

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Bedeutung von Stress und
Depression bei chronisch
entzündlichen Darmerkrankungen**

Moser G

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2005; 3 (2), 26-30

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatologie

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso
Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

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

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the



Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Bedeutung von Stress und Depression bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

G. Moser

Der Einfluß von psychischem Stress auf den klinischen Verlauf von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen wird zunehmend beachtet, obwohl die Rolle einzelner Lebensereignisse als Ursache für eine Krankheitsaktivierung kontrovers gesehen wird. Prospektive Studien zeigten widersprüchliche Ergebnisse bezüglich einschneidender Lebensereignisse, es wurde aber ein Zusammenhang zwischen subjektiv empfundenem chronischem (Alltags-) Stress und der Krankheitsaktivierung von Colitis ulcerosa gefunden. Es konnte auch gezeigt werden, daß eine depressive Stimmung einen negativen Effekt auf die Krankheitsaktivität des Morbus Crohn haben kann: Betroffene haben nach einer Akutphase der Erkrankung und nach Erreichen der Remission ein früheres Auftreten einer neuerlichen entzündlichen Krankheitsaktivität, wenn eine depressive Stimmungslage vorliegt. Stress und Depression stellen daher ein Risiko für wiederkehrende oder chronische Krankheitsaktivität der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen dar. Dieser Effekt kann über die regulatorische Rückkopplung zwischen ZNS, endokrinem und Immunsystem wirken und zur Beeinträchtigung der intestinalen Barriere führen. Für die klinische Betreuung der PatientInnen muß bedacht werden, daß soziale Unterstützung und eine integrierte psychische Betreuung sich positiv auf das Stressempfinden und eine depressive Stimmung auswirken und daher den Krankheitsverlauf der Betroffenen mit CED verbessern können.

The influence of stress on the clinical course of inflammatory bowel diseases is increasingly recognized, however, the role of single life-events in causing relapses remains controversial. Prospective studies showed contradictory results for life events, but a significant relation was found of perceived long-term stress (daily hassles) to exacerbation of ulcerative colitis. Studies indicate that also depressive mood exerts a negative effect on disease activity in patients with Crohn's disease: patients with a depressive mood after a relapse have earlier recurrence of the disease after receiving remission. Stress and depression represent risk factors for earlier and chronic disease activity. They may effect through a feedback regulatory loop between CNS, the endocrine system, the immune system, and induced intestinal barrier dysfunction. For clinical management it should be considered that social support and integrated psychological interventions have a favorable impact on psychological distress and therefore may improve health outcomes in patients with IBD. J Gastroenterol Hepatol Erkr 2005; 3 (2): 26–30.

Historisches

Vor mehr als 50 Jahren entstand die Theorie, daß chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED), wie auch eine Reihe andere Erkrankungen, auf Basis einer konstitutionellen Prädisposition, eines spezifischen intrapsychischen Konfliktes und äußerer auslösender Faktoren entstehen können [1, 2]: Dieses alte Konzept der „psychosomatischen Erkrankung“ war einerseits ein Fortschritt, da verstärkt auch die psychosoziale Dimension vor allem bei der Colitis ulcerosa berücksichtigt und beforscht wurde [3–7]; andererseits wurden spezifische Konflikte und Persönlichkeitsstrukturen im Sinne einer psychogenetischen Prädisposition dieser Erkrankung postuliert, was häufig zu Schuldgefühlen und zum „Schubladisieren“ oder Stigmatisieren der Betroffenen führte.

Die psychosoziale Dimension der CED ist aber ein wesentlicher Faktor, der in der Diagnostik und Therapie dieser Krankheiten berücksichtigt werden muß, da dieses Leiden zumeist junge Individuen trifft, einen chronischen Verlauf nimmt, derzeit unheilbar ist und mit tabuisierten Beschwerden einhergeht. Die moderne psychosomatische Medizin bezieht sich auf das bio-psycho-soziale Modell, indem parallel die biologischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf der CED wie bei jeder Erkrankung zu berücksichtigen sind.

Beeinträchtigung der psychosozialen Situation durch die CED

Manche der PatientInnen mit CED kämpfen bereits seit dem Jugendalter mit unvorhersehbaren Phasen von Durchfällen mit Schmerzen, Abszeßbildungen oder Fisteln im Intimbereich, bedürfen einer besonderen Fürsorge oder

müssen um die Anerkennung ihrer Beeinträchtigung sowohl im familiären Bereich als auch im Berufsleben kämpfen. Sie werden von der andauernden Suche nach einer Toilette geplagt und können oft nicht zuverlässig zwischen Blähung und Stuhldrang unterscheiden. Die Betroffenen müssen mit einer nicht sichtbaren und tabuisierten Behinderung leben und werden von vielen Ängsten begleitet [8]: Angst vor einem neuen Krankheitsschub, Angst vor sozialer Isolation, Angst vor dem Verlust der Attraktivität für den Sexualpartner, Angst vor Verlust des Arbeitsplatzes, Angst vor physisch und psychisch belastenden Untersuchungen oder Operationen, Angst vor der Nebenwirkung von Medikamenten usw.

Anlässlich einer Arzt-Patienten-Tagung [9] beschrieb ein Betroffener seine „Alltagsprobleme“ wie folgt: „... Obwohl wir mit der Zeit lernen, damit umzugehen, gehört die Angst, in eine bedrohliche Situation zu geraten, immer noch zu den größten Problemen in unserem Alltagsleben. In unserem häuslichen Umfeld kommen wir ganz gut damit klar und sogar ein Einkaufsbummel in vertrauter Umgebung ist wieder relativ angstfrei möglich, weil wir ein regelrechtes „Toilettenkataster“ im Kopf haben. Beim Betreten einer Gaststätte gilt unser erster suchender Blick dem „Fluchtweg“, nämlich dem zur Toilette, und dann sind wir erst einmal beruhigt. Bevor wir uns darauf einlassen, uns in irgendein Abenteuer in unbekannter Umgebung zu begeben (z. B. lange Wanderungen in freier Natur), überlegen wir dreimal, ob wir nicht lieber eine unserer bewährten Ausreden bemühen sollten. Im Kino und Theater sind wir, sofern wir uns trauen, gern gesehene Gäste, denn wir setzen uns freiwillig auf die unattraktiven Außensitze – die beste Startposition auf der Flucht vor plötzlichem Stuhldrang und nicht kontrollierbaren Blähungen. ... Es gehört zu den großen Unaussprechlichkeiten, aber wie oft quälen wir uns über den Tag (oder durch die Nacht), weil wir uns vor unkontrollierten „Peinlichkeiten“ fürchten. Und da wir nicht darüber sprechen, können wir auch nicht in den Genuß der Tatsache kommen, daß die Menschen, die uns wichtig sind und denen wir wichtig sind, viel toleranter sind, als wir ihnen vielleicht unterstellen!“

Korrespondenzadresse: Univ. Prof. Dr. Gabriele Moser, Universitätsklinik für Innere Medizin IV, Währinger Gürtel 18–20, A-1090 Wien, e-mail: gabriele.moser@meduniwien.ac.at

Es ist anzunehmen, daß viele der in früheren Studien beschriebenen psychischen Auffälligkeiten bei Patienten mit CED ein Ergebnis der Krankheit sind. Diese Annahme konnte kürzlich auch in ersten Ergebnissen einer prospektiven kontrollierten Studie [10], der „University of North Carolina Heart Study“, bestätigt werden. Im Persönlichkeitstest MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), der bei Betroffenen viele Jahre vor Ausbruch der Erkrankung erhoben wurde, fand sich vor der Erkrankung kein Hinweis auf auffällige Persönlichkeitsmerkmale im Vergleich zur Kontrollgruppe.

Die ursprüngliche Annahme, daß primäre psychische Faktoren, wie eine bestimmte prämorbid Persönlichkeitsstruktur oder spezifische psychosoziale Störungen, eine wesentliche Rolle bei der Entstehung der CED spielen, konnte bis dato nicht bestätigt werden [11, 12]. Die Erkrankung selbst kann aber, insbesondere wenn diese im Jugendalter auftritt, zur psychischen Beeinträchtigung führen. Engström und Lindquist [13] zeigten in ihrer Studie, daß Kinder und Jugendliche mit CED eine Population mit hohem Risiko für die Entwicklung einer psychiatrischen Störung darstellen. Die Betroffenen müssen mit den negativen psychosozialen Folgen leben lernen [14]. Mayberry et al. [15] berichteten, daß bis zu 30 % der Patienten mit CED aufgrund ihrer Erfahrungen die Krankheit am Arbeitsplatz aktiv zu verheimlichen versuchen. Sörensen et al. [16] fanden in ihrer Studie, daß 54 % der Patienten mit Morbus Crohn meinten, daß die Krankheit ihr berufliches und privates Leben beeinträchtigt.

Prävalenz von Depression bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Die Krankheit fordert eine große Frustrationstoleranz, soziale Unterstützung und die Fähigkeit, unvorhersehbare Belastungen zu bewältigen. Waren diese Faktoren bereits vor Erkrankungsbeginn mangelhaft vorhanden, so wird das Leiden der Betroffenen nicht nur durch die CED, sondern vor allem auch durch die psychosozialen Folgen der Krankheit verstärkt. Viele Studien weisen darauf hin, daß Betroffene mit Morbus Crohn eine schlechtere Lebensqualität haben im Vergleich zu jenen mit Colitis ulcerosa oder solchen mit anderen gastrointestinalen Störungen. Betroffene mit Morbus Crohn weisen auch ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen (insbesondere Depression) auf [17–25].

Je nach Krankheitsaktivität wird die Häufigkeit einer Depression von 20 % bis über 50 % angegeben. Einige dieser Berichte weisen darauf hin, daß PatientInnen mit CED in Remissionsphase nicht wesentlich mehr oder gar weniger psychiatrische Störungen aufweisen als PatientInnen mit anderen Erkrankungen oder Personen der Allgemeinbevölkerung. Psychosoziale Schwierigkeiten hängen meist direkt mit der Schwere der Krankheit zusammen, wobei die psychosozialen Konsequenzen der CED mit steigendem Schweregrad der Erkrankung bedeutsamer werden [24, 26–30]. Die Befindlichkeit der Betroffenen wird zumindest in demselben Maß von psychischen wie von somatischen Faktoren beeinflusst [31].

Einfluß von Depression auf die CED

Weil die Krankheit selbst zu häufiger Stressbelastung und zum Auftreten einer Depression führen kann, stellt sich die

Frage, ob sich eine vorhandene Depression auch negativ auf den Verlauf der CED auswirken kann. Dies wurde in den letzten Jahren vor allem bei anderen chronischen Erkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis, dem Diabetes mellitus und der koronaren Herzkrankheit untersucht [32–37]. Folgende prospektive Studien widmeten sich diesem Thema bei den CED:

Andrews et al. [23] zeigten, daß bei gleicher Therapie die Präsenz einer psychischen Störung (v. a. einer Depression) die Erlangung einer Remission beeinträchtigte. Allerdings wurde in dieser Publikation die Nachuntersuchungsdauer nicht angegeben. Levenstein et al. [38] zeigten in ihrer Untersuchung an PatientInnen mit Colitis ulcerosa den Einfluß von Langzeitstress auf die Krankheitsaktivität, konnten aber keinen Zusammenhang zwischen einer depressiven Stimmung und dem Krankheitsverlauf bei Colitis ulcerosa finden. North et al. [39] fanden eine milde Assoziation zwischen intestinalen Symptomen und depressiver Stimmung bei CED.

Mittermaier et al. [40] zeigten in einer (an der Universitätsklinik für Innere Medizin IV im AKH Wien durchgeführten) prospektiven Studie an 60 PatientInnen mit CED und einer 18-Monats-Nachuntersuchung, daß jene (28 %) PatientInnen mit depressiver Stimmung nach einer Akutphase trotz erfolgreicher Therapie im Vergleich zu nicht depressiven PatientInnen früher und häufiger eine neuerliche entzündliche Aktivität ihrer CED entwickelten. Ähnliche Ergebnisse fanden Mardini et al. [41] bei 18 PatientInnen mit Morbus Crohn in einer prospektiven 2-Jahres-Nachuntersuchungsstudie: Angst, Hoffnungslosigkeit und aktuelle Lebensereignisse waren mit depressiven Symptomen assoziiert. Depressivität wiederum korrelierte mit zukünftigen Änderungen in der Krankheitsaktivität, gemessen mit dem CDAI (Crohn's Disease Activity Index). Kürzlich konnte gezeigt werden, daß eine Depression auch einen Risikofaktor für Nichterreichung einer Remission bzw. die Notwendigkeit einer früheren neuerlichen Therapie mit Infliximab (Remicade®) darstellt [42]. Depressive (24 % mit „major depressive disorder“, MDD) hatten ein dreifach erhöhtes Wiederbehandlungsrisiko. Die AutorInnen aller oben genannten Studien schlossen daraus, daß die integrierte Erfassung psychologischer Faktoren helfen kann, RisikopatientInnen für frühere Exazerbationen zu identifizieren.

Einfluß von Stress auf den Verlauf der chronisch entzündlichen Darmerkrankung

Die prospektiven Studien zur Frage, ob einzelne belastende Lebensereignisse („life events“) einen Krankheitsschub auslösen können, zeigten zum Teil unterschiedliche Ergebnisse. Duffy et al. [43] fanden bei 124 CED-PatientInnen eine Korrelation zwischen belastenden Lebensereignissen und Symptonexazerbation. Sie fanden ein größeres Risiko für eine Krankheitsaktivierung innerhalb von sechs Monaten nach einer Belastung. Allerdings wurden auch krankheitsbezogene Belastungen zu den „life events“ gezählt. Riley et al. [44] und North et al. [39] fanden bei einem kleineren PatientInnenkollektiv keinen signifikanten Zusammenhang zwischen einzelnen belastenden Lebensereignissen und den CED-Symptomen in einer prospektiven Studie über einen Beobachtungszeitraum von einem bzw. zwei Jahren. Wietersheim et al. [45] fanden ebenfalls kein signifikant höheres Risiko für einen Krankheitsschub nach einem belastenden Lebensereignis.

Die widersprüchlichen Daten in der „Life-event-Forschung“ spiegeln auch methodologische Probleme wider. Bei der Diskussion, ob psychische Belastungen bei CED zu einer Krankheitsaktivierung führen können, ist zu bedenken, daß Stressempfinden subjektiv und daher schwer objektivierbar ist. Oft sind für Betroffene nicht einzelne (objektivierbare) Ereignisse, sondern eher andauernde Belastungen, die als chronisch stressvoll empfunden werden, wesentlicher. Insofern sind folgende Studien zur Beziehung zwischen subjektiv empfundener Stressbelastung und Krankheitsaktivierung von Bedeutung: Garret et al. [46] und Green et al. [47] fanden einen signifikanten Zusammenhang zwischen täglichem Stress und Symptomwahrnehmung: Stress steigerte die Symptomwahrnehmung.

Psychische Faktoren können daher auch die Scores der subjektiven Items (Allgemeinbefinden, Schmerz) der Aktivitätsindizes wie z. B. des CDAI [48] steigern und den Gesamtscore der Krankheitsaktivität damit erhöhen [49, 50]. Levenstein et al. [51] fanden allerdings auch bei asymptomatischen PatientInnen mit Colitis ulcerosa in Remission eine Beziehung zwischen subjektiv empfundener Stressbelastung und entzündlich veränderter Rektalschleimhaut. In einer prospektiven Langzeitstudie [38] bei 62 PatientInnen mit Colitis ulcerosa konnte die Arbeitsgruppe zeigen, daß chronisch empfundener Stress über zwei Jahre das Risiko für eine Aktivierung der Colitis innerhalb von 8 Monaten verdreifachte. Das Ausmaß des Stressempfindens korrelierte mit der Häufigkeit der Exazerbationen, wobei dieser Zusammenhang nur bei Langzeitstress bestand. Bitton et al. [52] fanden in ihrer prospektiven Studie an 60 PatientInnen mit Colitis ulcerosa, daß auch kurzfristige stressvolle Ereignisse innerhalb eines Monats mit einer früheren Krankheitsaktivierung assoziiert waren. Betroffene mit CED sind selbst mehrheitlich davon überzeugt, daß psychischer Stress ihre Krankheit ausgelöst habe und auch für die Krankheitsschübe verantwortlich sei [53, 54]. Gomez et al. [55] beschrieben, daß dieser Zusammenhang insbesondere von PatientInnen mit Angst und Depression empfunden wurde.

Eine Fragebogenuntersuchung von Mitchell et al. [56] bei Mitgliedern der US-amerikanischen gastroenterologischen Gesellschaft (AGA) zeigte, daß die Ärztinnen und Ärzte aus ihrer Erfahrung psychosoziale Faktoren zwar wenig bedeutsam für die Entstehung, jedoch wichtig für die Exazerbation der CED halten. Das gleiche Ergebnis fand sich bei der Befragung der Mitglieder der Konsensuskonferenzen für die Diagnostik und Therapie der CED der deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen [57, 58] und auch der Europäischen Konsensuskonferenz (ECCO) zur Diagnose und Therapie des Morbus Crohn [59].

Bedeutung für die klinische Betreuung

Die Erkrankung mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa macht es erforderlich, daß psychosoziale Faktoren in Diagnostik und Therapie – insbesondere in der Langzeitbetreuung – berücksichtigt werden. Die Erkenntnis, daß chronische Stressbelastungen (insbesondere bei der Colitis ulcerosa) und depressive Stimmung (insbesondere bei Morbus Crohn) ein Risiko für die Aktivierung der Entzündung darstellen, zeigt die Notwendigkeit einer integrierten Erfassung der psychischen Situation mit Erhebung von Belastungssituationen in der klinischen Routinebetreuung (psychosomatische Grundversorgung).

Folgende Schritte sind in der Praxis zu beachten:

1. Erstaufklärung und Information: Martin et al. [60] berichteten, daß sich mehr als 60% der PatientInnen mit CED unzureichend über ihre Krankheit informiert fühlen. Aufklärung und Informationsstand sind wesentliche Einflußfaktoren für das subjektive Befinden und die krankheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen [8].

2. Subjektive Krankheitstheorie der Betroffenen berücksichtigen: PatientInnen haben oft die unterschiedlichsten Vorstellungen, wodurch ihre Erkrankung ausgelöst wurde. Die Kausalattribution der Betroffenen enthält häufig Informationen über psychosoziale Belastungen, die in der Betreuung berücksichtigt werden können, unabhängig davon, ob ein ursächlicher Zusammenhang tatsächlich vorhanden ist.

3. Krankheitsbewältigung und Lebensqualität laufend evaluieren: Das medizinische Betreuungspersonal ist gefordert, sich gemeinsam mit den Betroffenen von Beginn an der Bewältigung der Krankheit zu widmen. Auf Wunsch der Betroffenen sind auch Partner oder Familienangehörige in die Betreuung miteinzubeziehen, damit ein Gefühl der Isolation oder des „Ausgeliefertseins“ vermieden werden kann. In der klinischen Praxis hat es sich bewährt, mit offenen und empathisch gestellten Fragen Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit, im partnerschaftlich-familiären Bereich (auch Sexualität) und den sozialen Aktivitäten bzw. der Freizeitgestaltung zu evaluieren. Weiters sollten krankheitsbezogene Sorgen und Ängste erhoben werden. Zur quantitativen Erfassung kann auch der RFIP (The Rating Form of IBD Patient Concerns [61]), ein Fragebogen zur Erfassung der krankheitsbezogenen Lebensqualität (25 Fragen), unterstützend zum ärztlichen Gespräch verwendet werden. Es empfiehlt sich, nach depressiven Symptomen wie Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit, Neigung zum Grübeln, Weinen und Schlaflosigkeit aktiv zu fragen, da diese von den Betroffenen kaum spontan angegeben werden. Einfache Fragebögen wie die HAD-Skala (Hospital Anxiety and Depression Scale, 14 Fragen) [62], können für die Evaluation von Angst und Depression hilfreich sein.

4. Psychische Probleme – was ist zu beachten? [63, 64] Betroffene sind meist erleichtert, wenn sie über psychosoziale Belastungen sprechen können; bisweilen fühlt sich die/der betreuende Ärztin/Arzt überfordert! Supervision oder eine regelmäßige Auseinandersetzung im Team sind daher wichtig. Eine psychosomatische Zusatzqualifikation ist äußerst hilfreich für ärztliches Personal, das routinemäßig CED-PatientInnen betreut.

Betroffene sollen ermutigt werden, über ihre Frustration mit der Behandlung und deren Nebenwirkungen zu sprechen. Ein Abbrechen der Therapie oder die vermehrte Anwendung alternativer bzw. unkonventioneller Heilmethoden korreliert mit der Unzufriedenheit mit der Betreuung in der Schulmedizin und mit krankheitsspezifischen Sorgen und Ängsten, die zu wenig durch ÄrztInnen beachtet wurden [65].

Bei belastenden Lebensumständen wie Stress oder mangelnde soziale Unterstützung, sollten Hilfestellungen gefördert werden, indem Bezugspersonen einbezogen oder z. B. Selbsthilfegruppen empfohlen werden. Supportive (stützende) Gespräche und das Erlernen von Entspannungstechniken (zur Stressbewältigung) können hilfreich sein [57, 58].

Sind psychische bzw. affektive Störungen wie Depression, Angst, mangelnde Krankheitsbewältigung und/oder Compliance offensichtlich, sollte eine individuelle psychotherapeutische Betreuung angeboten und eine Überweisung an eine (integrierte) psychosomatisch-psychotherapeutische Einrichtung oder kooperierende Psychotherapeuten veranlaßt werden [57, 58]. Eine spezielle Therapieform kann derzeit generell nicht empfohlen werden und ist je nach der individuellen Situation und Indikation bzw. Verfügbarkeit der Methodik zu wählen. Ziel der psychotherapeutischen Betreuung soll die Behandlung des psychischen Leidens und Hilfe bei der Krankheitsbewältigung sein, um somit die Lebensqualität heben und unter Umständen auch den Krankheitsverlauf der Betroffenen beeinflussen zu können. Zur standardisierten Erfassung des Bedarfes an psychischer Betreuung steht nun erstmals auch ein am Wiener AKH validiertes Erhebungsinstrument, der ADAPT (Assessment of the Demand for Additional Psychological Treatment, 12 Fragen) zur Verfügung [66]. Dieser kann hilfreich für die Einschätzung sein, welche psychische Betreuung adäquat bzw. indiziert ist:

- a) eher intensivere krankheitsorientierte Beratung (durch betreuende ÄrztInnen selbst), oder
- b) eine integrierte psychosomatische Betreuung (von ÄrztInnen mit einer Zusatzqualifikation in psychosomatischer Medizin, PSY II oder PSY III-Diplome der Österreichischen Ärztekammer), bzw.
- c) eine Psychotherapie durch ausgewiesene ExpertInnen (Psychotherapeutische Medizin, Psychotherapie).

Eine integrierte psychosomatische Betreuung an gastroenterologischen Schwerpunktzentren ist zur adäquaten Versorgung der PatientInnen (z. B. durch psychosomatische Spezialambulanzen) anzustreben [57, 58, 67, 68].

Literatur:

1. Alexander F. Psychosomatic Medicine: Its principles and applications. Norton, New York, 1950.
2. Alexander F, French TM, Pollack G. Psychosomatic specificity: Experimental study and results. University of Chicago Press, Chicago, 1968.
3. Daniels GE. Psychiatric aspects of ulcerative colitis. N Engl J Med 1942; 226: 178–84.
4. Groen J. Psychogenesis and psychotherapy of ulcerative colitis. Psychosom Med 1947; 9: 151–74.
5. Murray CD. Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis. Am J Dig Dis 1930; 180: 239–48.
6. Sullivan AJ, Chandler CA. Ulcerative colitis of psychogenic origin: report of six cases Yale. J Biol Med 1932; 4: 779–86.
7. Wittkower E. Ulcerative colitis, personality studies. Br Med J 1938; 2: 1356–60.
8. Moser G, Tillinger W, Sachs G, Genser D, Maier-Dobersberger Th, Spiess K, Wyatt J, Vogelsang H, Lochs H, Gangl A. Disease related concerns – a study on outpatients with inflammatory bowel disease (IBD). Eur J Gastroenterol Hepatol 1995; 7: 853–8.
9. Höck R. Alltagsprobleme des Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Vortragsmanuskript (persönliche Korrespondenz). Vortrag am II. Bayerischen Arzt-Patienten-Tag der DCCV, Nürnberg, 25.07.1992.
10. Siegler I, Levenstein S, Feaganes JR, Brummett BH. Personality before and after illness onset among patients with inflammatory bowel disease: a controlled, prospective study. Psychosom Med 2000; 62: A151.
11. Enck P, Schäfer R. Psychosoziale Faktoren beim M. Crohn – eine Übersicht. Z Gastroenterol 1996; 34: 708–13.
12. North CS, Clouse RE, Spitznagel EL, Alpers DH. The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: a review of findings and methods. Am J Psychiatry 1990; 147: 974–81.
13. Engström I, Lindquist BL. Inflammatory bowel disease in Children and Adolescents: a somatic and psychiatric investigation. Acta Paed Scand 1991; 80: 640–7.
14. Eckhardt VK, Lesshaft C, Kanzler G, Bernhardt G. Disability and health care use in patients with Crohn's disease: A spouse control study. Am J Gastroent 1994; 89: 2157–62.
15. Mayberry MK, Probert C, Srivastava E, Rhodes J, Mayberry JF. Perceived discrimination in education and employment by people with Crohn's disease: a case control study of educational achievement and employment. Gut 1992; 33: 312–4.
16. Sörensen VZ, Olsen BG, Binder V. Life prospects and quality of life in patients with Crohn's disease. Gut 1987; 28: 382–5.
17. Helzer JE, Chammas S, Norland CC, Stillings WA, Alpers DH. A study of the association between Crohn's disease and psychiatric illness. Gastroenterology 1984; 86: 324–30.
18. Clouse RE, Alpers DH. The relationship of psychiatric disorder to gastrointestinal illness. Ann Rev Med 1986; 37: 283–395.
19. Rubin GP, Hungin AP, Chinn DJ, Dwarakanath D. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. Aliment Pharmacol Ther 2004; 19: 529–35.
20. Guthrie E, Jackson J, Shaffer J, Thompson D, Tomenson B, Creed F. Psychological disorder and severity of inflammatory bowel disease predict health-related quality of life in ulcerative colitis and Crohn's disease. Am J Gastroenterol 2002; 97: 1994–9.
21. Nordin K, Pahlman L, Larsson K, Sundberg-Hjelm M, Loof L. Health-related quality of life and psychological distress in a population-based sample of Swedish patients with inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol 2002; 37: 450–7.
22. Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates DGill LE. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. J Epidemiol Community Health 2001; 55: 716–20.
23. Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. Gut 1987; 28: 1600–4.
24. Drossman DA, Leserman J, Mitchell CM, Li Z, Zagami EA, Patrick DL. Health status and health care use in persons with inflammatory bowel disease. A national sample. Dig Dis Sci 1991; 36: 1746–55.
25. Tarter RE, Switala J, Carra J, Edwards KL, Van Thiel DH. Inflammatory bowel disease: psychiatric status of patients before and after disease onset. Int J Psychiatry Med 1987; 17: 173–81.
26. Casellas F, Lopez-Vivancos J, Badia X, Vilaseca J, Malagelada JR. Influence of inflammatory bowel disease on different dimensions of quality of life. Eur J Gastroenterol Hepatol 2001; 13: 567–72.
27. Cohen RD. The quality of life in patients with Crohn's disease. Aliment Pharmacol Ther 2002; 16: 1603–9.
28. Guassora AD, Kruuse C, Thomsen OO, Binder V. Quality of life study in a regional group of patients with Crohn's disease. A structured interview study. Scand J Gastroenterol 2000; 35: 1068–74.
29. Addolorato G, Capristo E, Stefanini GF, Gasbarrini G. Inflammatory bowel disease: a study of the association between anxiety and depression, physical morbidity, and nutritional status. Scand J Gastroenterol 1997; 32: 1013–21.
30. Porcelli P, Leoci C, Guerra V. A prospective study of the relationship between disease activity and psychological distress levels in patients with inflammatory bowel disease. Scand J Gastroenterol 1996; 31: 792–6.
31. Drossman DA, Patrick DL, Mitchell CM, Zagami EA, Appelbaum ML. Health-related quality of life in inflammatory bowel disease – functional status and patient's worries and concerns. Dig Dis Sci 1989; 34: 1379–86.
32. Fifield J, Tennen H, Reisine S, McQuillan J. Depression and the long-term risk of pain, fatigue, and disability in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1998; 41: 1851–7.
33. McFarlane AC, Brooks PM. An analysis of the relationship between psychological morbidity and disease activity in rheumatoid arthritis. J Rheumatol 1988; 15: 926–31.
34. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction. Circulation 1995; 91: 999–1005.
35. Carney RM, Rich MW, Freedland KE, Saini J, teVelde A, Simeone C, Clark K. Major depressive disorder predicts cardiac events in patients with coronary artery disease. Psychosom Med 1988; 50: 627–33.
36. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Clouse RE. The course of major depression in diabetes. Gen Hosp Psychiatry 1997; 19: 138–43.
37. Sachs G, Spiess K, Moser G, Prager R, Kunz A, Scherthaner G. Glykolisiertes Hämoglobin und Glukose – Selbstmonitoring (Compliance) bei depressiven und nicht depressiven Typ I-Diabetikern. Psychother Med Psychol 1991; 41: 306–12.
38. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Andreoli A, Luzi C, Arca M, Berto E, Milite G, Marcheggiano A. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: A prospective study of patients enrolled in remission. Am J Gastroenterol 2000; 95: 1213–20.
39. North CS, Alpers DH, Helzer JE, Spitznagel EL, Clouse RE. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. Ann Intern Medicine 1991; 114: 381–6.
40. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oeffelbauer-Ernst A, Miehsler W, Beier M, Tillinger W, Gangl A, Moser G. Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease – a prospective 18 month follow up study. Psychosom Med 2004; 66: 79–84.
41. Mardini HE, Kip KE, Wilson JW. Crohn's disease: a two-year prospective study of the association between psychological distress and disease activity. Dig Dis Sci 2004; 49: 492–7.

42. Persoons P, Demyttenaere K, Fischer B, Vandenbergh J, Van Oudenhove L, Rutgeerts P. The Impact of major depressive disorder on the short and long-term outcome of Crohn's disease after treatment with anti-TNF- α (Infliximab): a prospective study. *Psychosom Med* 2005; A-76: 1082.
43. Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR, Byers TE, Weiser MM, Phillips JF, Calkins BM, Ogra PL, Graham S. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behavioral Medicine* 1991; 17: 101–10.
44. Riley SA, Mani V, Goodman MJ, Lucas S. Why do patients with ulcerative colitis relapse? *Gut* 1990; 31: 179–83.
45. von Wietersheim J, Overbeck A, Kiel K, Kohler T, Jantschek G, Feieris H. The significance of recurrence-inducing events for patients with chronic inflammatory bowel diseases. Results of a prospective longitudinal study over three years. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1994; 44: 58–64.
46. Garrett VD, Brantley PJ, Jones GN, McNigh GT. The relation between daily stress and Crohn's disease. *J Behav Med* 1991; 14: 87–96.
47. Greene BR, Blanchard EB, Wan CK. Long-term monitoring of psychosocial stress and symptomatology in inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther* 1994; 32: 217–26.
48. Best WR, Becktel JM, Singleton JW, Kern F Jr. Development of a Crohn's disease activity index. National Cooperative Crohn's Disease Study. *Gastroenterology* 1976; 70: 439–44.
49. Moser G, Genser D, Tribl B, Vogelsang H. Letter to the editor: Reply to "Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis". *Am J Gastroenterol* 1995; 90: 1904.
50. Litcher-Kelly L, Stone AA. Recall and momentary assessments of two self-report items from the Crohn's Disease Activity Index (CDAI). *Psychosom Med* 2005; A-75: 1621.
51. Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano ML, Berto E, Andreoli A, Luzzi C. Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 1219–25.
52. Bitton A, Sewitch MJ, Peppercorn MA, deB Edwardes MD, Shah S, Ransil B, Locke SE. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 2203–8.
53. Moser G, Maier-Dobersberger Th, Vogelsang H, Lochs H. Inflammatory bowel disease (IBD): Patients' beliefs about the etiology of their disease – a controlled study. *Psychosom Med* 1993; 55: 131.
54. Robertson DAF, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989; 30: 623–6.
55. Gomez-Gil E, Vidal A, Panes J, Jaen J, Peri JM, Fernandez-Egea E, Pique JM. [Relationship between patient's subjective stress perception and the course of inflammatory bowel disease]. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 411–6.
56. Mitchell CM, Drossman DA. Survey of the AGA membership relating to patients with functional disorders. *Gastroenterology* 1987; 92: 1282–4.
57. Moser G. Guidelines of the DGVS. Psychosomatic aspects of Crohn's disease. German Society of Digestive and Metabolic Diseases. *Z Gastroenterol* 2003; 41: 50–1.
58. Moser G, Jantschek G. Psychosomatic [Diagnosis and Therapy of ulcerative Colitis: Results of an Evidence Based Consensus Conference by the German Society of Digestive and Metabolic Diseases and the Competence Network on Inflammatory Bowel Disease]. *Z Gastroenterol* 2004; 42: 1038–40.
59. Moser G, Michetti P, Jantschek G. Psychosomatic aspects of Crohn's disease, Ergebnis der Europäischen Konsensuskonferenz der ECCO. *Gut*; submission.
60. Martin A, Leone L, Castagliuolo I, Di-Mario F, Naccarato R. What do patients want to know about their inflammatory bowel disease? *Ital J Gastroenterol* 1992; 24: 477–80.
61. Drossman DA, Leserman J, Li Z, Mitchell CM, Zagami EA, Patrick DL. The Rating Form of IBD Patient Concerns: a new measure of health status. *Psychosom Med* 1991; 53: 701–12.
62. Zigmund AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983; 67: 361–70.
63. Steiner-Grossman P. The approach to the inflammatory bowel disease family. In: Kirsner JB, Shorter RG (eds). *Inflammatory Bowel Disease*. 4th ed. Lipincott, Williams & Wilkins, Philadelphia, 1995; 985–94.
64. Moser G, Drossman DA. Managing IBD Patients' Concerns. In: Bayless TM, Hanauer SB (eds). *Advanced Therapy in Inflammatory Bowel Disease*. 2nd Edition. Decker BC Inc, Hamilton, London, 2000; 527–9.
65. Moser G, Tillinger W, Sachs G, Maier-Doberberger T, Wyatt J, Vogelsang H, Lochs H, Gangl A. Relationship between the use of unconventional therapies and disease related concerns: a study of patients with inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 1996; 40: 503–9.
66. Miehsler W, Weichselberger M, Offerlbauer-Ernst A, Dejaco C, Reinisch W, Vogelsang H, Machold K, Stamm T, Gangl A, Moser G. Assessing the demand for psychological care in chronic diseases: development and validation of a questionnaire based on the example of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2004; 10: 637–45.
67. Petritsch W, Feichtenschlager T, Gasche C, Hinterleitner T, Judmaier G, Knoflach P, Moser G, Öffner F, Peer G, Simbrunner I. Diagnosis in Inflammatory Bowel Diseases – Report of the Austrian Chronic Inflammatory Bowel Disease Study Group. *Acta Med Austriaca* 1998; 25: 37–43.
68. Vogelsang H, Granditsch G, Binder C, Herbst F, Moser G, Petritsch W, Knoflach P. Consensus of the Chronic Inflammatory Bowel Disease Study Group of the Austrian Society of Gastroenterology and Hepatology on the topic of "diagnosis and therapy of chronic inflammatory bowel disease in adolescence". *Z Gastroenterol* 2000; 38: 791–4.



Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Moser (www.gabrielemoser.at)

Geboren 1958 in Wien, aufgewachsen in Mürzzuschlag, Medizinstudium an der Universität Wien, 1984 Promotion, 1991 Fachärztin für Innere Medizin, 1991 Aufbau und seither Leitung der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe und Ambulanz für Gastroenterologische Psychosomatik an der Univ.-Klinik für Innere Medizin IV. Seit 1993 Psychotherapeutin (Psychoanalytische Ausbildung und Hypnotherapie), 1994 Diplom für Psychotherapeutische Medizin der ÖÄK, 1996 Habilitation Innere Medizin, 1997 Visiting Scientist an der University of North Carolina, USA. 1998–2000 und seit 2005 Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin. 1999–2003 Vizerektorin der Universität Wien. 2002 Ruf an die Universität Tübingen für die Professur „Psychosomatische Medizin“ (nach Verhandlung nicht angenommen). Vier Preise.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)