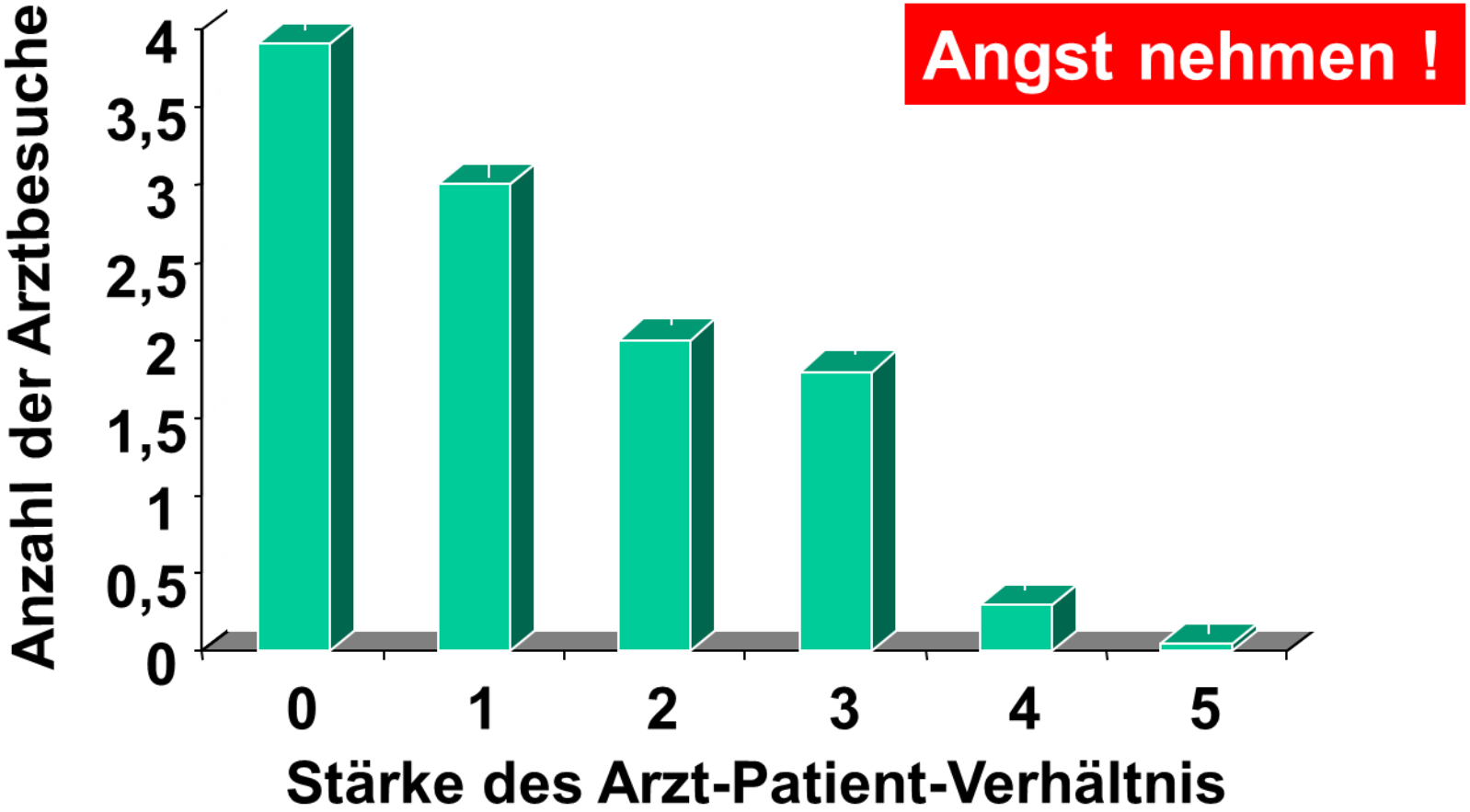
EMPFEHLUNG 3-18
Trauma und Missbrauch sollten bedacht und bei ausreichend vertrauensvoller Arzt-Patient-Beziehung behutsam exploriert werden. Bei Bedarf sollte eine Überweisung in ein psychiatrisches/psychosomatisches oder psychotherapeutisches Setting erfolgen.
[Empfehlungsgrad B, starker Konsens]

EMPFEHLUNG 4-1
In der Therapie des RDS sollte dem Patienten neben einem nachvollziehbaren Behandlungskonzept mit realistischen Behandlungszielen grundsätzlich auch ein plausibles individuelles Krankheitsmodell der Symptomgenese vermittelt werden. Es sollte dabei auch über den Zusammenhang zwischen Stress bzw. Emotionen und somatischer Symptomatik informiert werden. Mögliche (bedrohliche) Differenzialdiagnosen sollten (ggf. durch interdisziplinäre Zusammenarbeit) für den Patienten überzeugend ausgeschlossen sein.
[Empfehlungsgrad B, starker Konsens]

EMPFEHLUNG 4-15
Psychoedukative Elemente („kleine Psychotherapie") und angeleitete Selbsthilfestrategien (z. B. mithilfe eines Patientenhandbuchs oder internetbasierter Selbsthilfeprogramme) können den Krankheitsverlauf günstig beeinflussen und sollten als Elemente einer abgestuften psychotherapeutischen Intervention auf haus- und fachärztlicher Ebene eingesetzt werden.
[Empfehlungsgrad B, starker Konsens]

Goebel-Stengel & Stengel Doctors today 2022; Layer et al. S3-LL RDS Z Gastroenterol 2021

Therapie des Reizdarmsyndroms
Arzt-Patienten-Beziehung



Owens et al. Ann Int Med 1995

Arzt-Patienten-Beziehung
Einstellung des Arztes

<u>Vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung ist Grundvoraussetzung</u>

- Realität des Patienten (Beschwerden & Leidensdruck) akzeptieren vs. *"es ist alles in Ordnung"*
- Chronische Erkrankungen haben immer psychische Dimension vs. *"ist rein psychisch bedingt"*
- Vermittlung stimmiger Krankheitskonzepte (Hypersensitivität) vs. *"unklare Beschwerden"*
- Identifizierung von Komorbiditäten & interdisziplinäre Therapie vs. *"ist nicht mein Fachgebiet"*

Hetterich & Stengel Privatarzt 2019

Therapiebausteine Antidepressiva

<u>Trizyklische Antidepressiva:</u>

Amitriptylin

Doxepin

<u>SSRI:</u>

Citalopram

Fluoxetin

<u>SNRI:</u>

Duloxetin

EMPFEHLUNG 13-3

Das trizyklische Antidepressivum Amitriptylin sollte bei Erwachsenen zur Therapie von Schmerzen und globaler Symptomatik (mit Ausnahme von Obstipation) eingesetzt werden.
[Empfehlungsgrad B, starker Konsens]

EMPFEHLUNG 13-4

Antidepressiva vom SSRI-Typ können bei psychischer Komorbidität erwogen werden.
[Empfehlungsgrad 0, starker Konsens]

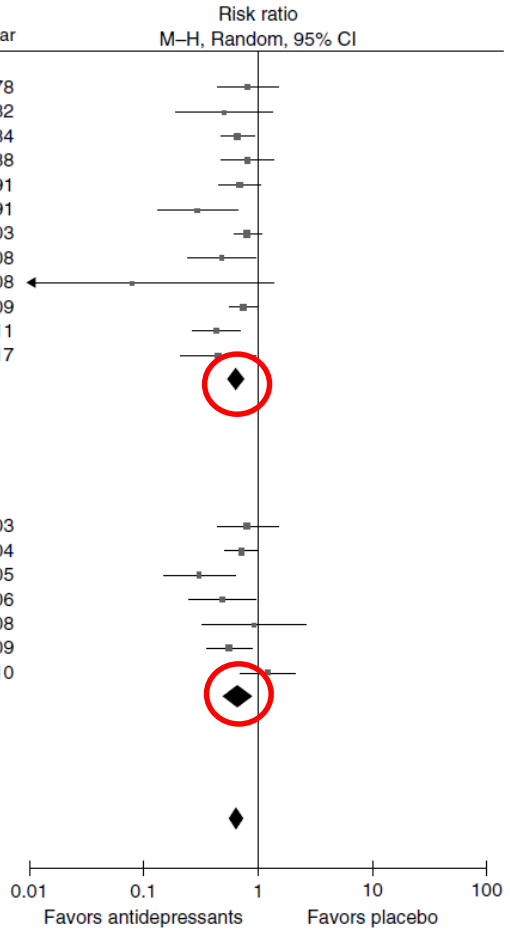
EMPFEHLUNG 13-5

Der Einsatz des Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmers (SNRI) Duloxetin kann bei Erwachsenen mit komorbider Angst- und depressiver Störung zur Therapie der globalen Symptomatik und von psychischen Beschwerden erwogen werden.
[Empfehlungsgrad 0, starker Konsens]

Hetterich, Zipfel, Stengel Fortschr Neurol Psychiatr 2019; Layer et al. S3-LL RDS Z Gastroenterol 2021

Antidepressiva
zu Unrecht wenig beliebt

Study or subgroup	Antideressants Events	Total	Placebo Events	Total	Weight	Risk ratio M–H, Random, 95% CI	Year
1.1.1 Tricyclic antidepressants							
Heefner (1978)	10	22	12	22	4.3%	0.83 [0.46, 1.51]	1978
Myren (1982)	5	30	10	31	2.0%	0.52 [0.20, 1.33]	1982
Nigam (1984)	14	21	21	21	9.4%	0.67 [0.50, 0.92]	1984
Boerner (1988)	16	42	19	41	5.4%	0.82 [0.50, 1.36]	1988
Vij (1991)	14	25	20	25	7.3%	0.70 [0.47, 1.04]	1991
Bergmann (1991)	5	19	14	16	2.9%	0.30 [0.14, 0.65]	1991
Drossman (2003)	60	115	36	57	10.6%	0.83 [0.63, 1.08]	2003
Vahedi (2008)	8	27	16	27	3.7%	0.50 [0.26, 0.97]	2008
Talley (2008)	0	18	5	16	0.3%	0.08 [0.00, 1.36]	2008
Abdul-Baki (2009)	34	59	36	48	10.4%	0.77 [0.58, 1.01]	2009
Ghadir (2011)	14	38	20	24	6.3%	0.44 [0.28, 0.70]	2011
Agger (2017)	6	20	15	23	3.1%	0.46 [0.22, 0.96]	2017
Subtotal (95% CI)		436		351	65.8%	0.65 [0.55, 0.77]	
Total events	186		224				
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.03$; $Chi^2 = 16.61$, $df = 11$ ($P = 0.12$); $I^2 = 34\%$							
Test for overall effect: $Z = 4.90$ ($P < 0.00001$)							
1.1.2 Selective serotonin re-uptake inhibitors							
Kuiken (2003)	9	19	12	21	4.3%	0.83 [0.45, 1.51]	2003
Tabas (2004)	25	44	36	46	9.7%	0.73 [0.54, 0.98]	2004
Vahedi (2005)	6	22	19	22	3.4%	0.32 [0.16, 0.64]	2005
Tack (2006)	5	11	11	12	3.6%	0.50 [0.25, 0.97]	2006
Talley (2008)	5	17	5	16	1.7%	0.94 [0.33, 2.65]	2008
Masand (2009)	15	36	26	36	6.6%	0.58 [0.37, 0.89]	2009
Ladabaum (2010)	15	27	12	27	5.0%	1.25 [0.73, 2.15]	2010
Subtotal (95% CI)		176		180	34.2%	0.68 [0.51, 0.91]	
Total events	80		121				
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.07$; $Chi^2 = 11.85$, $df = 6$ ($P = 0.07$); $I^2 = 49\%$							
Test for overall effect: $Z = 2.57$ ($P = 0.01$)							
Total (95% CI)		612		531	100.0%	0.66 [0.57,0.76]	
Total events	266		345				
Heterogeneity: $Tau^2 = 0.03$; $Chi^2 = 28.37$, $df = 18$ ($P = 0.06$); $I^2 = 37\%$							
Test for overall effect: $Z = 5.63$ ($P < 0.00001$)							
Test for subgroup differences: $Chi^2 = 0.06$, $df = 1$ ($P = 0.80$), $I^2 = 0\%$							

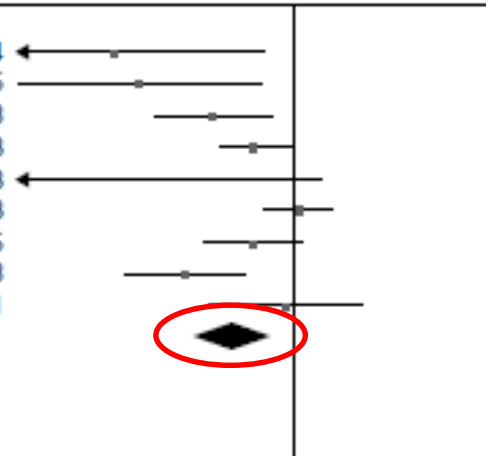


Ford et al. Am J Gastroenterol 2019

Therapiebausteine Psychotherapie

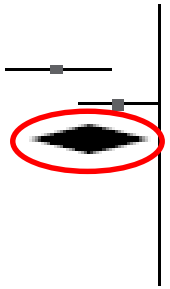
Study or subgroup	Psychological therapies Events	Total	Control Events	Total	Weight	Risk ratio M–H, Random,95% CI	Year
1.1.1 Congnitive bhavioural therapy							
Greene (1994)	2	10	9	10	0.6%	0.22 [0.06, 0.78]	1994
Payne (1995)	3	12	9	10	0.8%	0.28 [0.10, 0.76]	1995
Vollmer (1998)	11	24	9	10	2.2%	0.51 [0.31, 0.82]	1998
Drossman (2003)	51	112	36	57	3.3%	0.72 [0.54, 0.96]	2003
Tkachuk (2003)	0	14	6	14	0.1%	0.08 [0.00, 1.25]	2003
Boyce (2003)	27	35	25	34	3.4%	1.05 [0.80, 1.38]	2003
Kennedy (2005)	24	72	36	77	2.6%	0.71 [0.48, 1.07]	2005
Lackner (2008)	9	23	27	27	2.1%	0.40 [0.25, 0.66]	2008
Craske (2011)	18	47	9	22	1.6%	0.94 [0.50, 1.74]	2011
Subtotal (95% CI)		349		261	16.7%	0.60 [0.44, 0.83]	
Total events	145		166				

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.14$; $Chi^2 = 26.47$, $df = 8$ ($P = 0.0009$); $I^2 = 70\%$
Test for overall effect: $Z = 3.12$ ($P = 0.002$)



1.1.7 Dynamic psychotherapy							
Guthrie (1991)	20	53	39	49	2.8%	0.47 [0.33, 0.69]	1991
Creed (2003)	41	85	56	86	3.4%	0.74 [0.57, 0.97]	2003
Subtotal (95% CI)		138		135	6.1%	0.60 [0.39, 0.93]	
Total events	61		95				

Heterogeneity: $Tau^2 = 0.07$; $Chi^2 = 3.62$, $df = 1$ ($P = 0.06$); $I^2 = 72\%$
Test for overall effect: $Z = 2.26$ ($P = 0.02$)



EMPFEHLUNG 6-3

Psychotherapeutische Verfahren (siehe ▶ **Tab. 6-1**) sollen bei passender Indikation (siehe ▶ **Tab. 6-2**) als Teil des Behandlungskonzepts angeboten werden.
[Empfehlungsgrad A, starker Konsens]

EMPFEHLUNG 6-1

Bei Aufnahme einer Psychotherapie sollte die allgemein- sowie fachärztliche Betreuung weitergeführt werden.
[Empfehlungsgrad B, Konsens]

Ford et al. Am J Gastroenterol 2019; Layer et al. S3-LL RDS Z Gastroenterol 2021

Psychotherapie beim Reizdarmsyndrom Übersicht

Therapieform	Inhalte
Psychoedukation	Aufklärung und Verständnis des Patient:in und Angehöriger für die Erkrankung, Förderung der Arzt:in-Patient:in-Beziehung
Kognitive Verhaltenstherapie	Evaluation und Analyse von Faktoren, die Krankheitsentstehung und -bestehen beeinflussen, Konfrontation mit Faktoren, Handlungsmuster bewusst werden lassen und ändern
Psychodynamische Therapie	Aufdecken/Bearbeiten von inter- und intrapersonellen Konflikten
Hypnotherapie	Induzieren eines veränderten Bewusstseinszustandes, Symptombeeinflussung mithilfe von Sprache/Metaphern/Bildern
Entspannungsverfahren	Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Yoga, Meditation, Atemtechniken, Funktionelle Entspannung
Selbsthilfe	Selbsthilfegruppen, Selbsthilfetagebuch

Schuh & Stengel MMP 2022

Psychotherapie
Für welche Patienten?

- Vorliegen psychischer Erkrankungen
- Suchterkrankungen (z.B. Schmerzmittelabusus)
- Fehlen jeglicher Besserung nach > 6 Monaten
- Langzeit-Krankschreibung & drohende Berentung
- (früherer) sexueller oder körperlicher Missbrauch
- Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren
- Wunsch des Patienten nach entsprechender Behandlung

Weibert & Stengel PPmP 2019

Patienten mit RDS +/- psychischen Komorbiditäten
Gestufte Versorgung

- Psychische Komorbidität kann für einen Großteil der Einschränkung der Lebensqualität verantwortlich sein

- Eine enge Zusammenarbeit von Gastroenterologen und Psychosomatikern ist bei Patienten mit schwerem RDS nötig

Leichter Verlauf

Psychosomatische Grundversorgung

Ermutigung zu körperlicher/geistiger Aktivität

Schwerer Verlauf

Körperbezogene Therapien

Zeitlich begrenzte medikamentöse Therapie

Psychotherapie

Ungünstiger schwerer Verlauf

(Teil-)stationäre multimodale Therapie inkl. störungsspezifischer Psychotherapie und/oder medikamentöse Therapie psych. Komorbiditäten

Stengel & Zipfel Z Gastroenterol 2019

Klinikum Stuttgart

Prof. Dr. Andreas Stengel
Ärztlicher Direktor
Zentrum für Seelische Gesundheit
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Prießnitzweg 24
70374 Stuttgart
Telefon: 0711 278 22701
andreas.stengel@klinikum-stuttgart.de
www.klinikum-stuttgart.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit