

# Hypnose als Therapieoption für das Reizdarmsyndrom

*Jochen Hefner  
Herbert Csef*

## **Klinisches Bild**

Mit der Symptom-Trias abdominelle Beschwerden, Stuhlnregelmäßigkeiten und Blähungen bzw. Stuhldrang beschrieb der griechische Arzt Hippokrates bereits vor annähernd 3000 Jahren Merkmale des Reizdarmsyndroms (RDS) (Lacy & Lee 2005). Heute wird dieses Syndrom unter die funktionellen gastrointestinalen Erkrankungen subsumiert und international anerkannte Kriterien wie etwa die Rom-III-Kriterien erlauben eine positive Diagnose der Erkrankung (Günderl et al. 2004, Longstreth et al. 2006, Vogelsang 2007):

*Rom-III-Diagnosekriterien des Reizdarmsyndroms:*

Mindestens 3 Monate, mit Beginn zumindest 6 Monate vorher, bestehen rezidivierende abdominelle Schmerzen und Unwohlbefinden\*, die mit 2 oder mehr der folgenden Kriterien assoziiert sind:

- Verbesserung mit Defäkation und/oder
- Beginn assoziiert mit Änderung der Stuhlfrequenz und/oder
- Beginn mit Änderung der Stuhlform

\*Unangenehme Empfindung, nicht als Schmerz beschrieben.

Zusätzlich leiden viele Patienten unter extra-intestinalen Symptomen wie Miktionsbeschwerden, gynäkologischen Symptomen, Migräne, Carcinophobie, depressive Verstimmungen und Palpitationen (Csef 2000). Im Langzeitverlauf kommt es häufig zu einem Syndromwandel, so dass nach Besserung der Darmbeschwerden nun z.B. Kopfschmerzen, Schlafstörungen oder Herz-Kreislauf-Beschwerden im Vordergrund stehen. Hinzu kommt eine erhebliche Komorbidität von psychiatrischen Störungen, insbesondere von Angst und Depression (Csef 2000).

### **Hypnose als Therapieoption für das Reizdarmsyndroms**

**Hintergrund:** Das Reizdarmsyndrom stellt sowohl Betroffene als auch die Versorgungssysteme vor immense Herausforderungen. Die Erkrankung ist häufig, sie ist pharmakologisch nur unbefriedigend behandelbar und verursacht enorme Kosten. Moderne bildgebende Verfahren erlauben neue Einblicke in die Problematik. **Ziele:** Aktuelle Daten zu Vorkommen, Ursache und Therapiemöglichkeiten werden in einer Übersicht präsentiert. **Ergebnisse:** Die Hypnose kristallisiert sich zunehmend als wirksame Therapieoption für das Reizdarmsyndrom heraus. Sie ergänzt gerade bei therapierefraktären Beschwerden das Behandlungsspektrum. **Zusammenfassung:** Trotz offener Fragen bezüglich ihres Wirkungsprinzips eröffnet die Hypnotherapie eine wirksame und letztlich kostengünstige Behandlungsoption des Reizdarmsyndroms.

**Schlüsselwörter:** Reizdarmsyndrom, bildgebende Verfahren, Hypnotherapie

### **Hypnotherapy as a treatment option for irritable bowel syndrome**

**Background:** The problem of irritable bowel syndrome (IBS) challenges the patient and the health care system alike. IBS is a common and costly disease which is difficult to treat. Modern imaging techniques allow new insights into the coherences of the topic. **Aims:** Current data concerning the epidemiology, ethiology and therapy are presented. **Results:** Within recent years, hypnotherapy evolved as an auspicious therapy option for IBS. It's most valuable as an adjunct in cases which are refractory to general medical (i.e. pharmacological) treatment. **Conclusion:** Although still open questions concerning its mechanisms of action, hypnotherapy represents an effective and cost-efficient therapy approach for IBS.

**Keywords:** Irritable bowel syndrome, modern imaging techniques, hypnotherapy

### **L'hypnose comme option thérapeutique dans le syndrome du colon irritable**

**Introduction:** Le colon irritable est un immense défi, aussi bien pour les patients que pour les thérapeutes. La maladie est fréquente, ne répond que de manière partielle au traitement pharmacologique et occasionne des coûts importants. Les techniques d'imagerie modernes ouvrent cependant de nouvelles perspectives. **Buts:** les données épidémiologiques récentes, l'étiologie et la thérapie sont présentées dans cet article. **Résultats:** L'hypnothérapie peut être considérée depuis quelques années comme un traitement de choix pour le colon irritable. Elle est un complément avantageux, particulièrement dans les situations où la réponse aux autres thérapies est insuffisante. **Résumé:** Bien que des questions restent ouvertes concernant son mode d'action, l'hypnothérapie est une thérapie efficace et économiquement avantageuse pour le colon irritable.

**Mots clés:** colon irritable, imagerie médicale, hypnothérapie (Claude Beguelin)

## **Epidemiologie**

Unter der globalen Bevölkerung werden die Prävalenzraten der Erkrankung je nach angewandtem Diagnosekriterium und der beobachteten Region zwischen 4% und 35% angegeben (Lacy et al. 2005). Die klinische Relevanz des Colon irritabile ergibt sich nicht nur aus seiner großen Häufigkeit sondern durch die häufige Inanspruchnahme der medizinischen Versorgungssysteme.

Etwa 12% der Diagnosen in der Allgemeinarztpraxis entfallen auf dieses Syndrom. Der Anteil des RDS unter den Diagnosen in gastroenterologischen Facharztpraxen beläuft sich auf 20 - 50 % (Gündel et al. 2004).

Die jährlich entstehenden Kosten sind enorm. Denn zu den direkten Arzt- und Medikamentenkosten müssen die indirekten Kosten, die z.B. durch Produktivitätsausfälle entstehen, mit eingerechnet werden. Alleine in den USA werden diese Ausgaben mit bis zu 30 Mrd. US-\$ jährlich beziffert (Lacy et al. 2005).

Dabei nimmt offenbar nur jeder vierte Betroffene medizinische Hilfe in Anspruch. Und diejenigen Patienten, die ärztlich versorgt werden, beklagen oftmals den unzureichenden Erfolg schulmedizinischer Therapien (Hungin et al. 2005).

## **Pathogenese**

Dies mag darin begründet sein, dass die Ätiologie des RDS letztlich ungeklärt ist. Auf somatischer Ebene wurden zunächst Störungen der Darmmotilität als ursächlich für das RDS angesehen (Kellow et al. 1987). Jedoch sind enterale Motilitätsstörungen weder konstant nachweisbar noch spezifisch für eine Erkrankung mit RDS (Delvaux 2004). Später wurde neben Störungen auf Ebene der intestinalen Transmittersysteme auch eine viscerale Hypersensitivität (Camilleri 2004, Delvaux 2004) beschrieben. Doch rein somatische Faktoren vermögen das Auftreten von RDS nicht gänzlich zu erklären. Deshalb propagieren Experten ein „biopsychosoziales Modell“ für die Pathogenese des Reizdarmsyndroms, in dem psychischen und sozialen Faktoren ein großer Einfluss eingeräumt wird (Drossman 2005b). So konnte in Zwillingsstudien zwar eine genetische Prädisposition für die Erkrankung nachgewiesen werden, doch wird das Erziehungsverhalten der Eltern inzwischen als weitaus wichtigerer Faktor für das Auftreten von RDS in so genannten „Problemfamilien“ angesehen (Kanazawa et al. 2004, Levy et al. 2000).

Eine erhöhte allgemeine Stressbelastung konnte mit einer bestimmten Untergruppe des RDS in Verbindung gebracht werden. So werden in 4 - 26% der Fälle vorangegangene Gastroenteritiden als ursächlich für das RDS angesehen. Unter dem Einfluss von mentalem Stress führen gastrointestinale Infektionen im Verlauf jedoch signifikant häufiger zu einem Reizdarmsyndrom (Dunlop et al. 2003, Gwee et al. 1999). Unter Patienten, die eine große Symptombelastung angeben, lässt sich gleichzeitig eine höhere Stressbelastung nachweisen als bei Patienten, die eher milde Symptome beklagen. Dabei unterscheiden sich die visceralen Reizschwellen der beiden Patientengruppen

### *Hypnose bei Reizdarmsyndrom*

pen nicht voneinander. Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen schätzen RDS-Patienten Schmerzen bei vergleichbarem Stimulus deutlich größer ein, wenn gleichzeitig mentaler Stress ausgeübt wird (Drossman 2005a). Drossman bezeichnet eine übersteigerte Reaktivität auf unterschiedlichste Stressbelastungen als wichtiges Kennzeichen der Erkrankung (Drossman 2005a).

Auf intrapersoneller Ebene wurden schon seit längerem dysfunktionale Kognitionen im Sinne einer Hypervigilanz gegenüber visceraler Sensationen als Hauptmerkmal von RDS-Patienten beschrieben (Naliboff et al. 1997, Posserud et al. 2004). In einer aktuellen Untersuchung wurde erneut die Bedeutung des (erlernbaren) kognitiven Umgangs mit RDS aufgezeigt. Darin litten Patienten umso heftiger unter Schmerzen, je mehr katastrophisierende Gedanken bezüglich der eigenen Symptomatik geäußert wurden (Lackner et al. 2005).

Bei einer Patientengruppe erweisen sich psychosoziale Faktoren von besonderer Bedeutung. Körperlich und sexuell missbrauchte RDS-Patientinnen und -Patienten berichten von größeren Schmerzen und zeigen einen insgesamt ungünstigeren Verlauf ihrer Erkrankung (Csef 2000, Ringel et al. 2004). Doch gleichzeitig sind unter den Betroffenen erhöhte Schmerzschwellen bei Untersuchungen mittels rektaler Ballondilatation nachweisbar. Nicht nur aus diesem Grund werden Unterschiede in der zentralen Schmerzverarbeitung - zusätzlich zu Motilitätsveränderungen und viszeraler Hypersensitivität - als wichtige ätiologische Faktoren des RDS eingeschätzt (Ringel et al. 2004).

### **Unterschiede in der zentralnervösen Schmerzverarbeitung**

Mit Hilfe moderner Bildgebungsverfahren wie der Positronemissionstomographie (PET) oder der funktionellen Magnetresonanztomographie (fMRT) konnte ein Netzwerk der zentralen Schmerzverarbeitung, die „Schmerz-Matrix“, nachgewiesen werden (Apkarian et al. 2005). Entscheidend für das Verständnis der zentralen Schmerzverarbeitung ist das Zusammenspiel sowohl von somatosensorischen, autonomen, motorischen als auch emotionalen und affektiven Zentren (Hobson et al. 2004). Besondere Bedeutung bezüglich des RDS scheint dem anterioren Anteil des Gyrus cinguli (ACC) zuzukommen (Drossman 2005a). Zwar liegen widersprüchliche Ergebnisse zur Aktivität des ACC bei RDS-Patienten unter verschiedenen Schmerzparadigmen vor, doch nach Drossman kommt es bei einer Schmerzreizung von RDS-Patienten zu einer verstärkten Aktivität des ACC (Drossman 2005a). Das Ausmaß der Aktivitätssteigerung korreliert dabei mit einer zusätzlichen Belastung durch Angst, Depression, Katastrophisierungstendenzen, life events und vorangegangenen Missbrauch (Drossman 2005a, Drossman et al. 2003, Lacy et al. 2005, Ringel et al. 2003).

### **Therapie**

Wie bereits angesprochen, liefern pharmakologisch orientierte Behandlungsansätze bei RDS nur unbefriedigende Ergebnisse (Delvaux 2004, Hungin et al. 2005). Im Jahr

2000 wurde von der amerikanischen Gesundheitsbehörde FDA der 5-HT<sub>3</sub>-Rezeptor-Antagonist Alosetron zur Behandlung des RDS zugelassen (Andresen et al. 2004). Der Erfolg des Medikaments – ein Rückgang der Symptome und eine Abnahme der emotionalen Belastung – wird neben den Wirkungen auf intestinaler Transmitterebene darauf zurückgeführt, dass Alosetron die Aktivität in der Schmerzmatrix herabsetzt (Mayer et al. 2002) und die 5-HT-Synthese im Bereich des ACC erhöht (Nakai et al. 2005). Doch im Zuge der Markteinführung des Medikaments wurde von tödlichen Nebenwirkungen berichtet, so dass die FDA das Medikament vom Markt nehmen musste. Dass Alosetron im Jahr 2002 bei eingeschränkter Indikationsstellung erneut eine Zulassung erhielt, spricht sowohl für einen ausgeprägten Mangel an medikamentösen Alternativen als auch für den beachtlichen Einfluss bestimmter Interessengruppen (Andresen et al. 2004). Eine Behandlung mit Antidepressiva wird in aktuellen Studien ebenfalls als ein lediglich suboptimaler Therapieansatz bei RDS angesehen (Clouse et al. 2005). Die Erfolge unter der Anwendung von z.B. Amitriptylin werden offenbar durch eine Herabsetzung der globalen Gehirnaktivität erzielt. Die Aktivitätsreduktion im ACC soll hier zu einer Entschärfung der affektiven Schmerzkomponeute beitragen (Morgan et al. 2005). Doch das Spektrum der Nebenwirkungen erschwert häufig eine Dauertherapie mit trizyklischen Antidepressiva, so dass frühzeitig wieder auf eine rein symptomatische Behandlung zurückgegriffen werden muss (Clouse et al. 2005).

Psychologischen Behandlungsmethoden wird in einer aktuellen Meta-Analyse ein insgesamt günstiger Effekt auf den Verlauf von RDS zugesprochen (Lackner et al. 2004). Eine Präferenz für eine Therapieform wird dabei u.a. durch die schlechte Vergleichbarkeit der Studiendesigns nicht geäußert. Die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) wird darin als eine der günstigen Behandlungsoptionen angeführt. Mittels funktioneller Bildgebung konnte kürzlich eine verringerte Aktivität des ACC unter den Therapieteilnehmern demonstriert werden. Gleichzeitig verringerten sich die gastrointestinalen Symptome sowie die Belastung durch Angst und Sorge (Lackner et al. 2005).

Doch die Patientenzahlen sind ähnlich wie auch in anderen CBT-Studien sehr klein. Zurzeit schätzt die englische Gesundheitsbehörde die CBT als eine Erfolg versprechende Behandlungsoption bei RDS ein, nicht ohne jedoch auf den noch fehlenden, schlüssigen Beweis der Effektivität zu verweisen (Hutton 2005).

## **Hypnosetherapie bei Reizdarmsyndrom**

Im Jahr 1984 erschien in der Fachzeitschrift *The Lancet* eine Studie von Whorwell, Prior und Faragher über eine Hypnosetherapie bei schulmedizinisch therapierefraktärem Reizdarmsyndrom (Whorwell et al. 1984). Die 15 Patienten, die an einem 12-wöchigen Therapieprogramm teilnahmen, gaben anschließend signifikant weniger Magen-Darm-Beschwerden bzw. –Schmerzen, normale Stuhlfrequenzen und erhöhte Lebensqualität an (Whorwell et al. 1984). In einer weiterführenden Studie konnten die

### *Hypnose bei Reizdarmsyndrom*

positiven Effekte auch noch nach 18 Monaten nachgewiesen werden. Es wurden zudem weitere 35 Patienten in die Studie eingeschlossen, so dass die günstigen Ergebnisse bei insgesamt 50 Patienten dokumentiert werden konnten (Whorwell et al. 1987). Im Jahr 2003 ergab die Auswertung bei nun 273 Patienten ein gutes bis sehr gutes Ansprechen in 71% der Fälle. Davon wurden 81% der Effekte als lang anhaltend (zwischen 1 und 6 Jahre nach Therapie) beschrieben. Eine signifikante Verbesserung extra-intestinaler Symptome konnte ebenso nachgewiesen werden wie eine Reduktion von Angst und Depression und eine Verbesserung der Lebensqualität (Gonsalkorale et al. 2003). Darüber hinaus konsultierten die Interventionsteilnehmer bis zu 80% seltener einen Arzt aufgrund von RDS- und weiteren Körpersymptomen. Die Intervention hatte auch positive Auswirkungen auf den Medikamentenbedarf der Patienten. Nahmen vor der Intervention 67% der Patienten Medikamente ein, so waren es nachher lediglich 36% der Interventionsteilnehmer. Zusätzlich griffen diese Patienten in 62% der Fälle auf geringere Dosen ihrer Medikamente zurück (Gonsalkorale et al. 2005).

Zwischenzeitlich wurden diese Ergebnisse von weiteren Forschergruppen bestätigt und in renommierten Fachzeitschriften veröffentlicht (Galovski et al. 2002, Harvey et al. 1989, Palsson et al. 2002, Vidakovic-Vukic 1999).

Eine aktuelle Metaanalyse von 5 kontrollierten Studien mit 556 Patienten ergab eine mediane Responserate von 87% (Whitehead 2006). Von gastroenterologischer Seite wird zwar Kritik an der Methodik der Hypnotherapie Studien geübt (Wilson et al. 2006). Dennoch sprechen sich inzwischen große psychologische und gastroenterologische Fachgesellschaften in ihren aktuellen Therapierichtlinien für die Hypnose aus (Jones et al. 2000, Tan et al. 2005).

### **Hypnotherapeutisches Konzept und Umsetzung im klinischen Kontext einer Universitätsklinik**

Die Erfolge einer speziell für Reizdarmpatienten eingerichteten Therapiestation an der Universitätsklinik in Manchester nahmen die Autoren dieser Übersicht zum Anlass, das Therapieangebot ihrer Klinik zu ergänzen (Gonsalkorale et al. 2002). Im Rahmen der vorhandenen Infrastruktur (Arbeitsbereich psychosomatische Medizin innerhalb einer medizinischen Klinik, lediglich ambulante bzw. konsiliarische Versorgung, insgesamt 3 Vollzeitstellen, ein Mitarbeiter mit Ausbildung in klinischer Hypnose) spielte die doch erhebliche Zeit-, Arbeits- und Kostenintensität des Therapieverfahrens eine gewichtige Rolle (Forbes et al. 2000). Die Hypnose wird ausschließlich Patienten mit therapierefraktärem Verlauf angeboten. Inhaltlich ist sie an die Therapie der Gruppe aus Manchester angelehnt (Gonsalkorale et al. 2002, Whorwell et al. 1987, Whorwell et al. 1984), technisch wurden Anregungen von Forbes et al. übernommen, die ihren Patienten Tonbänder zum Üben erstellten (Forbes et al. 2000).

In einer ersten Sitzung wird dem Patienten ein verständliches pathophysiologi-

sches Modell der Erkrankung vermittelt und eine kurze Entspannung induziert (progressive Muskelrelaxation einer oberen Extremität, gefolgt von vertiefenden Entspannungssuggestionen durch den gesamten Körper). Ab der zweiten Sitzung werden nach Induktion und Vertiefung Bilder suggeriert, die sowohl beruhigend wirken als auch mit dem eigenen Gastrointestinaltrakt assoziiert werden können. Als besonders geeignet hat sich das Bild eines Flusses bestätigt, der im Verlauf immer ruhiger und gleichmäßiger fließt. Durch sanften Druck einer Hand kann ein Gefühl von Wärme auf der gewünschten Bauchregion verstärkt werden. Zum Abschluss der etwa 30 Minuten dauernden Intervention werden Ich-stärkende Suggestionen vermittelt. Diese Intervention wird für einen Zeitraum von acht bis zehn Wochen in wöchentlichem Abstand wiederholt.

Ab der zweiten Stunde wird den Patienten eine CD (bzw. eine MP-3 Datei) mit einer etwa 15-minütigen Hypnosesequenz ausgehändigt. Zusätzlich erhalten alle Patienten ein Symptomtagebuch, in dem auch das tägliche Üben mit der CD eingetragen werden kann. Mit Hilfe dieses Ansatzes ist es möglich, trotz überschaubarer Ressourcen eine durch Leitlinien geforderte Therapie im Rahmen eines Universitätsklinikums vorzuhalten.

### **Wirkungsweise der Hypnotherapie**

Der exakte Wirkmechanismus der Hypnosetherapie beim Reizdarmsyndrom ist noch ungeklärt. Auf physiologischer Ebene wurde ein günstiger Einfluss auf die intestinale Motilität als auch auf die viscerale Sensibilität beschrieben (Francis et al. 1996, Prior et al. 1990). Doch aktuellere Untersuchungen zeigen auch einen günstigen Einfluss der Hypnose auf weitere psychosoziale Faktoren. Das Setting, in dem die Therapie stattfindet, sowie der entspannende Charakter der Suggestionen ermöglichen die Reduktion einer allgemeinen Stressbelastung, die zu autonomen nervalen sowie neuroendokrinen Veränderungen beitragen kann (Gonsalkorale et al. 2005, Palsson et al. 2002, Simren et al. 2004). In weiteren Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass durch die Intervention ein Verschieben des emotionalen Spektrums hin zu weniger Ärger und Aggression und größerer Hoffnung möglich ist. Das wiederum wirkt sich positiv auf die intestinale Motilität und Sensibilität aus (Gonsalkorale et al. 2005, Houghton et al. 2002, Whorwell et al. 1992).

Durch die Hypnotherapie kann auf kognitiver Ebene eine Reduktion negativer Gedanken bezüglich des eigenen GI-Traktes erzielt werden. Dieser günstige Einfluss korreliert eng mit der verringerten Symptombelastung durch die Therapie (Gonsalkorale et al. 2004).

Als weiterer Wirkmechanismus wird eine Reduktion des Schmerzerlebens diskutiert. Neueste Studien mit modernen bildgebenden Verfahren dokumentieren bei gesunden Probanden überlappende Hirnstrukturen der Schmerzverarbeitung, und zwar unabhängig davon, ob der Schmerz durch einen realen Stimulus ausgelöst oder ledig-

### *Hypnose bei Reizdarmsyndrom*

lich suggeriert wird (Derbyshire et al. 2004, Rajj et al. 2005). Es konnte ebenfalls gezeigt werden, dass Suggestionen das Ansteuern bestimmter Strukturen (v.a. ACC) erlauben, die wiederum an der Verarbeitung der Intensität sowie der affektiven Färbung des Schmerzerlebens beteiligt sind (Faymonville et al. 2003, Rainville et al. 1997). Studien, die ähnliche Beobachtungen auch bei RDS-Patienten belegen könnten, stehen jedoch zurzeit noch aus.

## **Diskussion**

Mit dem Begriff Reizdarmsyndrom wird eine funktionelle Störung des Magen-Darm-Traktes bezeichnet, die durch die aktuellen Rom-Diagnosekriterien erfasst werden kann (Csef 2000, Longstreth et al. 2006). Eine Komorbidität im Sinne extraintestinaler Symptome und psychiatrischer Auffälligkeiten ist häufig (Csef 2000, Gündel et al. 2004). Unter dem Patientengut sowohl von Allgemeinmedizinerinnen als auch Internisten ist die Erkrankung oft anzutreffen und die jährlichen direkten als auch indirekten Kosten durch RDS sind immens (Gündel et al. 2004, Lacy et al. 2005).

Die Pathogenese der Erkrankung ist letztlich noch ungeklärt. Genetische Belastungen, gastrointestinale Infektionen, Störungen der intestinalen Motilität und visceralen Sensitivität werden zu den Ursachen gezählt (Delvaux 2004, Kanazawa et al. 2004, Kellow et al. 1987, Levy et al. 2000). Bildgebende Verfahren erlauben neue Einblicke in die Mechanismen der zentralen Schmerzverarbeitung. Es ist möglich ein neuronales Netzwerk zu beschreiben, in dem sensorische, affektive, emotionale, autonome und motorische Zentren zusammenarbeiten. Die Ergebnisse untermauern ein biopsychosoziales Krankheitsmodell für die Entstehung des RDS (Drossman 2005b, Lacy et al. 2005). Gleichfalls liefern sie Erklärungsmöglichkeiten für den geringen Erfolg rein pharmakologisch ausgerichteter Therapien (Gündel et al. 2004, Lacy et al. 2005). Die Anwendung von Pharmaka ist durch die große Anzahl an Nebenwirkungen mit Schwierigkeiten behaftet (Andresen et al. 2004, Clouse et al. 2005). Dies ist bei der Betrachtung des RDS insofern besonders kritisch zu sehen, als die Erkrankung selbst keine substantiellen organischen Einschränkungen, sondern in erster Linie eine Reduktion der Lebensqualität zur Folge hat. Somit steigen die Erwartungen an ein günstiges Nebenwirkungsprofil eines Medikaments.

Für den Bereich der Psychotherapien bescheinigt eine aktuelle Meta-Analyse verschiedenen Therapieformen einen verlaufsbeginnenden Effekt bei RDS (Lackner et al. 2004). Die Autoren bevorzugen dabei – auch aufgrund methodischer Vorgaben – keinen der verschiedenen Therapieansätze. In mehreren, kürzlich erschienenen Artikeln wurde jedoch erneut auf die Erfolge mittels Hypnotherapie aufmerksam gemacht (Gonsalkorale et al. 2005, Whitehead 2006). Vor allem die Gruppe um Whorwell erzielt seit 1984 außergewöhnlich günstige Therapieresultate, die in großen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden (Gonsalkorale et al. 2003, Gonsalkorale et al. 2005, Whorwell et al. 1984). Bei einer großen Anzahl von Patienten konnten Verbesserun-



gen auf somatischer, emotionaler sowie kognitiver Ebene nachgewiesen werden. Im Gegensatz zu den angesprochenen Medikamenten wurden keine ungünstigen Therapiewirkungen beobachtet. Und im Unterschied zu jedem bisher bekannten Medikament profitieren sowohl Patienten mit konstipationsdominanter als auch diarrhoedominanter RDS-Form von der Hypnose (Gonsalkorale et al. 2002, Gonsalkorale et al. 2005). Weitere wichtige Diskussionspunkte sind der geringere Medikamentenverbrauch und die reduzierte Anzahl an Arztkonsultationen unter den Interventionsteilnehmern. Die Autoren der entsprechenden Studien sind sich sicher, dass die Kosten der vergleichsweise aufwendigen Therapieform im Vergleich zu den möglichen Ersparnissen als gering einzustufen sind (Gonsalkorale et al. 2005).

Die genauen Wirkmechanismen der Therapie bleiben dabei auch unter Anwendung modernster bildgebender Verfahren noch unklar (Derbyshire et al. 2004, Gonsalkorale et al. 2005, Raij et al. 2005). So stehen z.B. Studien, in denen nach Zusammenhängen zwischen Gehirnaktivität von RDS-Patienten und Hypnosetherapie geforscht wird, noch aus.

Doch in der Zusammenfassung ist - gerade bei therapierefraktären Verläufen - die Forderung der Experten bereits heute gerechtfertigt: „...the skills of the hypnotherapist should be made routinely available to patients with functional GI disorders“ (Gonsalkorale et al. 2005, Palsson et al. 2002). Die Darstellung eigener Erfahrungen zeigt, dass ein Therapieangebot bei diesen schweren, therapierefraktären Verläufen auch mit sehr überschaubaren Ressourcen dargestellt werden kann. Eine bedarfsorientierte, leitliniengerechte Versorgung ist jedoch nur mit zusätzlichen, lohnenden Investitionen möglich.

Für weitere Anleitungen zu den Interventionen siehe Gonsalkorale et al. (2005) sowie Häuser (2004).

## Literatur

- Andresen, V. & Hollerbach, S. (2004). Reassessing the benefits and risks of alosetron: what is its place in the treatment of irritable bowel syndrome? *Drug Safety*, 27 (5), 283-92.
- Apkarian, A. V., Bushnell, M. C., Treede, R. D. & Zubieta, J. K. (2005). Human brain mechanisms of pain perception and regulation in health and disease. *European Journal of Pain*, 9 (4), 463-84.
- Camilleri, M. (2004). Is there a SERT-ain association with IBS? *Gut*, 53 (10), 1396-9.
- Clouse, R. E. & Lustman, P. J. (2005). Use of psychopharmacological agents for functional gastrointestinal disorders. *Gut*, 54 (9), 1332-41.
- Csef, H. (2000). Colon irritabile (Reizdarm-Syndrom). In: H. Csef & M. R. Kraus (Hrsg.), *Psychosomatik in der Gastroenterologie* (pp. 105-23). München und Jena: Urban & Schwarzenberg.
- Delvaux, M. (2004). Alterations of sensori-motor functions of the digestive tract in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 18 (4), 747-71.
- Derbyshire, S. W., Whalley, M. G., Stenger, V. A. & Oakley, D. A. (2004). Cerebral activation during hypnotically induced and imagined pain. *Neuroimage*, 23 (1), 392-401.
- Drossman, D. A. (2005a). Brain imaging and its implications for studying centrally targeted treatments in irritable bowel syndrome: a primer for gastroenterologists. *Gut*, 54 (5), 569-73.
- Drossman, D. A. (2005b). What does the future hold for irritable bowel syndrome and the functional gastro-

## *Hypnose bei Reizdarmsyndrom*

- intestinal disorders? *Journal of Clinical Gastroenterology*, 39 (5 Suppl), S251-6.
- Drossman, D. A., Ringel, Y., Vogt, B. A., Leserman, J., Lin, W., Smith, J. K. & Whitehead, W. (2003). Alterations of brain activity associated with resolution of emotional distress and pain in a case of severe irritable bowel syndrome. *Gastroenterology*, 124 (3), 754-61.
- Dunlop, S. P., Jenkins, D., Neal, K. R. & Spiller, R. C. (2003). Relative importance of enterochromaffin cell hyperplasia, anxiety, and depression in postinfectious IBS. *Gastroenterology*, 125 (6), 1651-9.
- Faymonville, M. E., Roediger, L., Del Fiore, G., Delguedre, C., Phillips, C., Lamy, M., Luxen, A., Maquet, P. & Laureys, S. (2003). Increased cerebral functional connectivity underlying the antinociceptive effects of hypnosis. *Brain Research Cognitive Brain Research*, 17 (2), 255-62.
- Forbes, A., MacAuley, S. & Chiotakakou-Faliakou, E. (2000). Hypnotherapy and therapeutic audiotape: effective in previously unsuccessfully treated irritable bowel syndrome? *International Journal of Colorectal Disease*, 15 (5-6), 328-34.
- Francis, C. Y. & Houghton, L. A. (1996). Use of hypnotherapy in gastrointestinal disorders. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 8 (6), 525-9.
- Galovski, T. E. & Blanchard, E. B. (2002). Hypnotherapy and refractory irritable bowel syndrome: a single case study. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45 (1), 31-7.
- Gonsalkorale, W. M., Houghton, L. A. & Whorwell, P. J. (2002). Hypnotherapy in irritable bowel syndrome: a large-scale audit of a clinical service with examination of factors influencing responsiveness. *American Journal of Gastroenterology*, 97 (4), 954-61.
- Gonsalkorale, W. M., Miller, V., Afzal, A. & Whorwell, P. J. (2003). Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Gut*, 52 (11), 1623-9.
- Gonsalkorale, W. M., Toner, B. B. & Whorwell, P. J. (2004). Cognitive change in patients undergoing hypnotherapy for irritable bowel syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 56 (3), 271-8.
- Gonsalkorale, W. M. & Whorwell, P. J. (2005). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 17 (1), 15-20.
- Gündel, H. & Storr, M. (2004). [Irritable bowel syndrome: the challenge to psychosomatic and internal medical specialists to collaborate closely]. *MMW Fortschritte der Medizin*, 146 (29-30), 24, 26-8.
- Gwee, K. A., Leong, Y. L., Graham, C., McKendrick, M. W., Collins, S. M., Walters, S. J., Underwood, J. E. & Read, N. W. (1999). The role of psychological and biological factors in postinfective gut dysfunction. *Gut*, 44 (3), 400-6.
- Harvey, R. F., Hinton, R. A., Gunary, R. M. & Barry, R. E. (1989). Individual and group hypnotherapy in treatment of refractory irritable bowel syndrome. *The Lancet*, 1 (8635), 424-5.
- Häuser, W. (2004). Reizdarmsyndrom. In: D. Revenstorf & B. Peter (Hrsg.), *Hypnose in Psychotherapie, Psychosomatik und Medizin* (pp. 582-95). Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag.
- Hobson, A. R. & Aziz, Q. (2004). Brain imaging and functional gastrointestinal disorders: has it helped our understanding? *Gut*, 53 (8), 1198-206.
- Houghton, L. A., Calvert, E. L., Jackson, N. A., Cooper, P. & Whorwell, P. J. (2002). Visceral sensation and emotion: a study using hypnosis. *Gut*, 51 (5), 701-4.
- Hungin, A. P., Chang, L., Locke, G. R., Dennis, E. H. & Barghout, V. (2005). Irritable bowel syndrome in the United States: prevalence, symptom patterns and impact. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 21 (11), 1365-75.
- Hutton, J. (2005). Cognitive behaviour therapy for irritable bowel syndrome. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 17 (1), 11-4.
- Jones, J., Boorman, J., Cann, P., Forbes, A., Gomborone, J., Heaton, K., Hungin, P., Kumar, D., Libby, G., Spiller, R., Read, N., Silk, D. & Whorwell, P. (2000). British Society of Gastroenterology guidelines for the management of the irritable bowel syndrome. *Gut*, 47 Suppl 2 ii1-19.
- Kanazawa, M., Endo, Y., Whitehead, W. E., Kano, M., Hongo, M. & Fukudo, S. (2004). Patients and non-

- consulters with irritable bowel syndrome reporting a parental history of bowel problems have more impaired psychological distress. *Digestive Diseases and Science*, 49 (6), 1046-53.
- Kellow, J. E. & Phillips, S. F. (1987). Altered small bowel motility in irritable bowel syndrome is correlated with symptoms. *Gastroenterology*, 92 (6), 1885-93.
- Lackner, J. M., Lou Coad, M., Mertz, H. R., Wack, D. S., Katz, L. A., Krasner, S. S., Firth, R., Mahl, T. C. & Lockwood, A. H. (2005). Cognitive therapy for irritable bowel syndrome is associated with reduced limbic activity, GI symptoms, and anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 621-38.
- Lackner, J. M., Mesmer, C., Morley, S., Dowzer, C. & Hamilton, S. (2004). Psychological treatments for irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (6), 1100-13.
- Lackner, J. M. & Quigley, B. M. (2005). Pain catastrophizing mediates the relationship between worry and pain suffering in patients with irritable bowel syndrome. *Behavior Research and Therapy*, 43 (7), 943-57.
- Lacy, B. E. & Lee, R. D. (2005). Irritable bowel syndrome: a syndrome in evolution. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 39 (5 Suppl), S230-42.
- Levy, R. L., Whitehead, W. E., Von Korff, M. R. & Feld, A. D. (2000). Intergenerational transmission of gastrointestinal illness behavior. *American Journal of Gastroenterology*, 95 (2), 451-6.
- Longstreth, G.F., Thompson, W.G., Chey, W.D., Houghton, L.A., Mearin, F. & Spiller, R.C. (2006). Functional bowel disorder. *Gastroenterology*, 130, 1480-91.
- Mayer, E. A., Berman, S., Derbyshire, S. W., Suyenobu, B., Chang, L., Fitzgerald, L., Mandelkern, M., Hamm, L., Vogt, B. & Naliboff, B. D. (2002). The effect of the 5-HT<sub>3</sub> receptor antagonist, alosetron, on brain responses to visceral stimulation in irritable bowel syndrome patients. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 16 (7), 1357-66.
- Morgan, V., Pickens, D., Gautam, S., Kessler, R. & Mertz, H. (2005). Amitriptyline reduces rectal pain related activation of the anterior cingulate cortex in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 54 (5), 601-7.
- Nakai, A., Diksic, M., Kumakura, Y., D'Souza, D. & Kersey, K. (2005). The effects of the 5-HT<sub>3</sub> antagonist, alosetron, on brain serotonin synthesis in patients with irritable bowel syndrome. *Neurogastroenterology & Motility*, 17 (2), 212-21.
- Naliboff, B. D., Munakata, J., Fullerton, S., Gracely, R. H., Kodner, A., Harraf, F. & Mayer, E. A. (1997). Evidence for two distinct perceptual alterations in irritable bowel syndrome. *Gut*, 41 (4), 505-12.
- Palsson, O. S., Turner, M. J., Johnson, D. A., Burnelt, C. K. & Whitehead, W. E. (2002). Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: investigation of mechanism and effects on symptoms. *Digestive Diseases and Science*, 47 (11), 2605-14.
- Posserud, I., Agerforz, P., Ekman, R., Bjornsson, E. S., Abrahamsson, H. & Simren, M. (2004). Altered visceral perceptual and neuroendocrine response in patients with irritable bowel syndrome during mental stress. *Gut*, 53 (8), 1102-8.
- Prior, A., Colgan, S. M. & Whorwell, P. J. (1990). Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 31 (8), 896-8.
- Raij, T. T., Numminen, J., Narvanen, S., Hiltunen, J. & Hari, R. (2005). Brain correlates of subjective reality of physically and psychologically induced pain. *Proceedings of the National Academy of Science*, 102 (6), 2147-51.
- Rainville, P., Duncan, G. H., Price, D. D., Carrier, B. & Bushnell, M. C. (1997). Pain affect encoded in human anterior cingulate but not somatosensory cortex. *Science*, 277 (5328), 968-71.
- Ringel, Y., Drossman, D. A., Turkington, T. G., Bradshaw, B., Hawk, T. C., Bangdiwala, S., Coleman, R. E. & Whitehead, W. E. (2003). Regional brain activation in response to rectal distension in patients with irritable bowel syndrome and the effect of a history of abuse. *Digestive Diseases and Science*, 48 (9), 1774-81.

### *Hypnose bei Reizdarmsyndrom*

- Ringel, Y., Whitehead, W. E., Toner, B. B., Diamant, N. E., Hu, Y., Jia, H., Bangdiwala, S. I. & Drossman, D. A. (2004). Sexual and physical abuse are not associated with rectal hypersensitivity in patients with irritable bowel syndrome. *Gut*, 53 (6), 838-42.
- Simren, M., Ringstrom, G., Bjornsson, E. S. & Abrahamsson, H. (2004). Treatment with hypnotherapy reduces the sensory and motor component of the gastrocolonic response in irritable bowel syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 66 (2), 233-8.
- Tan, G., Hammond, D. C. & Joseph, G. (2005). Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of efficacy and mechanism of action. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47 (3), 161-78.
- Vidakovic-Vukic, M. (1999). Hypnotherapy in the treatment of irritable bowel syndrome: methods and results in Amsterdam. *Scandinavian Journal of Gastroenterology Supplement*, 230 49-51.
- Vogelsang, H. (2007). Diarrhoen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 2 (3), 141-53.
- Whitehead, W. E. (2006). Hypnosis for irritable bowel syndrome: the empirical evidence of therapeutic effects. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 54 (1), 7-20.
- Whorwell, P. J., Houghton, L. A., Taylor, E. E. & Maxton, D. G. (1992). Physiological effects of emotion: assessment via hypnosis. *The Lancet*, 340 (8811), 69-72.
- Whorwell, P. J., Prior, A. & Colgan, S. M. (1987). Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome: further experience. *Gut*, 28 (4), 423-5.
- Whorwell, P. J., Prior, A. & Faragher, E. B. (1984). Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable-bowel syndrome. *The Lancet*, 2 (8414), 1232-4.
- Wilson, S., Maddison, T., Roberts, L., Greenfield, S. & Singh, S. (2006). Systematic review: the effectiveness of hypnotherapy in the management of irritable bowel syndrome. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24 (5), 769-80.

Dr. med. Jochen Hefner  
Universitätsklinik Tübingen  
Medizinische Klinik und Poliklinik, Abteilung Innere Medizin VI  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Osianderstr. 5, 72076 Tübingen  
jochen.hefner@med.uni-tuebingen.de

Professor Dr. med. Herbert Csef  
Universitätsklinik Würzburg  
Medizinische Klinik und Poliklinik II, (Direktor Professor Dr. H. Einsele)  
Arbeitsbereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikstr. 6-8, 97070 Würzburg  
csef\_h@medizin.uni-wuerzburg.de

erhalten: 7.7.06

revidierte Version akzeptiert: 2.3.08