

Psychosomatik und Darm / Gastroenterologie

Einführung

Rheinfelder Tage – 30. Oktober 2015

Livio Rossi, Basel

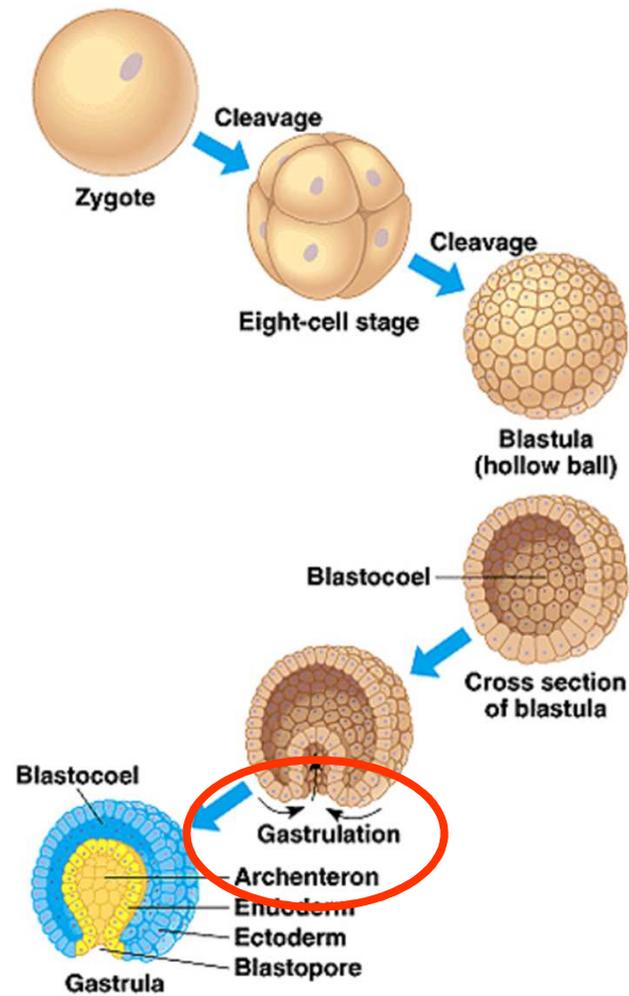
Übersicht

- 1) Struktur des Darms**
- 2) Psychosomatische Aspekte**
- 3) Gastroenterologie & Patienten**
- 4) Kommunikation**

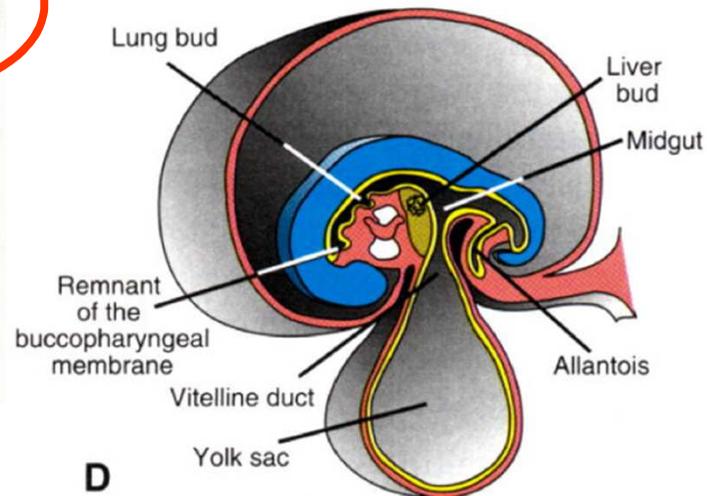
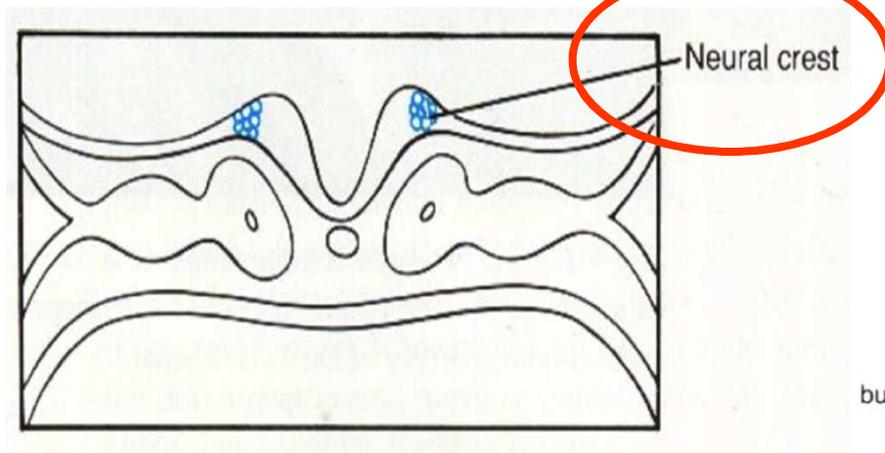
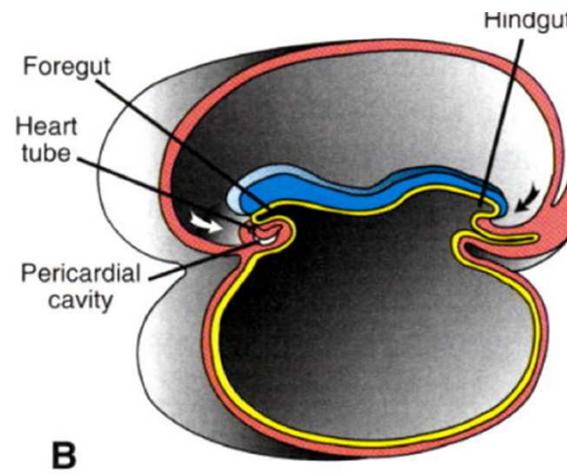
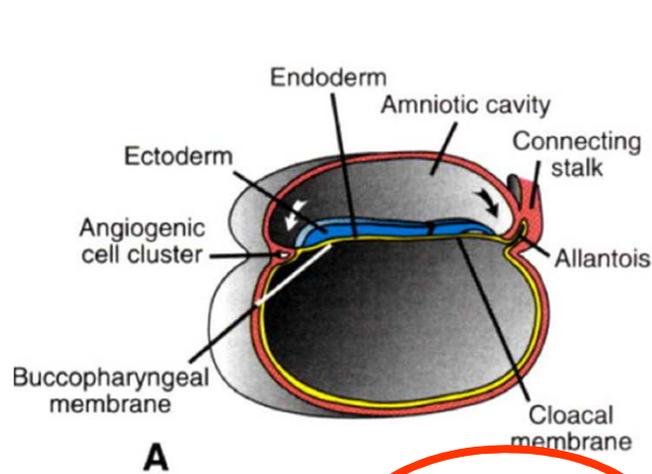
Somatische Struktur



Entwicklung: Gastrulation



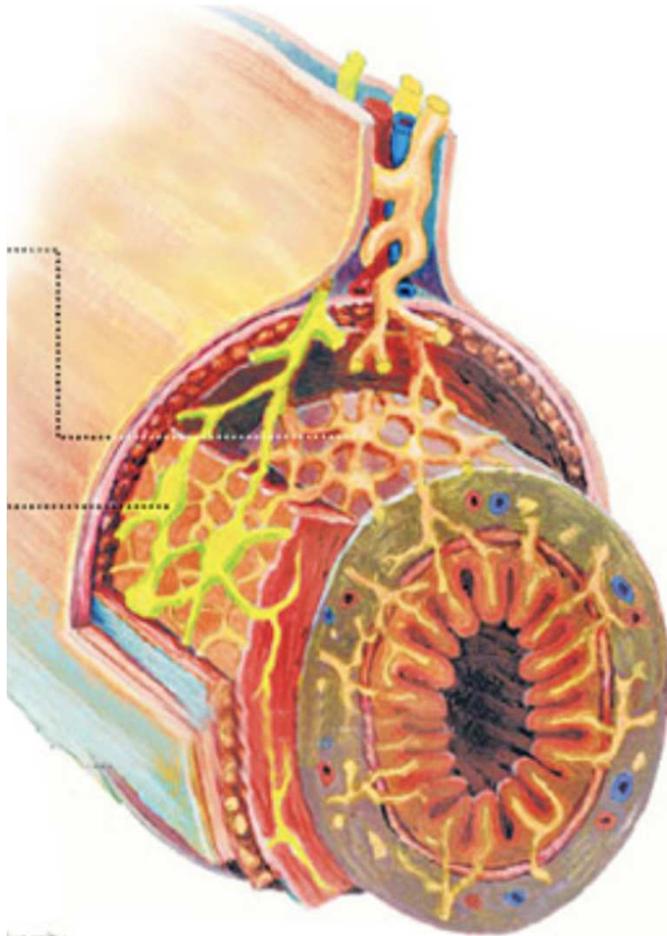
Entwicklung: Ekto-, Meso-, Entoderm



Studyblue.com

Biology.stackexchange.com

Enteriales Nervensystem (ENS)

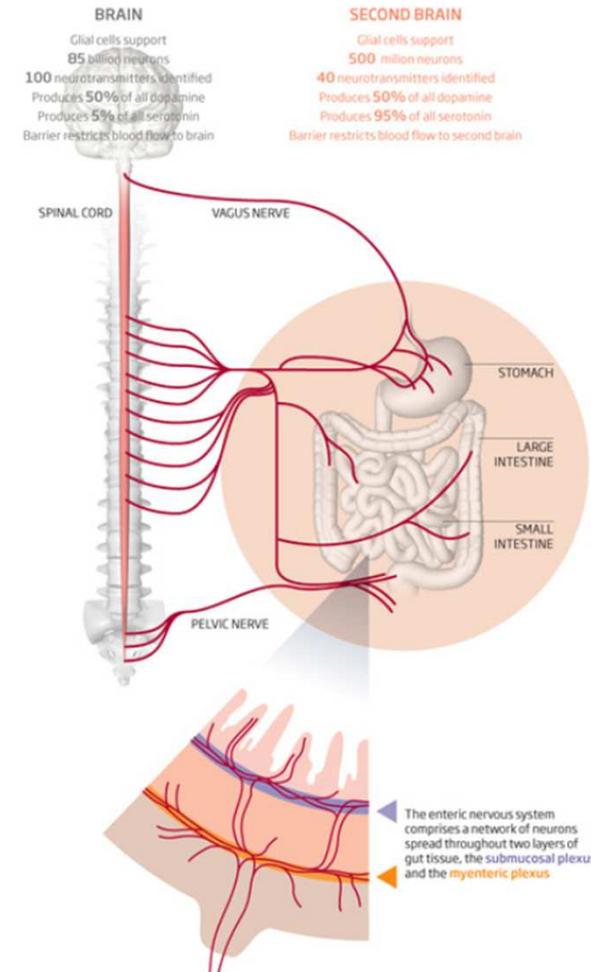


Quelle: MD Gershon

Two brains in one body

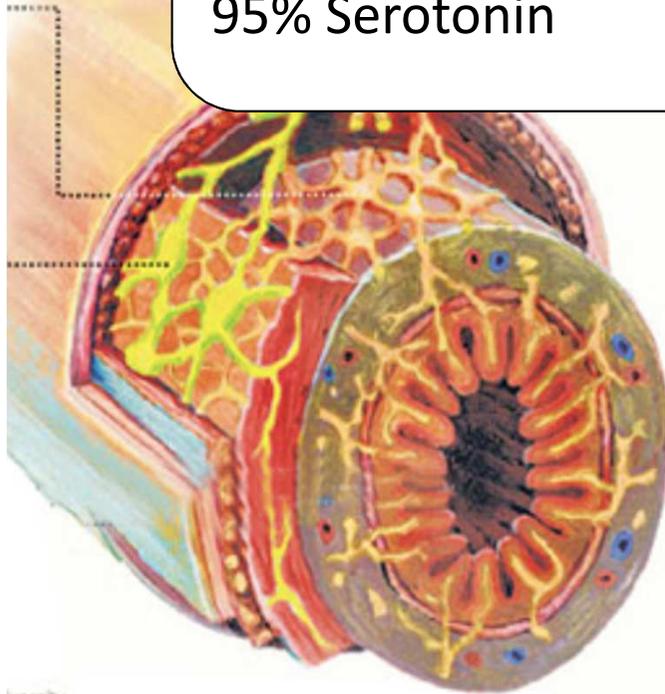
©NewScientist

The enteric nervous system in the gut, or "second brain", shares many features with the brain in your head. It can act autonomously and even influences behaviour by sending messages up the vagus nerve to the brain.



Enteriales Nervensystem (ENS)

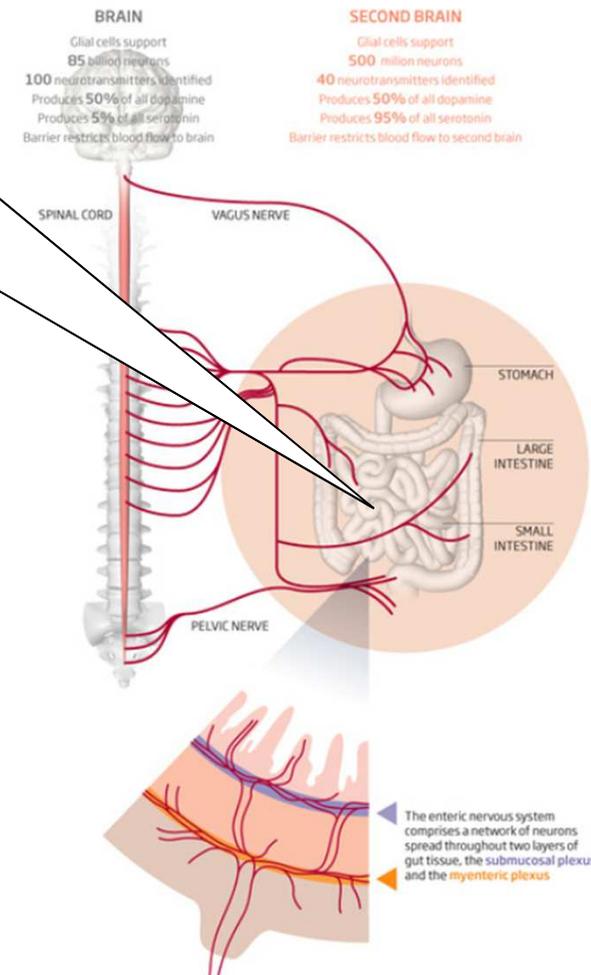
500 Mio Neurone
> 40 Neurotransmitter
produziert 50% Dopamin
95% Serotonin



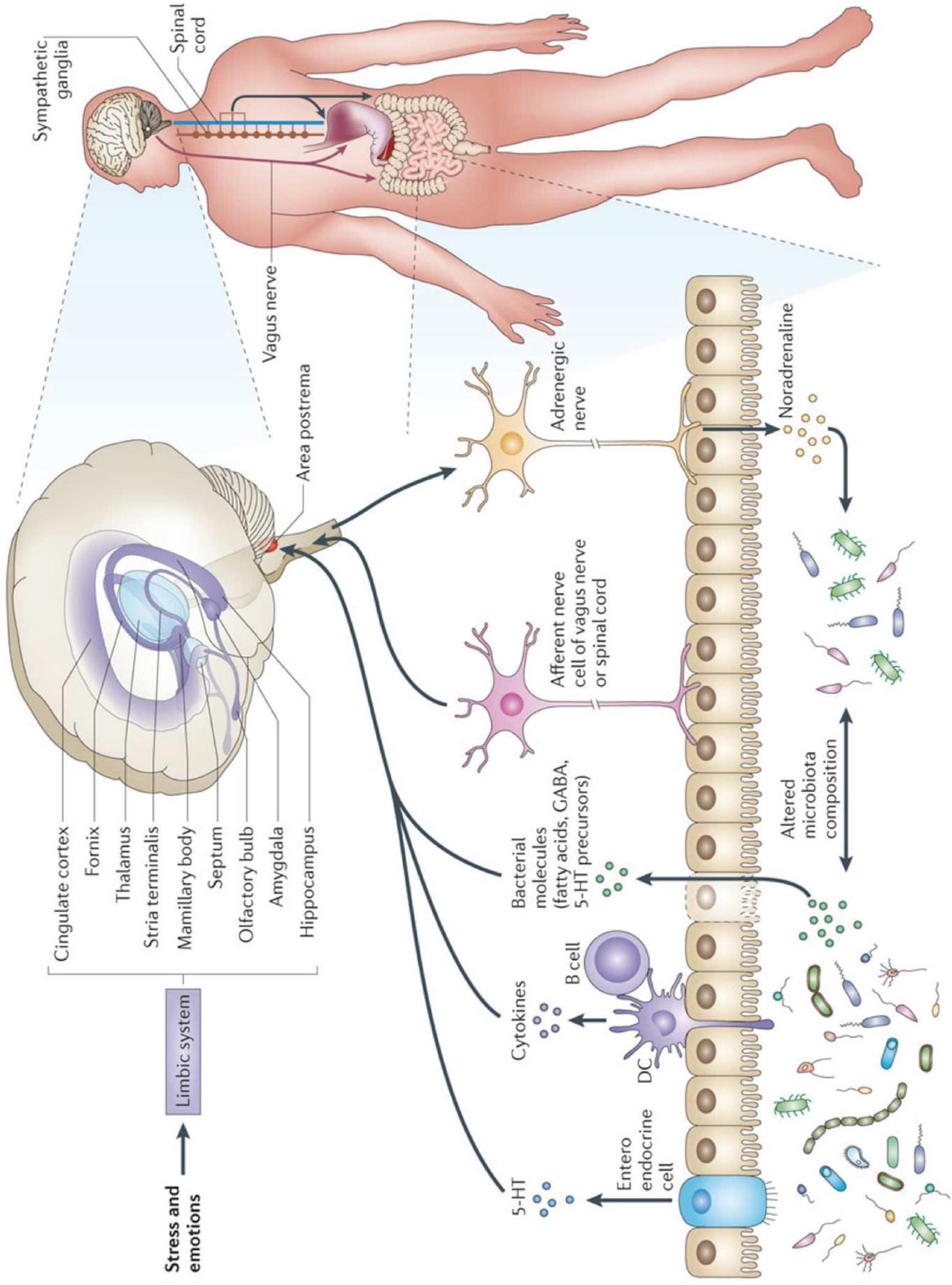
Two brains in one body

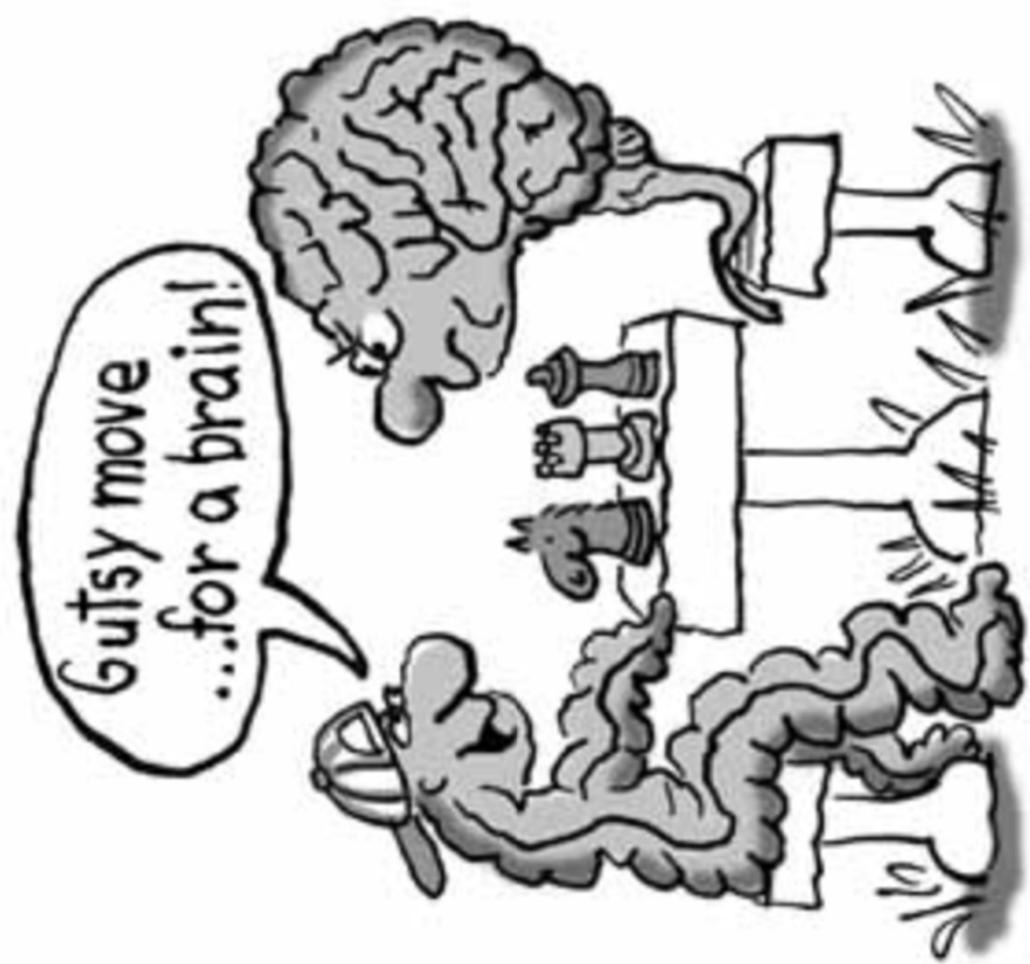
©NewScientist

The enteric nervous system in the gut, or "second brain", shares many features with the brain in your head. It can act autonomously and even influences behaviour by sending messages up the vagus nerve to the brain.



Quelle: MD Gershon





Psychosomatik ist das medizinische Fachgebiet, das sich in Forschung und Therapie mit den **Zusammenhängen (Beziehungen)** zwischen **psychischen** und **körperlichen Vorgängen** befasst.

Paul Enck / Universitätsklinik Tübingen

„Der Körper ist der Übersetzer der
Seele ins Sichtbare“

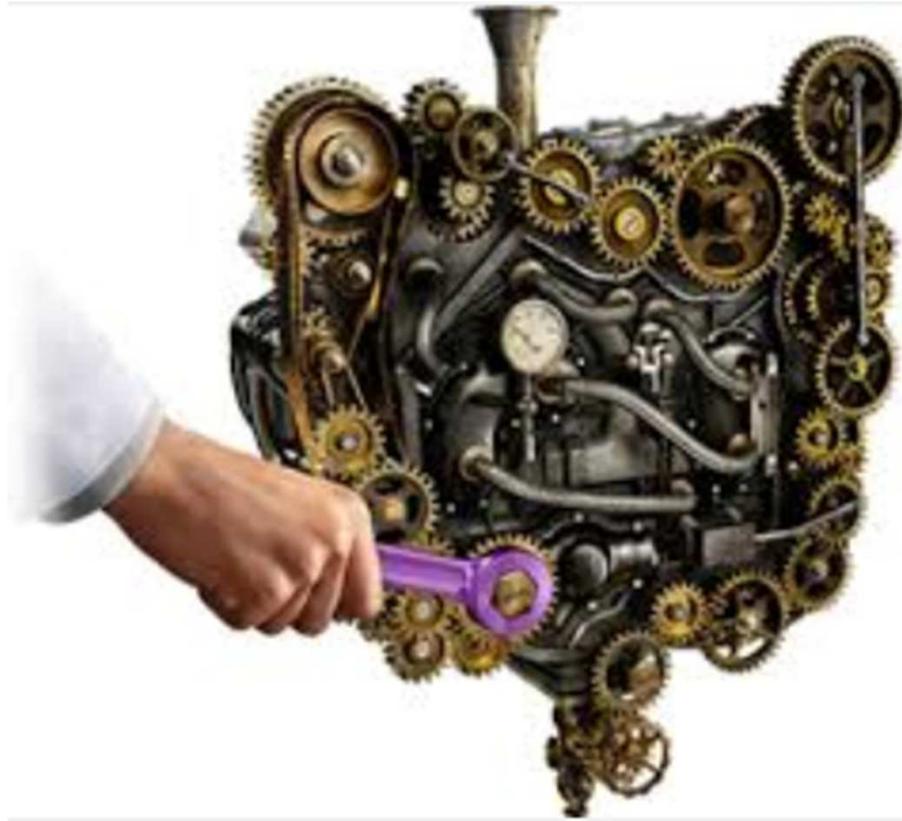
Christian Morgenstern

Modelle

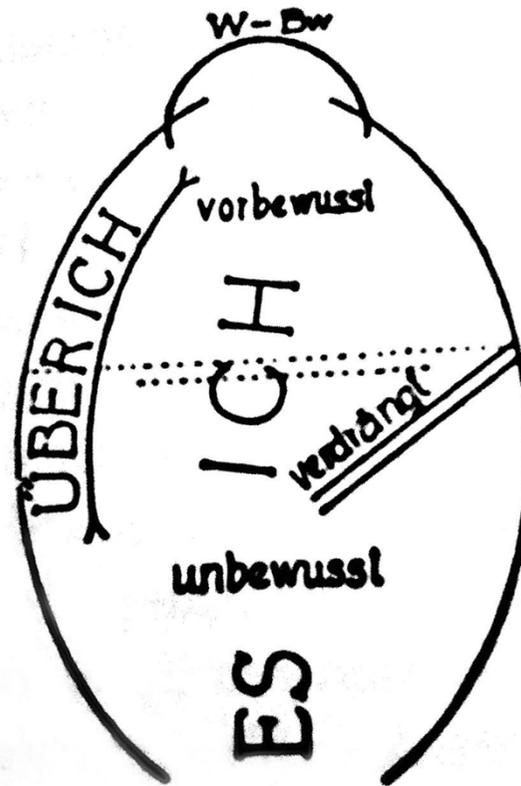
19. Jahrhundert

- Modell der Maschine: **bio-mechanisches**
Konzept, Ursache und Wirkung, Kausalität

Modell der Maschine



Modell des „psychischen Apparats“



Sigmund Freud, 1923

Modelle

19. Jahrhundert

- Modell der Maschine: **bio-mechanisches** Konzept, Ursache und Wirkung, Kausalität
- Modell des „**psychischen Apparats**“ (Freud)

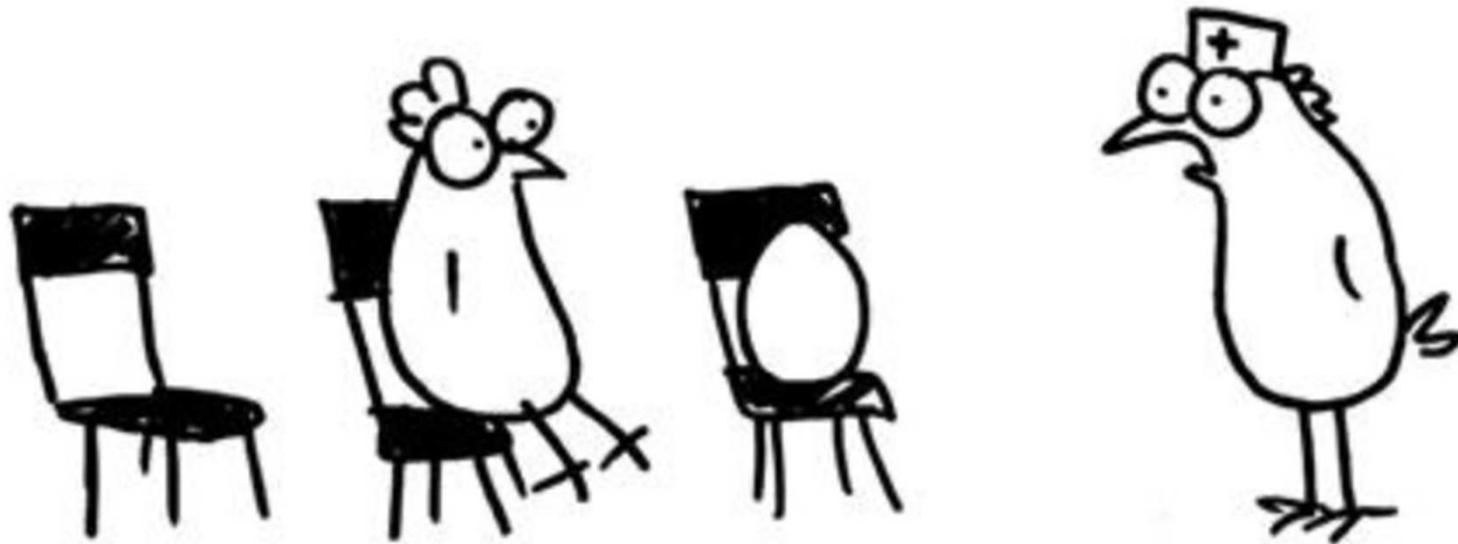
➔ **Dualistische Medizin**

Die ständig wiederkehrende Frage in
unseren Sprechstunden:

*„...ob und wieweit Symptome eines Kranken
oder der Verlauf einer Krankheit durch
physische, psychische oder soziale
Determinanten oder durch eine Kombination aus
allen bedingt sind...“*

Th von Uexküll, W Wesiak

SO - UND WER WAR JETZT ZUERST DA?



Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiak:

„Eine Medizin, die den **psycho-physischen Dualismus überwinden will**, muss von einer Biologie ausgehen, die den physikalistischen Körperbegriff des Maschinenmodells überwunden hat.“

Bio-mechanisches Modell: Ursache und Wirkung
 \triangleq für den Beobachter offenes System

Th von Uexküll, W Wesiak

Bio-psycho-soziales Modell

≙ für Beobachter **geschlossenes** - lebendes, sich veränderndes - **System**

Zeichen-Prozesse

Zeichentheorie von CS Peirce

Zeichen-Prozesse:

Vorgänge, die eine Verbindung (Beziehung) herstellen zwischen einem „Zeichen“ und der bezeichneten Sache, z.B. im Sinne einer **Interpretation**

Zeichentheorie von CS Peirce

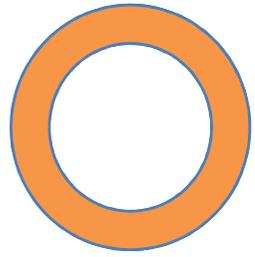
Phänomenologie (Erleben)

„Erstheit“:

das Sein in sich selbst, z.B. ein Wohlgeruch
(Präsentation, Zeichen an sich;
Empfindungsqualität)

„Erstheit“





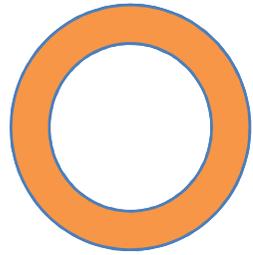
P

Zeichentheorie von CS Peirce

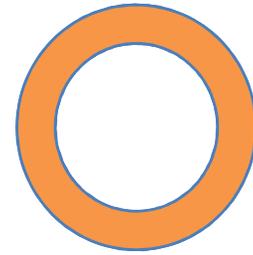
„Erstheit“

„Zweitheit“:

das Sein in Bezug auf ein Anderes, z.B. Rauch als Zeichen für Feuer (Repräsentation)



P



A

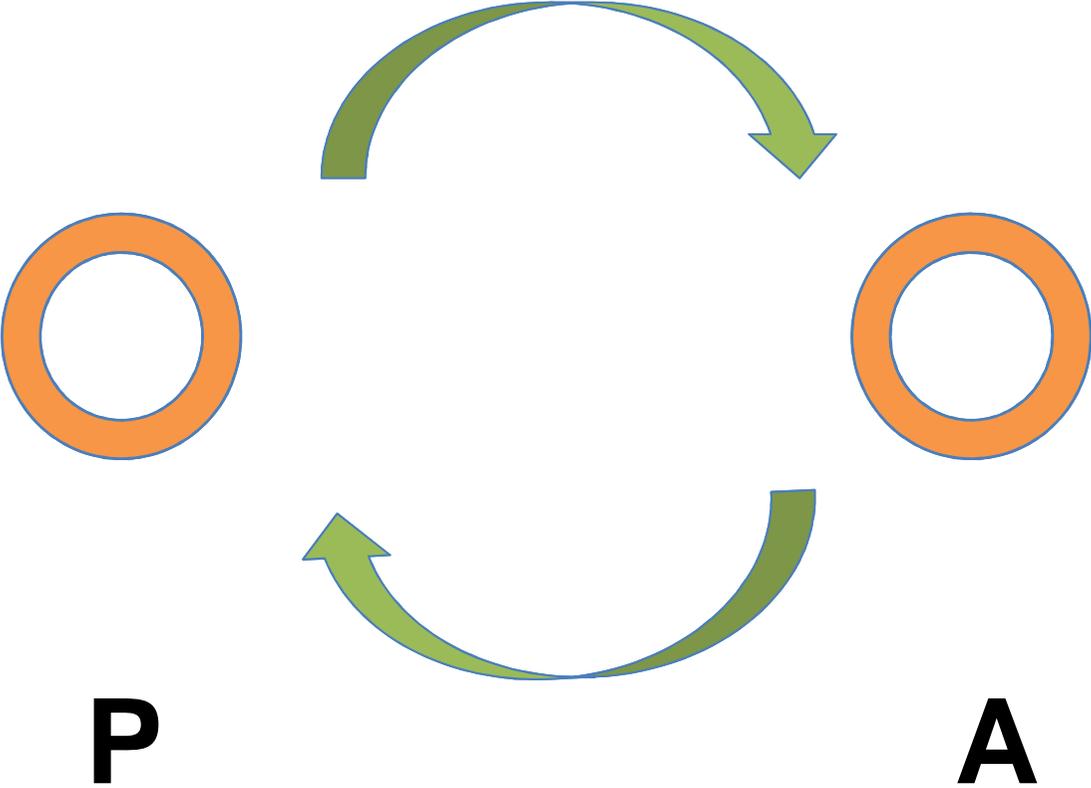
Zeichentheorie von CS Peirce

„Erstheit“

„Zweitheit“

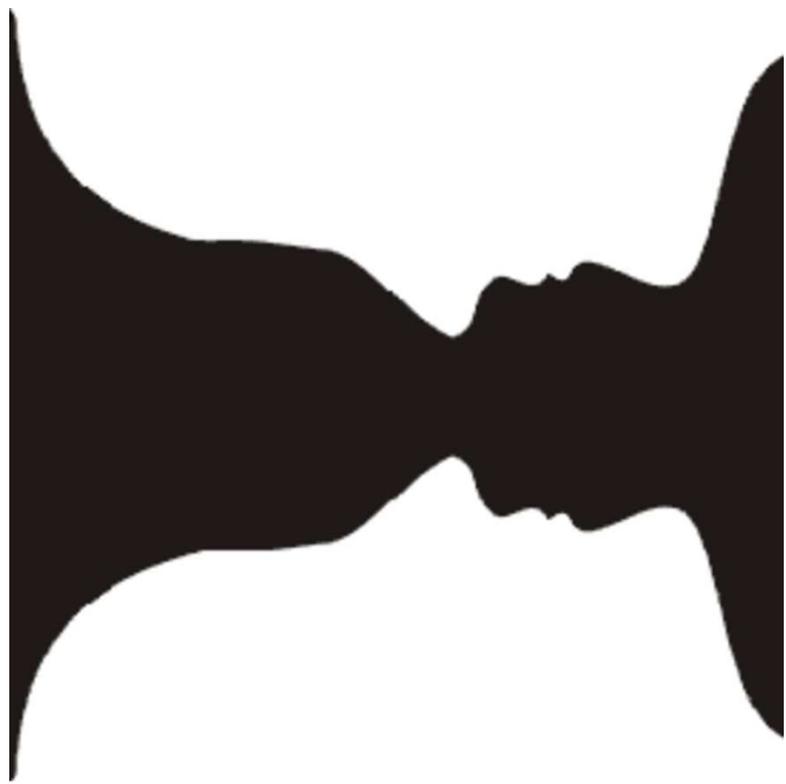
„Dritttheit“:

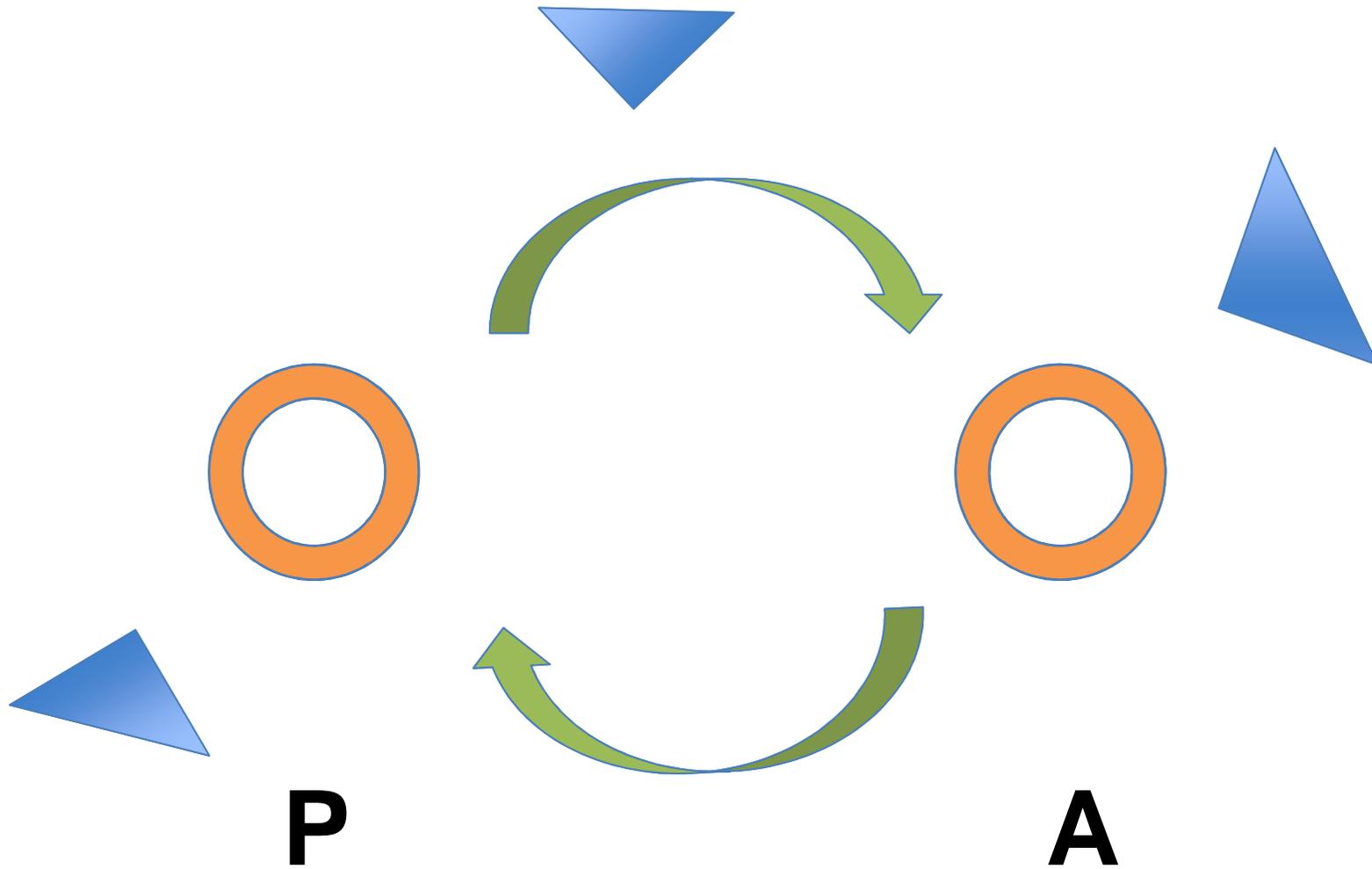
die Beziehung zwischen einem Ersten und einem Zweiten (**Interpretation**, **Bedeutung**; Symbole, Sprache)



Balint (zum Thema Sprache):

„... **Aura der Assoziationen**, von der jedes Wort
umgeben ist...“





Bio-psycho-soziales Modell

Gesundheit \neq Zustand, sondern **Prozess**
(Salutogenese)

Bio-psycho-soziales Modell

Gesundheit \neq Zustand, sondern Prozess
(Salutogenese)

„Menschen sind auf **individuelle Wirklichkeiten**
angewiesen, die sie mit ihrer **Sprache**
konstruieren und in **gemeinsame Wirklichkeiten**
integrieren.“

Th von Uexküll, W Wesiak

Bio-psycho-soziales Modell

Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiak:

„Eine **sprechende** Medizin, die **gemeinsame Wirklichkeiten** zwischen Ärzten und Patienten zu konstruieren weiss.“

Gastroenterologie & Psychosomatik

Alles in psychosomatischem Kontext

Gastroenterologie & Psychosomatik

Alles in psychosomatischem Kontext

Reizdarmsyndrom (RDS)/Irritable Bowel Syndrome (**IBS**) und andere sog. funktionelle Störungen des Magendarmtrakts

Gastroenterologie & Psychosomatik

Alles in psychosomatischem Kontext

Reizdarmsyndrom (RDS)/Irritable Bowel
Syndrome (IBS) und
andere sog. funktionelle Störungen des
Magendarmtrakts

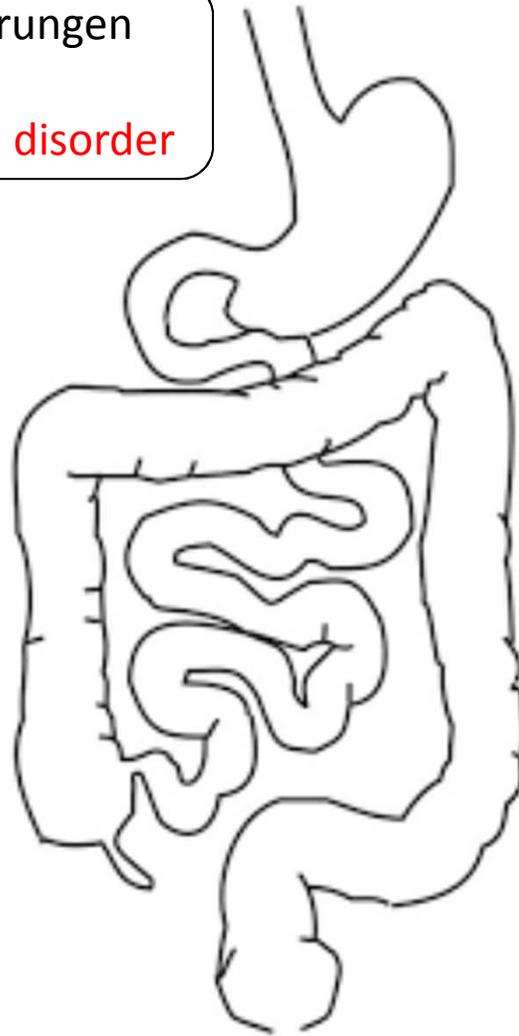
Magen- und Duodenalulkus

Morbus Crohn, Colitis ulcerosa

Funktionelle Störungen des Magendarmtrakts (Rom III)

Somatoforme Störungen

Somatic symptom disorder



DA Drossman, Gastroenterology 2006

Table 1. Rome III Functional Gastrointestinal Disorders

- A. Functional esophageal disorders
 - A1. Functional heartburn
 - A2. Functional chest pain of presumed esophageal origin
 - A3. Functional dysphagia
 - A4. Globus
- B. Functional gastroduodenal disorders
 - B1. Functional dyspepsia
 - B1a. Postprandial distress syndrome
 - B1b. Epigastric pain syndrome
 - B2. Belching disorders
 - B2a. Aerophagia
 - B2b. Unspecified excessive belching
 - B3. Nausea and vomiting disorders
 - B3a. Chronic idiopathic nausea
 - B3b. Functional vomiting
 - B3c. Cyclic vomiting syndrome
 - B4. Rumination syndrome in adults
- C. Functional bowel disorders
 - C1. Irritable bowel syndrome
 - C2. Functional bloating
 - C3. Functional constipation
 - C4. Functional diarrhea
 - C5. Unspecified functional bowel disorder
- D. Functional abdominal pain syndrome
- E. Functional gallbladder and Sphincter of Oddi (SO) disorders
 - E1. Functional gallbladder disorder
 - E2. Functional biliary SO disorder
 - E3. Functional pancreatic SO disorder
- F. Functional anorectal disorders
 - F1. Functional fecal incontinence
 - F2. Functional anorectal pain
 - F2a. Chronic proctalgia
 - F2a1. Levator ani syndrome
 - F2a2. Unspecified functional anorectal pain
 - F2b. Proctalgia fugax
 - F3. Functional defecation disorders
 - F3a. Dyssynergic defecation
 - F3b. Inadequate defecatory propulsion

Box 1. Pathophysiology of Irritable Bowel Syndrome (IBS)

Environmental Contributors to IBS Symptoms

Early life stressors (abuse, psychosocial stressors)

Food intolerance

Antibiotics

Enteric infection

Host Factors Contributing to IBS Symptoms

Altered pain perception

Altered brain-gut interaction

Dysbiosis

Increased intestinal permeability

Increased gut mucosal immune activation

Visceral hypersensitivity

Irritable Bowel Syndrome A Clinical Review

William D. Chey, MD; Jacob Kurlander, MD; Shanti Eswaran, MD

JAMA. 2015;313(9):949-958. doi:10.1001/jama.2015.0954

IBS

Wiederholte abdominelle Beschwerden oder
Schmerzen

≥ 3 Tage pro Monat

≥ 3 der letzten 6 Monate

IBS

Wiederholte abdominale Beschwerden oder Schmerzen

≥ 3 Tage pro Monat

≥ 3 der letzten 6 Monate

und zwei oder mehr folgender Merkmale:

- Besserung mit Stuhlgang
- Änderung der Stuhlfrequenz
- Änderung der Stuhlkonsistenz

IBS

Subtypen

- mit Obstipation (IBS-C)
- mit Diarrhoe (IBS-D)
- abwechselnd (mixed, IBS-M)
- nicht subtypisierbar (IBS-U)

Longstreth et al, 2006

IBS

Subtypen

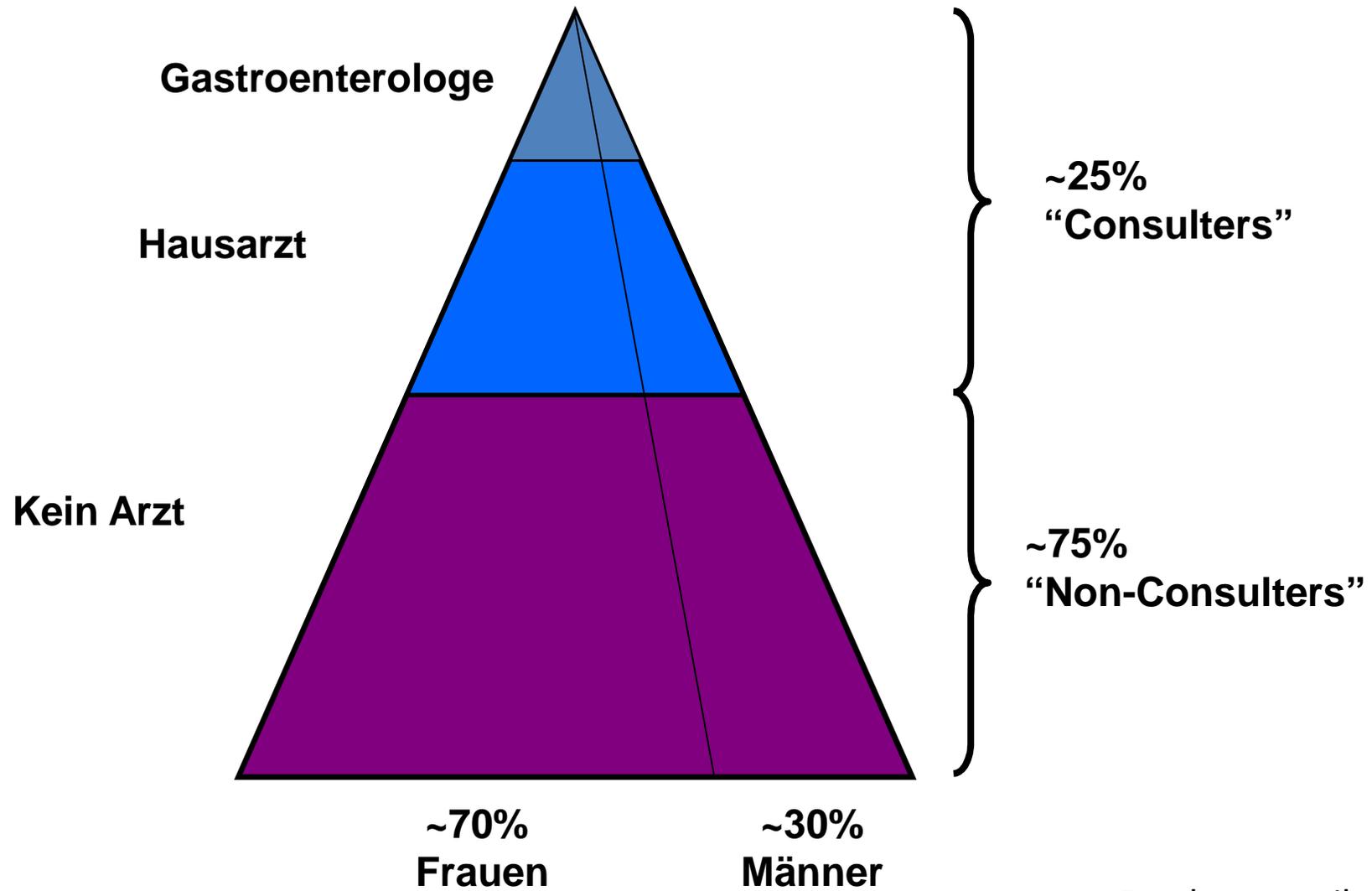
- mit Obstipation (IBS-C)
- mit Diarrhoe (IBS-D)
- abwechselnd (mixed, IBS-M)
- nicht subtypisierbar (IBS-U)

Longstreth et al, 2006

Praxis: Abdominelle Beschwerden assoziiert mit Stuhlveränderungen.

Ford et al, ACG, 2014

IBS: wer?



IBS - Diagnose

1. Diagnose durch geschilderte Symptomatik
 2. Fehlen einer anderen Erklärung (Krankheit, Medikamenten-NW)
-
1. Minimal notwendige Untersuchungen

IBS - Alarmzeichen

Beginn Symptome > 50 J

Ausgeprägte oder zunehmende Symptome

Unerklärter Gewichtsverlust

Nächtliche Durchfälle

Positive FA für Magendarmkrankheiten inkl.

Kolonkarzinom, Zöliakie, Morbus Crohn/Colitis ulcerosa

Unerklärte Eisenmangelanämie

Rektale Blutungen

nach WD Chey, JAMA, 2015

Patientin, 54 J

Erstkonsultation

„Abdominelle Beschwerden assoziiert mit Stuhlveränderungen“

letzte Monate eher etwas zunehmend

Keine Alarmzeichen

Klinische Untersuchung unauffällig

Patientin, 54 J

Besprechung; Reizdarmbeschwerden?

Termin für Koloskopie

versuchsweise Therapie mit Iberogast®

Blutuntersuchung unauffällig

Calprotectin im Stuhl: 58 (< 50 mg/kg)

Patientin, 54 J

Besprechung; Reizdarmbeschwerden?

Termin für Koloskopie

versuchsweise Therapie mit Iberogast®

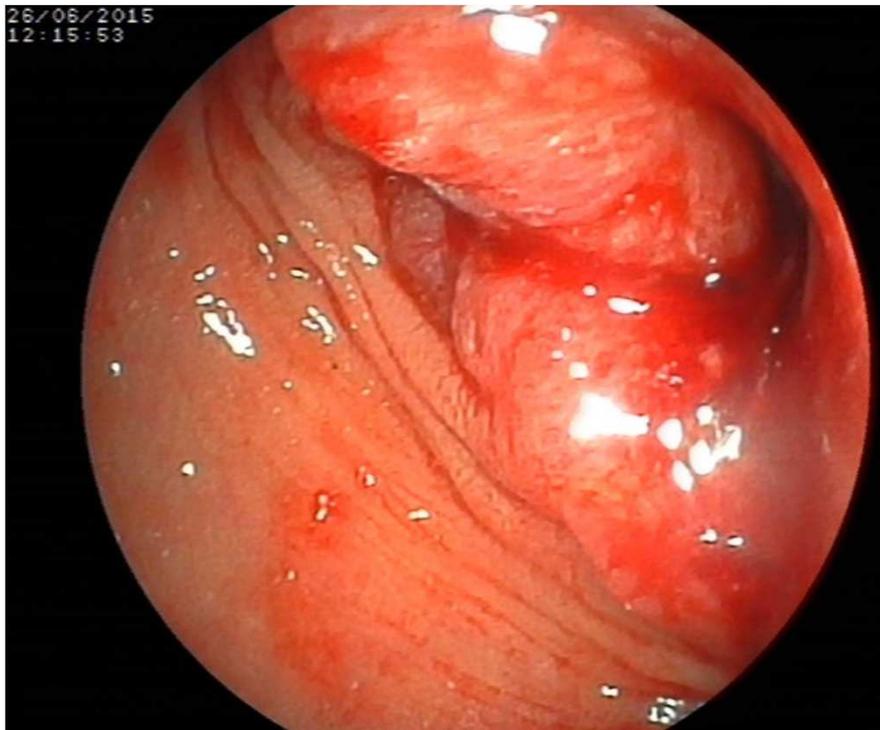
Blutuntersuchung unauffällig

Calprotectin im Stuhl: 58 (< 50 mg/kg)

neu: Blut im Stuhl - Koloskopie vorgezogen

Patientin, 54 J

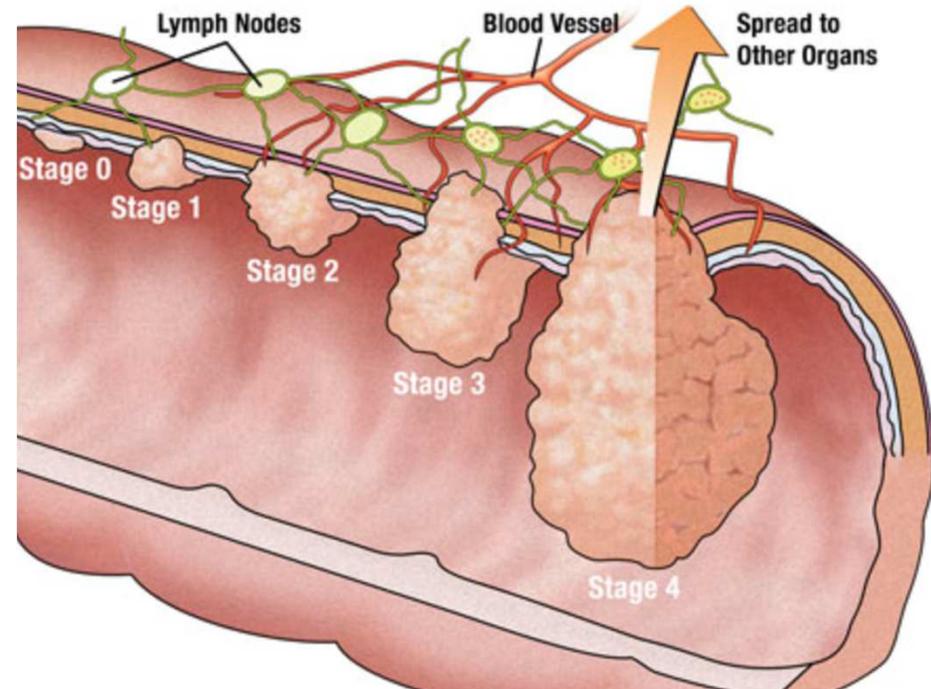
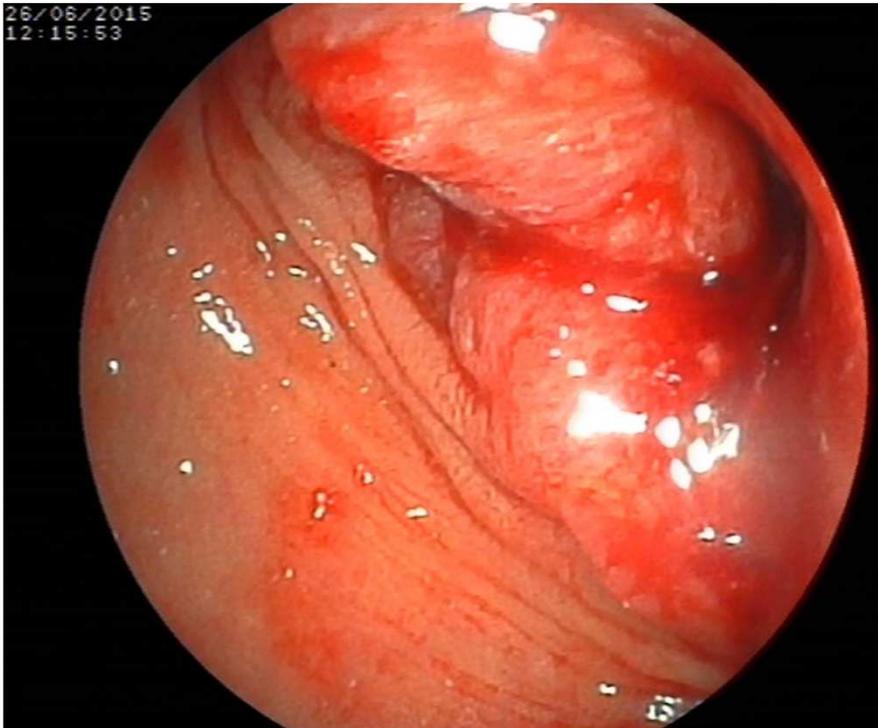
Koloskopie: stenosierender Sigmatumor



Patientin, 54 J

stenosierendes Sigmakarzinom

pT3 pN2a (5/20) R0 G2

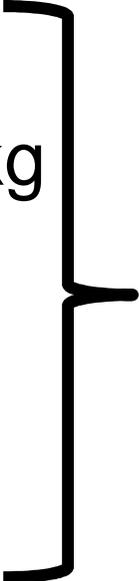


Calprotectin

- Protein der neutrophilen Granulozyten
- Bestimmung im Stuhl
- Korreliert gut mit der neutrophilen Mukosainfiltration resp. Entzündung
- Cut off: 50 mg/kg
- Hilft mit bei Abgrenzung einer chronischen organischen gastrointestinalen Erkrankung (z.B. IBD Crohn/CU) von IBS

Koloskopie bei IBS? - Calprotectin

- Rom Kriterien für IBS
- Calprotectin < 50 mg/kg
- Keine Alarmzeichen
- Patient < 40 J
- negative FA
- normales Labor



Koloskopie: unnötig,
nicht zwingend

Koloskopie bei IBS? - Calprotectin

- Rom Kriterien für IBS
- Calprotectin < 50 mg/kg
- Keine Alarmzeichen
- Patient < 40 J
- negative FA
- normales Labor

Koloskopie: unnötig,
nicht zwingend

Fazit:

- **Alter \geq 50 J: Koloskopie** diskutieren/durchführen.

Koloskopie bei IBS? - Calprotectin

- Rom Kriterien für IBS
- Calprotectin < 50 mg/kg
- Keine Alarmzeichen
- Patient < 40 J
- negative FA
- normales Labor

Koloskopie: unnötig,
nicht zwingend

Fazit:

- **Alter \geq 50 J: Koloskopie** diskutieren/durchführen.

Screening-Koloskopie mit 50 J
bei Gesunden

IBS - postinfektiös

- 25% der Patienten haben eine Enterokolitis (z.B. *Campylobacter jejuni*) vor Beginn des IBS
- Psychologische Faktoren: häufiger Angst, Depression, Somatisation

IBS - postinfektiös

- 25% der Patienten haben eine Enterokolitis (z.B. *Campylobacter jejuni*) vor Beginn des IBS
- Psychologische Faktoren: häufiger Angst, Depression, Somatisation
- Signifikant erhöhte Zahl von Entzündungszellen in der rektalen Mukosa

Low grade inflammation?

IBS - postinfektiös

- 25% der Patienten haben eine Enterokolitis (z.B. *Campylobacter jejuni*) vor Beginn des IBS
- Psychologische Faktoren: häufiger Angst, Depression, Somatisation
- Signifikant erhöhte Zahl von Entzündungszellen in der rektalen Mukosa

Low grade inflammation?

Immunologische Mediatoren beeinflussen neuromuskuläre Funktionen des Darms

Patient/Patientin, ca. 16 bis 26 J

- Reise nach Asien, Afrika, S-Amerika:

IBS

Patient/Patientin, ca. 16 bis 26 J

- Reise nach Asien, Afrika, S-Amerika:
IBS
- Globalisierung, Weltreisende, Flüchtlinge

Patient/Patientin, ca. 16 bis 26 J

- Reise nach Asien, Afrika, S-Amerika:
IBS
- Globalisierung, Weltreisende, Flüchtlinge
- 86% der Reise-Rückkehrer aus Indien
kolonialisieren mit ESBL! (extended-spectrum
 β -lactamase-producing Escherichia coli)
- Risikofaktor: u.a. Eiscrème, Gebäck

Patient, 43 J

- Untersuchungen unauffällig, diverse medikamentöse Therapien erfolglos
- will keine ‚psychosomatisch orientierte‘ Therapie
- **Muskuläres Problem?**
- Physiotherapie: Triggerpunkt-Therapie
- langfristiger Erfolg?

Patientin, 32 J

- Untersuchungen unauffällig, diverse medikamentöse Therapien erfolglos
- will keine ‚psychosomatisch orientierte‘ Therapie

Patientin, 32 J

Email:

„Nach langer Leidenszeit möchte ich Ihnen gerne mitteilen, dass ich eine Lösung für meine Beschwerden gefunden habe...“

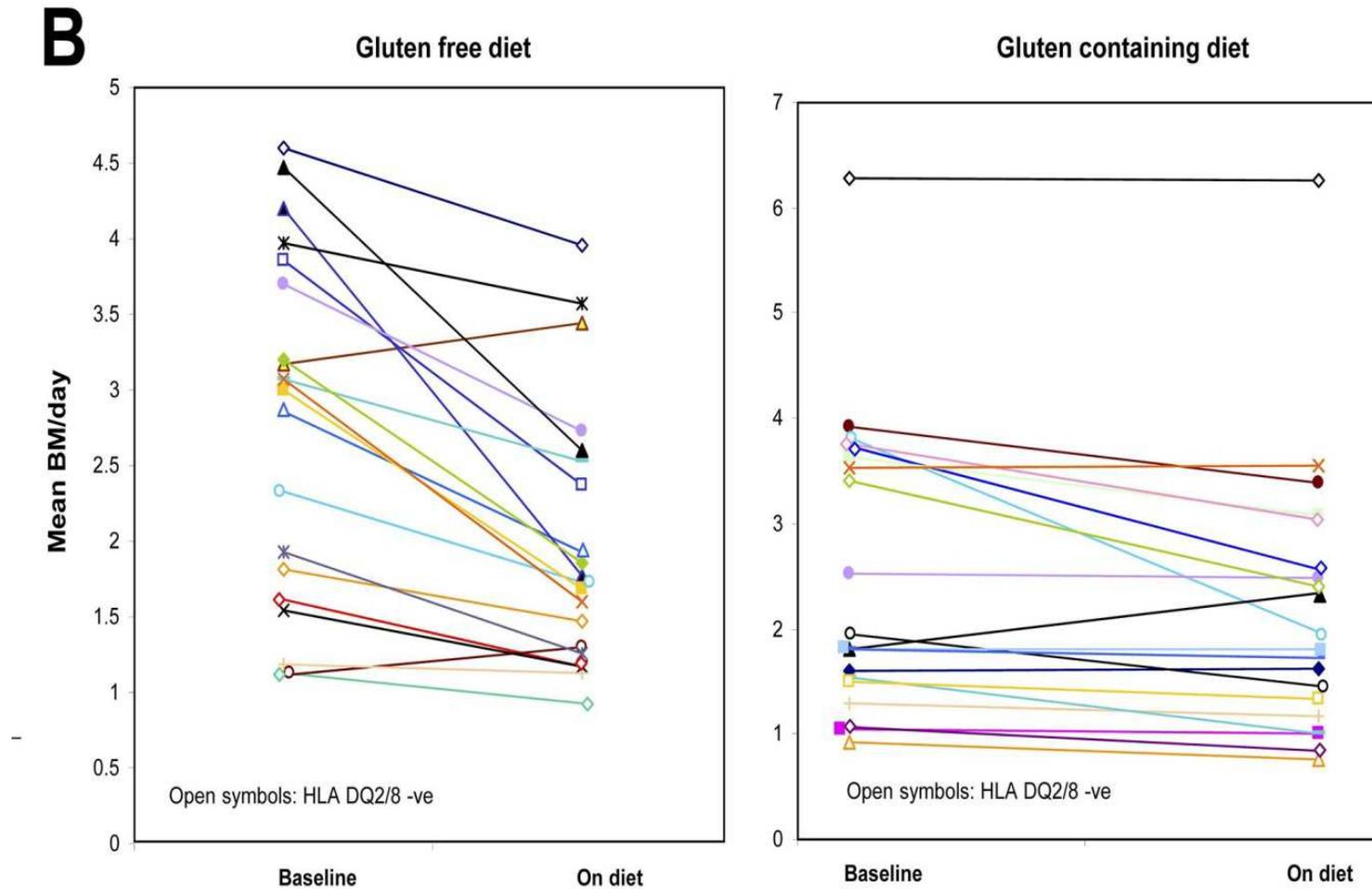
Patientin, 32 J

„Es handelt sich, trotz negativer Befunde, um eine **Gluten-Unverträglichkeit** (keine Zöliakie), die zu meinen jahrelangen Bauchschmerzen inkl. Begleitsymptomen geführt hat...“

Patientin, 32 J

„Dies habe ich in den letzten 4 Wochen durch eine komplette Ernährungsumstellung mit striktem Gluten-Verzicht herausgefunden.“

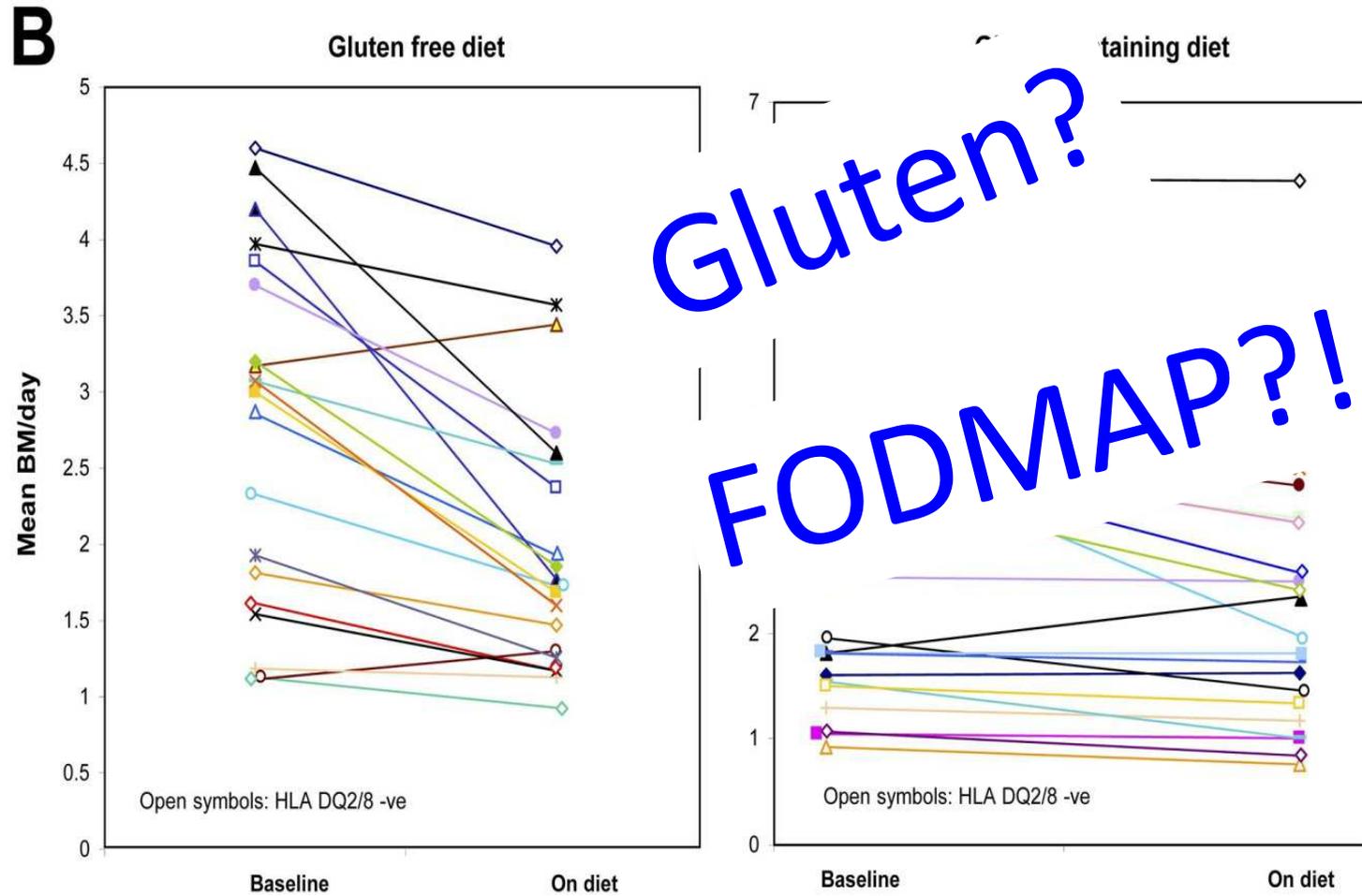
IBS und Gluten



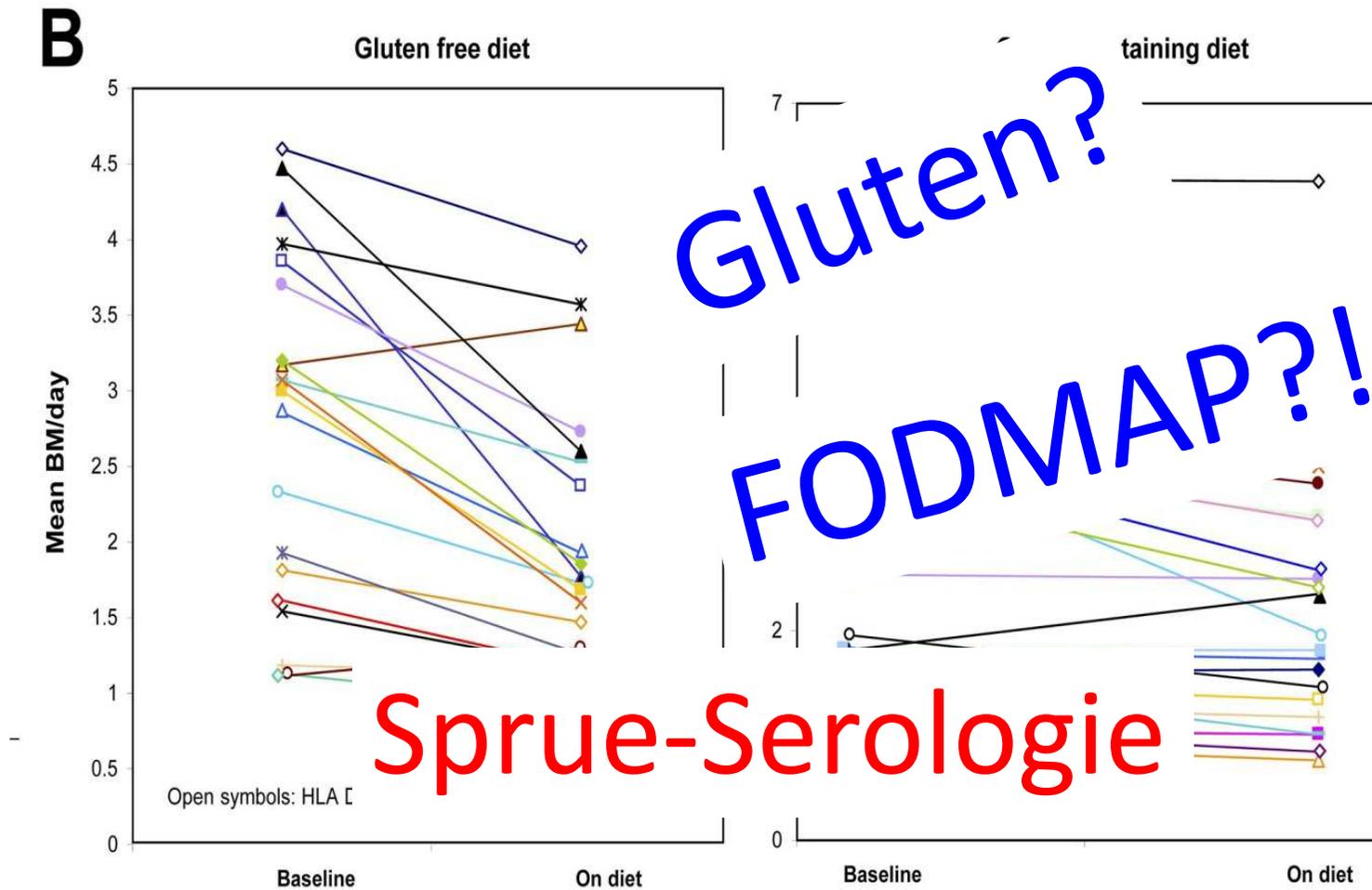
IBS und Gluten

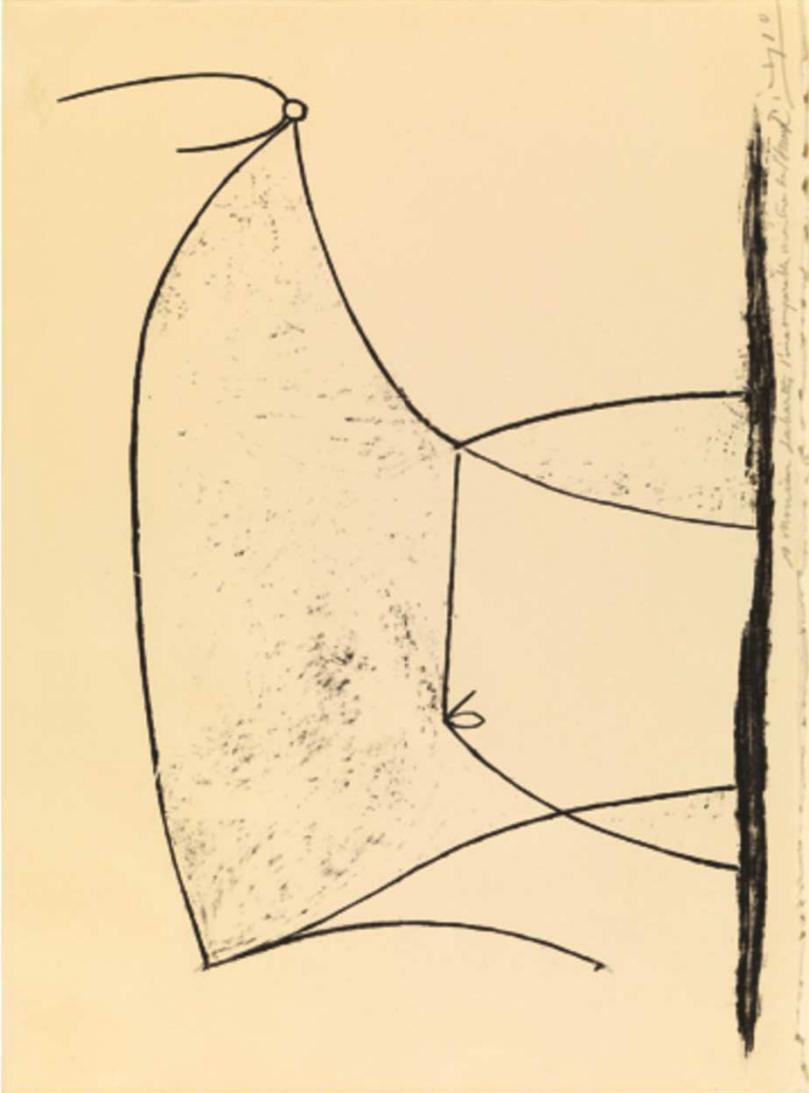


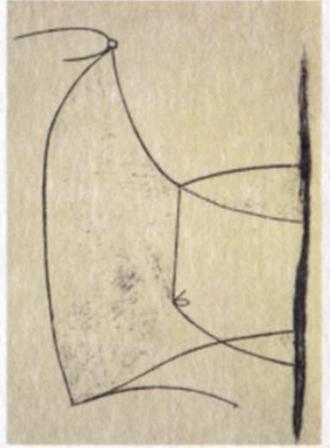
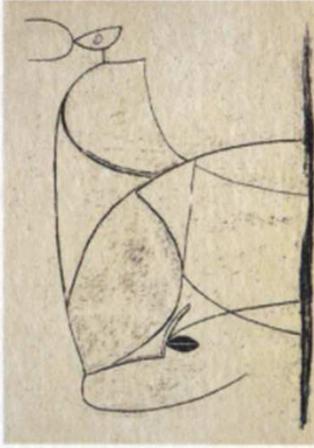
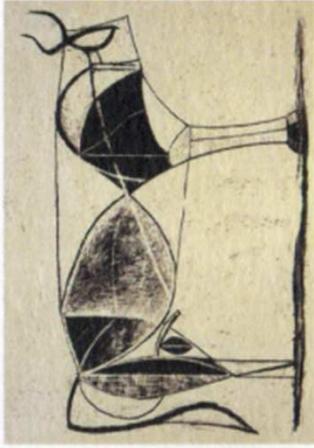
IBS und Gluten



IBS und Gluten







Patientin, 29 J

- Krampfartige Bauchschmerzen i.S. IBS
- Untersuchungen unauffällig, medikamentöse Therapien wenig erfolgreich
- Schwierige Kindheitssituation, Eltern Alkoholiker, früher Tod der Mutter, Missbrauch (?)
- Psychotherapie
- Wünscht **begleitende Gespräche** mit Gastroenterologen

Kommunikation

Aufgaben des ärztlichen Gesprächs, z.B.

- Information
- Beziehung
- Beeinflussung

Kommunikation

Aufgaben des ärztlichen Gesprächs

- Information
- Beziehung
- Beeinflussung

Bewusster Einsatz diverser Techniken

z.B. **Arzt-zentriert** versus **Patienten-zentriert**

„Kommunikation im medizinischen Alltag - Ein Leitfaden für die Praxis“



Herausgeber: Schweiz. Akademie der Medizinischen Wissenschaften

1. GRUNDLAGEN DER KOMMUNIKATION

- 1.1. Theorien und Modelle
- 1.2. Ziele der Kommunikation
- 1.3. Wahrnehmung und Gestaltung der kommunikativen Situation
- 1.4. Non- und paraverbale Kommunikation
- 1.5. Dokumentation des Gesprächs

2. GESPRÄCHSTECHNIKEN

- 2.1. Festlegen von Zeitgrenzen und Themen
- 2.2. WWSZ-Techniken
- 2.3. Umgang mit Emotionen – das NURSE-Modell
- 2.4. Vermitteln von Informationen
- 2.5. Umgang mit divergierenden Konzepten
- 2.6. Entscheidungsfindung

3. HERANFUHREN AN SPEZIFISCHE GESPRÄCHSSITUATIONEN

- 3.1. Erstgespräch
- 3.2. Anamneseerhebung
- 3.3. Schlechte Nachrichten überbringen
- 3.4. Über schwierige Entscheidungen sprechen
- 3.5. Ansprechen heikler Themen: häusliche Gewalt
- 3.6. Ansprechen heikler Themen: Alkoholkonsum
- 3.7. Gespräch mit Angehörigen von kranken Kindern
- 3.8. Gespräch mit Angehörigen von Patienten mit Demenzerkrankungen
- 3.9. Arbeiten mit Dolmetschern
- 3.10. Gespräch über Patientenverfügungen und Wiederbelebung
- 3.11. Gespräch über Behandlungsfehler
- 3.12. Gespräch zwischen den Berufsgruppen

Beispiel 1:

Patientenzentrierte Techniken: **wwsz**

Alexander Kiss, Psychosomatik, Universitätsspital Basel

Beispiel 1:

Patientenzentrierte Techniken: **wwsz**

W = Warten

W = Wiederholen

S = Spiegeln

Z = Zusammenfassen

Patientenzentrierte Techniken: **wwsz**

Warten (> 3 sec) – als Einladung, oder als Betonung einer Aussage

Patientenzentrierte Techniken: **wwsz**

Warten (> 3 sec) – als Einladung, oder als Betonung einer Aussage

Wiederholen/Echo – Belebung des Gesprächs

Pat.: „Das fing in Barcelona an, mit Husten.“

Arzt: „ Mit Husten...?“

Patientenzentrierte Techniken: **WWSZ**

Warten (> 3 sec) – als Einladung, oder als Betonung einer Aussage

Wiederholen/Echo – Belebung des Gesprächs

Pat.: „Das fing in Barcelona an, mit Husten.“

Arzt: „ Mit Husten...?“

Spiegeln, z.B. auf Emotionen – Raum öffnen

„Sie wirken auf mich sehr ruhig, wenn Sie von diesem Ereignis sprechen..?“

Patientenzentrierte Techniken: **WWSZ**

Warten (> 3 sec) – als Einladung, oder als Betonung einer Aussage

Wiederholen/Echo – Belebung des Gesprächs

Pat.: „Das fing in Barcelona an, mit Husten.“

Arzt: „ Mit Husten...?“

Spiegeln, z.B. auf Emotionen – Raum öffnen

„Sie wirken auf mich sehr ruhig, wenn Sie von diesem Ereignis sprechen..?“

Zusammenfassen (in eigenen Worten) – Schliessen, Strukturieren

Mit Ankündigung: *„Darf ich zusammenfassen was ich verstanden habe?“*

Kürzer als die Äußerungen des Patienten, eng angelehnt an seine Worte

Beispiel 2:

Patientin, 54 J

stenosierendes Sigmakarzinom

pT3 pN2a (5/20) R0 G2

BAD

1. **B**reak bad news
2. **A**cknowledge the reaction
3. **D**iscuss the near future

BREAK BAD NEWS

- ✓ Was muss ich wissen?
- ✓ Was weiss der Patient?
- ✓ Ankündigen
- ✓ **Keep it short and simple! (KISS)**
- ✓ Warten

AKNOWLEDGE THE REACTION

- ✓ **NURSE** (Emotion)
- ✓ Antwort auf Fragen (Information)
- ✓ Kein vorschneller Trost

DISCUSS THE NEAR FUTURE

- ✓ Informationen, die Patient jetzt wissen muss?
- ✓ Wie geht es weiter (nächsten Schritte)?
- ✓ Schlechte Nachricht mit „**guten**“ ergänzen?
- ✓ Wie geht es weiter /Wann sehen wir uns wieder?

Dies immer wieder als Versuche
mittels einer „sprechenden Medizin
gemeinsame Wirklichkeiten zwischen Ärzten
und Patienten zu konstruieren.“

Vielen Dank!