

Journal für  
**Gastroenterologische und  
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Die neue Psychosomatik:  
Auswirkungen des Paradigmenwechsels  
auf die Betreuung von  
CED-PatientInnen**

Weiss P

*Journal für Gastroenterologische  
und Hepatologische Erkrankungen*

*2004; 2 (1), 15-20*

Österreichische Gesellschaft  
für Gastroenterologie und  
Hepatology

[www.oeggh.at](http://www.oeggh.at)



**ÖGGH**

Österreichische Gesellschaft  
für Chirurgische Onkologie

[www.aco-asso.at](http://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](http://www.kup.at/gastroenterologie)

Member of the  DOAJ

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

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

# Die neue Psychosomatik: Auswirkung des Paradigmenwechsels auf die Betreuung von CED-PatientInnen

P. Weiss

*In den letzten Jahren erfolgte ein radikaler Wandel in der psychosomatischen Forschung bei CED. Die Evidenz-basierte Datenlage wird anhand der Konsensempfehlungen der DGVS und der ÖGGH ausführlich beschrieben. Die aktuellen Forschungsansätze werden kritisch beleuchtet. Ein Stufenmodell unter Einschluß der ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, FachärztInnen, Spezialambulanzen, psychosomatischen C/L-Diensten und spezialisierten Abteilungen ermöglicht eine differenzierte psychosomatische Betreuung von PatientInnen mit CED.*

*In the last few years there has been a radical change in psychosomatic research of IBD due to a new therapeutic approach. The results of the consensus meeting by the German DGVS and the Austrian ÖGGH describe new evidence-based data on psychosomatic treatment of patients with Crohn's disease and Ulcerative Colitis. General practitioners, gastroenterologists, psychosomatic C/L-services and specialised hospital units are parts of a sophisticated step-by-step model of specialised psychosomatic care. **J Gastroenterol Hepatol Erkr 2003; 1 (2): 15–20.***

Die Beziehung zwischen psychosozialen Faktoren und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) war in den vergangenen 50 Jahren wiederholt Thema in der psychosomatischen Forschung, ist die Colitis ulcerosa doch eine der sieben „psychosomatischen Erkrankungen“ gewesen. Aber erst in den letzten Jahren hat es einen radikalen Wandel des Forschungsansatzes in der psychosomatischen Medizin gegeben. Noch 1991 konnte Alexander Kiss zu Recht darüber klagen, daß es zu wenig kontrollierte, prospektive und keine einzige randomisierte Studien zum Thema CED und Psyche gab.

**Alte, inzwischen verlassene Konzepte** postulierten entweder

- spezifische Konflikte, die zu bestimmten Krankheiten führten, bzw.
- besondere Persönlichkeitsstrukturen, die für Patienten mit CED charakteristisch seien und vermuteten
- eine kausale psychische Genese für die Entstehung einer CED.

So wurden falsche Hypothesen aufgestellt und es wurde mit untauglichen Mitteln wie Fallbeobachtungen und retrospektiven Analysen ohne Kontrollgruppen und ohne Berücksichtigung der Krankheitsaktivität versucht, diese Theorien zu „untermauern“.

Die psychosomatische Medizin hat die Theorien der Psychogenese verlassen und befaßt sich verstärkt mit dem Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Umgang mit der Krankheit (Coping) und auf die Auswirkung der Erkrankung auf Psyche und unmittelbares soziales Umfeld und auf deren Beeinflussbarkeit durch psychosomatische Betreuung und Psychotherapie (Tab. 1).

In den letzten Jahren hat sich die **psychosomatische Forschung** auf die naturwissenschaftliche Herausforderung eingelassen und stellt keine Vermutungen mehr auf, sondern belegt Fakten mit dem Evidenzgrad II (Tab. 2 u. 3).

**Tabelle 1:** Aktuelle Definition der psychosomatischen Medizin

Die psychosomatische Medizin geht von einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell aus und berücksichtigt den Einfluß von psychosozialen Faktoren auf Entstehung, Bewältigung oder Aufrechterhaltung von Krankheiten oder Beschwerden und zusätzlich – und das ist es, was sie von anderen ganzheitlichen Methoden unterscheidet – reflektiert sie die Arzt-Patienten-Beziehung.

**Korrespondenzadresse:** Prim. Dr. Peter Weiss, Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern, Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik, A-1060 Wien, Stumpergasse 13, E-mail: Peter.Weiss@bhs.at

Diese geänderte Sachlage spiegelt sich auch wider in den grundlegend geänderten Konsensus-Empfehlungen der DGVS für Colitis ulcerosa von 2001 (Tab. 4) und Morbus Crohn 2003 (Tab. 5) und der ÖGGH für M. Crohn (Tab. 6), wie sie von Frau Univ.-Prof. Dr. G. Moser, Dr. C. Dejaco und Prim. Dr. P. Weiss erarbeitet wurden.

Es besteht also bereits Evidenzgrad 2 für die meisten der oben angeführten Bereiche, nur der Punkt, daß Psychotherapie einen positiven Effekt auf die Krankheitsbewältigung, das psychische Befinden und die Schmerzreduktion hat, erreicht den Evidenzgrad I, denn hierfür gibt es bereits entsprechende randomisierte Studien.

**Tabelle 2:** „Evidenzgrade“ zur Bewertung von Studien (nach Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR))

Beweisgrad	Art der „Evidenz“
Ia	„Evidenz“ aufgrund von Metaanalysen von randomisierten, kontrollierten Studien
Ib	„Evidenz“ aufgrund von mindestens einer randomisierten, kontrollierten Studie
IIa	„Evidenz“ aufgrund von mindestens einer gut angelegten kontrollierten Studie ohne Randomisation
IIb	„Evidenz“ aufgrund mindestens einer anderen Art von gut angelegter, quasi experimenteller Studie
III	„Evidenz“ aufgrund gut angelegter, nicht-experimenteller, deskriptiver Studien, wie z. B. Vergleichsstudien, Korrelationsstudien und Fall-Kontroll-Studien
IV	„Evidenz“ aufgrund von Berichten der Expertenanschlüsse oder Expertenmeinungen und / oder klinischer Erfahrungen anerkannter Autoritäten

**Tabelle 3:** Einteilung von Empfehlungsklassen (nach der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung)

Klasse	Erläuterung
(A) („Evidenz“ Grad Ia,Ib)	ist belegt durch schlüssige Literatur guter Qualität, die mindestens eine randomisierte Studie enthält
(B) („Evidenz“ Grad IIa, IIb, III)	ist belegt durch gut durchgeführte, nicht randomisierte klinische Studien
(C) („Evidenz“ Grad IV)	ist belegt durch Berichte und Meinungen von Expertenkreisen und/oder klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten. Weist auf das Fehlen direkt anwendbarer klinischer Studien guter Qualität hin.

Die Verlockung war aber groß, nun endlich eine Studie durchzuführen, die den Einfluß von Psychotherapie auf den körperlichen Verlauf des M. Crohn untersucht und die den Evidenzgrad 1 aufweist, also **randomisiert** ist. Wie problematisch ein solches Unterfangen für die psychosomatische Forschung ist, möchte ich anhand einer kritischen Beurteilung der bisher einzigen, kontrollierten, prospektiven, randomisierten, multizentrischen Studie zeigen. Sie wurde bereits 1998 von Jantschek und Mitarbeitern im Scandinavian Journal of Gastroenterology publiziert und von Jörn von Wietersheim im Jänner 2001 in der Zeitschrift für Psychotherapie, Psychosomatik und medizinische Psychotherapie neu vorgestellt. Die Fragestellungen schienen interessant und lauteten: Ob eine die übliche medikamentöse Therapie ergänzende Psychotherapie sich günstig auf den Krankheitsverlauf und günstig auf die psychosoziale Situation des Patienten auswirkt. Von 488 PatientInnen, die konsekutiv die Ambulanzen aufsuchten, wurden 108 in die Studie eingeschlossen und erhielten nun entweder nur

medikamentöse Therapie oder aber zusätzlich zur medikamentösen Therapie auch eine Kurzzeitpsychotherapie (Tab. 7). Die Randomisierung bedingt, daß die Indikation für Psychotherapie dem Zufall überlassen werden mußte, wobei 2 PatientInnen Psychotherapie erhielten, 1 nicht. Die Ausschlusskriterien bedingten aber auch, daß kein Patient, der Psychotherapie ausdrücklich wollte (n = 25), in die Studie eingeschlossen werden konnte. Sie wurden ebenso ausgeschlossen wie jene, die in laufender Psychotherapie waren (n = 13) und all jene, die schon früher Psychotherapie hatten (n = 14). Wenn wir nur die Patienten rechnen, die eines dieser 3 Kriterien erfüllten, (es wurden auch 101 Patienten ausgeschlossen, die mehrere Kriterien erfüllten), so kommen wir auf mindestens 52 Patienten, die eine positive Einstellung zu Psychotherapie hatten, aber nicht in die Studie eingeschlossen werden konnten. In die Studie eingeschlossen und randomisiert werden konnten also nur jene PatientInnen, die der Psychotherapie gleichgültig gegenüberstanden.

**Tabelle 4:** DGSV-Leitlinien für Colitis ulcerosa

#### Einleitung

**Konsens:** Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Entstehung der Colitis ulcerosa scheint gering zu sein, es wird aber ein mäßiger Einfluß psychosozialer Faktoren auf den Verlauf der Colitis ulcerosa angenommen. Es scheinen keine spezifischen Persönlichkeitsstrukturen bei Patienten mit Colitis ulcerosa vorzuliegen, auffällige Persönlichkeitsmerkmale können eher als sekundäre, krankheitsbedingte Veränderungen interpretiert werden (B).

**Erläuterung:** In der Literatur gibt es nur wenige Hinweise (mit hypothetischer Interpretation) zum Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Entstehung der Colitis ulcerosa. Obwohl keine eindeutige „Evidenz“ für spezifische Persönlichkeitsstrukturen bei Patienten mit Colitis ulcerosa in der Literatur zu finden ist, konnte dazu keine mehrheitliche Meinung unter den Konsensuskonferenzteilnehmern erzielt werden.

#### Stressbelastung und Krankheitsaktivität

**Konsens:** Stressbelastungen können zu einer Krankheitsaktivierung führen. Allerdings scheinen nicht so sehr einzelne belastende Lebensereignisse („life events“), sondern mehr subjektiv empfundene chronische Stressbelastungen die Krankheit zu aktivieren (B).

**Erläuterung:** Eher widersprüchliche Studien existieren über den Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen („life events“) und dem Verlauf der Colitis ulcerosa. Es finden sich sowohl Studien, die einen Einfluß nachweisen, als auch Studien, die keinen Zusammenhang zeigen konnten. Erfahrungen der ExpertInnen scheinen die Annahme zu bestätigen, daß nur bestimmte Patienten auf psychosoziale Belastungen mit einer Krankheitsaktivierung reagieren. Die Mehrheit der ExpertInnen war der Meinung, daß Patienten Stress als krankheitsmodulierend empfinden. Betroffene selbst bezeichnen psychischen Stress jedenfalls auch als krankheitsauslösend.

#### Psychosoziale Faktoren und Betreuung

**Konsens:** Psychosoziale Faktoren sind in der Betreuung zu berücksichtigen (B). Bewältigungsstrategien der Patienten haben einen mäßigen Einfluß auf den Krankheitsverlauf (B). Es konnte bisher zwar kein Einfluß von Schulungsprogrammen auf den Krankheitsverlauf nachgewiesen werden, diese werden von Patienten aber gerne angenommen (B).

**Erläuterung:** Die Mehrheit der ExpertInnen berücksichtigt psychosoziale Faktoren in der Betreuung von Patienten mit Colitis ulcerosa. Zu Bewältigungsstrategien an sich gibt es nur bezüglich Morbus Crohn publizierte Studien, zu Colitis ulcerosa nur publizierte Abstracts. Die Lebensqualität, Sorgen und Ängste der Patienten korrelieren mit dem Informationsstand über die Krankheit. Entgegen der Meinung der ExpertInnen konnte in Langzeituntersuchungen bisher kein Nachweis für einen positiven Einfluß von Schulungsprogrammen auf den Krankheitsverlauf erbracht werden.

#### Psychische Störungen

**Konsens:** Die Krankheit hat einen Einfluß auf die psychische Situation der Patienten, wobei psychische Störungen ebenfalls den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität beeinflussen. Bei früher Erstmanifestation in der Kindheit scheint das Risiko für die Entwicklung einer psychischen Störung erhöht zu sein (B).

**Erläuterung:** Einen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Verlauf der entzündlichen Darmerkrankung wiesen Andrews et al. nach. Engström und Lindquist fanden, daß Kinder und Jugendliche ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere depressive und Angststörungen haben.

#### Angebot psychosomatisch-psychotherapeutischer Betreuung

**Konsens:** Die betreuenden Ärzte/Ärztinnen sollten sich in der Lage fühlen, in einem Gespräch selbst die Indikation zur Psychotherapie zu stellen. In CED-Schwerpunktzentren soll die Möglichkeit einer integrierten medizinisch-psychosomatischen Betreuung der Patienten bestehen. Darüber hinaus sollte auf Möglichkeiten der Selbsthilfe hingewiesen werden (C).

**Erläuterung:** Die Mehrheit der Konsenssteilnehmer gab an, selbst die Indikation zur Psychotherapie stellen zu können. Hierzu gibt es keine Studie, die diese Kompetenz auch untersucht hätte. Insofern ist die Empfehlung nur durch Expertenmeinung und klinische Erfahrung belegt. Konsensus bestand über den Vorteil einer integrierten medizinisch-psychosomatischen Betreuungsmöglichkeit für die Patienten in einem CED-Schwerpunktzentrum.

#### Psychotherapie

**Konsens:** Psychotherapie hat einen positiven Effekt auf die Krankheitsbewältigung, das psychische Befinden und die Schmerzreduktion (A). Die Diagnose Colitis ulcerosa an sich stellt keine Indikation für eine Psychotherapie dar, es wird aber bei bestimmten Indikationen eine psychotherapeutische bzw. psychosomatische (Mit-) Behandlung empfohlen: Mangelnde Krankheitsverarbeitung, partnerschaftliche oder familiäre Konflikte, Belastungssituationen (Arbeitsplatz oder Schule), soziale Isolation und/oder eine psychische Co-Morbidität wie depressive Störungen oder Angst. Die Indikation und Wahl der adäquaten Psychotherapie soll je nach der vorhandenen Störung bzw. nach Einholung einer Fachmeinung erfolgen. Entspannungsübungen werden als sinnvoll erachtet (C).

**Erläuterung:** In den kontrollierten Psychotherapiestudien werden vorwiegend positive Effekte auf die Krankheitsbewältigung, das Schmerzempfinden und auf das psychische Befinden beschrieben. Eine Studie mit Colitis ulcerosa- und Morbus Crohn-PatientInnen als gemeinsame Studienpopulation, die allerdings Mängel bei der Randomisierung aufweist, zeigte auch einen Einfluß von Psychotherapie auf die Krankheitsaktivität. Die in der Leitlinie angeführten Indikationsstellungen beruhen vorwiegend auf den Ergebnissen der zitierten Studien und den Erfahrungen der ExpertInnen.

Andererseits wissen wir aus der Psychotherapieforschung, daß die **Motivation** zu einer Psychotherapie eine ganz wesentliche Voraussetzung für einen Therapieerfolg ist. Würden jene 25 PatientInnen mitberücksichtigt, die nicht randomisiert werden konnten, weil sie Psychotherapie wollten, und jene mitgerechnet, die sich bereits in Psychotherapie befanden, käme ein ganz anderes Ergebnis heraus. Somit wurden PatientInnen, bei denen am ehesten ein Psychotherapieeffekt zu erzielen gewesen wäre, zugunsten einer besseren Methodik, nämlich dem randomisierten Design ausgeschlossen.

Unter diesen Umständen ist die Aussage noch überraschend positiv: „Es konnte die Hypothese, daß eine zusätzliche Psychotherapie neben der standardisierten medikamentösen Therapie einen positiven Einfluß auf den Krankheitsverlauf hat, nicht bestätigt werden. Es ist jedoch eine Tendenz in diese Richtung festzustellen, die Signifikanz wurde jedoch knapp verfehlt ( $p = 0,125$ )“. Somit kann lediglich bestätigt werden, daß die Diagnose CED

allein keine ausreichende Indikation für eine zusätzliche Psychotherapie ist.

## Indikationen für Psychotherapie bei CED

- Fehlende Krankheitsbewältigung
- Psychiatrische Komorbidität (Anpassungsstörung, Depression, phobisches Verhalten nach Abklingen der Durchfallsepsiden)
- Diskrepanz zwischen körperlichem Zustand und subjektivem Befinden
- Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und nachfolgender Krankheitsaktivierung
- Gestörte Arzt-Patienten-Beziehung, Complianceprobleme

Von dieser Indikation für eine zusätzliche Psychotherapie müssen wir die Notwendigkeit einer psychosomatischen Herangehensweise unterscheiden.

**Tabelle 5:** Leitlinien der DGVS für Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn (nach: Z Gastroenterologie 2003; 41: 19–68)

### Psychosomatik

Konsens: Psychosoziale Faktoren und die Lebensqualität der Betroffenen sind in der Betreuung zu berücksichtigen (B).

Erläuterung: Der Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Entstehung des Morbus Crohn scheint zwar gering zu sein, allerdings ist ein Einfluß psychosozialer Faktoren auf die Symptomanifestation und den Verlauf des Morbus Crohn nachgewiesen. Die Mehrheit der Expert/inn/en berücksichtigt psychosoziale Faktoren bei der Diagnostik und Therapie.

Konsens: Das erhöhte Risiko für psychische Störungen bei früher Erstmanifestation muß bei der Behandlungsplanung besonders beachtet werden (B).

Erläuterung: Bei früher Erstmanifestation in der Kindheit ist das Risiko für die Entwicklung einer späteren psychischen Störung erhöht. Es gibt keine spezifischen Persönlichkeitsmerkmale bei Patient/inn/en mit Morbus Crohn, auffällige Persönlichkeitsmerkmale werden als sekundäre, krankheitsbedingte Veränderungen oder als komorbide psychische Störungen interpretiert. Diese finden sich bei Patient/inn/en mit Morbus Crohn häufiger als bei Patient/inn/en mit Colitis ulcerosa.

Konsens: Die modulierende Rolle von subjektiv empfundenen chronischen Stressbelastungen und sozialer Unterstützung soll in die diagnostischen und therapeutischen Überlegungen Eingang finden (B).

Erläuterung: Stressbelastungen können zu einer Krankheitsaktivierung führen. Allerdings scheinen weniger einzelne (objektivierbare) belastende Lebensereignisse („life events“), sondern mehr subjektiv empfundene, chronische Stressbelastungen die Krankheit zu aktivieren. Die Mehrheit der Patient/inn/en empfindet psychischen Stress als krankheitsmodulierend.

Konsens: Bewältigungsstrategien haben einen Einfluß auf den Krankheitsverlauf, deshalb sollte bei maladaptivem Coping eine entsprechende psychosoziale und psychotherapeutische Unterstützung (siehe unten) angeboten werden (B).

Erläuterung: Ein Einfluß von psychischen Störungen und maladaptiven Bewältigungsstrategien auf die Lebensqualität und auf den Verlauf des M. Crohn ist bewiesen. Ebenso wichtig scheint eine soziale Unterstützung zu sein.

Konsens: Auf eine patientengerechte Information über die Krankheit ist zu achten (B). Zur Unterstützung der Krankheitsbewältigung können auch Schulungsprogramme empfohlen werden (C).

Erläuterung: Das Gefühl der Betroffenen, gut über die Erkrankung aufgeklärt zu sein, hat Einfluß auf das subjektive Befinden und die krankheitsbezogene Lebensqualität. Der objektive Informationsstand der PatientInnen (tatsächliches Wissen über die Erkrankung) scheint aber keinen Einfluß auf die Lebensqualität zu haben. Die Wertigkeit von Schulungsprogrammen muß aufgrund der Daten offen bleiben. Expert/inn/en der Konsensuskonferenz meinen, daß diese einen mäßigen Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung haben. Größer wird dieser Einfluß auf die psychische Situation der Betroffenen eingeschätzt.

Konsens: Psychotherapie kann einen Benefit für die Krankheitsbewältigung, die Lebensqualität und das psychische Befinden der Betroffenen bringen und ist bei folgenden Indikationen zu empfehlen (B):

- Ungünstige Krankheitsverarbeitung
- Partnerschaftliche oder familiäre Konflikte
- Soziale Belastungssituationen (Arbeitsplatz oder Schule)
- Sozialer Rückzug
- Psychische Komorbidität wie depressive Störungen, Angst oder Persönlichkeitsstörungen

Erläuterung: Ein genereller Einfluß von Psychotherapie auf den Krankheitsverlauf ist in den wenigen bisherigen Studien nicht belegt. Ein Benefit für die Krankheitsbewältigung, die Lebensqualität und das psychische Befinden der Betroffenen konnte in diesen Studien zum Teil nachgewiesen werden. Bisher wurden noch keine prospektiven, randomisierten, kontrollierten Studien zum Erfolg von Psychotherapie bei Subgruppen von Patienten mit komorbiden psychischen Störungen wie z. B. Depression oder maladaptiver Krankheitsverarbeitung durchgeführt. Es ist zu vermuten, daß in diesen Fällen Psychotherapie auch einen positiven Effekt auf den Verlauf der M. Crohn-Erkrankung hat.

Konsens: Die Art der psychotherapeutischen Behandlung soll je nach der vorhandenen Störung bzw. der individuellen Situation nach Einholung einer Fachmeinung gewählt werden (C).

Erläuterung: Es können verschiedene psychotherapeutische Methoden je nach Indikation und Verfügbarkeit empfohlen werden.

Konsens: Die betreuenden Ärzte/Ärztinnen sollten sich in der Lage fühlen, in einem Gespräch selbst die Indikation zur Psychotherapie zu stellen und über eine entsprechende psychosomatische Basiskompetenz verfügen. In Schwerpunktzentren für die Betreuung von CED soll die Möglichkeit einer integrierten medizinisch-psychosomatischen Diagnostik und Betreuung der Patient/inn/en bestehen. In Schwerpunktpraxen ist eine entsprechende Kooperation zu fordern. Darüber hinaus sollte auf Möglichkeiten der Unterstützung durch Selbsthilfegruppen hingewiesen werden (C).

Erläuterung: Die Mehrheit der Expert/inn/en der Konsensuskonferenz fühlt sich in der Lage, die Indikation für eine psychotherapeutische Intervention zu stellen. Psychosoziale Belastungen der Patient/inn/en sind auch ein Prädiktor für die Häufigkeit von Arztbesuchen bei den Gastroenterologen. Eine integrierte Form der psychosomatisch-psychotherapeutischen Betreuung ist daher erforderlich.

CED-PatientInnen bringen einerseits die allgemeinen Belastungen einer chronischen Erkrankung mit sich:

- Fehlende Hoffnung auf Heilung
- Unvorhersagbarkeit des Krankheitsverlaufs
- Reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit
- Abhängigkeit von Ärzten und wiederholte stationäre Krankenhausaufenthalte
- Soziale Beeinträchtigung (Arbeitsmarkt etc.)

Hinzu kommen bei CED-PatientInnen noch krankheitsspezifische Belastungen:

- Häufige Schmerzen
- Freie Beweglichkeit in Durchfallepisoden eingeschränkt
- Wiederholte schmerzhafte Untersuchungen oder Operationen
- Bedrohung der körperlichen Integrität und Attraktivität
- Partnerprobleme bei Affektionen und Schmerzen im Intimbereich
- Krebsängste etc.

All diese vielfältigen Auswirkungen der Krankheit auf die Psyche des Patienten und sein soziales Umfeld machen aber eine psychosomatische Betrachtungsweise bei allen CED-PatientInnen unbedingt erforderlich. Hier ist sicherlich ein abgestuftes Vorgehen in Abhängigkeit vom Ausmaß der psychosozialen Belastung sinnvoll (Tab. 8).

Jeder Arzt ist zur psychosomatischen Grundversorgung verpflichtet, wenn wir an das Ausmaß an psychosozialen Belastungen denken, das mit der Erkrankung verbunden ist und an deren Einfluß auf den Verlauf der Erkrankung,

**Tabelle 6:** Konsensusempfehlung der ÖGGH

Diagnostik und Therapie von Morbus Crohn

Psychosoziale Faktoren sind in der Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn mit einzubeziehen:

Im Rahmen des Erstgesprächs ist die psychosoziale Anamnese zu erheben und bei den Verlaufskontrollen zu berücksichtigen. Insbesondere ist zu fragen nach:

- Lebensqualität (Auswirkung der Krankheit auf soziale Aktivität, private Beziehungen, Berufsleben)
- Krankheitsbewältigung (Compliance, individuelle Ressourcen, subjektive Krankheitstheorien)
- Informationsgrad
- Anpassungsstörungen (Depression, Angst- und/oder Zwangsstörungen)

Es stimmt, daß

- der Einfluß von psychosozialen Faktoren auf die Entstehung von M. Crohn gering zu sein scheint,
- Patienten mit M. Crohn sich nicht durch eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur auszeichnen,
- die Diagnose M. Crohn alleine keine ausreichende Indikation für eine spezielle psychotherapeutische Betreuung darstellt.

Aber es ist durch zahlreiche Studien gut belegt, daß der Krankheitsverlauf von psychosozialen Faktoren beeinflusst wird:

- Der Informationsgrad beeinflusst die Lebensqualität und dies unabhängig vom Schweregrad der Erkrankung.
- Psychische Störungen und/oder Stress beeinflussen Krankheitsaktivität und Krankheitsverarbeitung.

Was sind Indikationen für psychosomatische / psychotherapeutische Interventionen?

- Anpassungsstörungen (Depression, Angst- und/oder Zwangsstörungen)
- Anhaltende psychosoziale Probleme in sozialen Beziehungen im Arbeits- und Schulbereich
- Fehlende Krankheitsbewältigung (Coping)
- Diskrepanz zwischen subjektiven Beschwerden und objektiveren Befunden
- Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und/oder Stress und nachfolgender Krankheitsaktivierung
- Gestörte Arzt-Patienten-Beziehung (mangelnde Compliance)

was in allen Leitlinien mit Evidenzgrad 2 belegt ist. Diese Betreuung erfordert die Erhebung einer psychosozialen Anamnese, der krankheitsbezogenen Ängste der PatientInnen, aber auch der Krankheitsbewältigungsressourcen. In diesem Gespräch ist die subjektive Krankheitstheorie der PatientInnen zu erfragen, um eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen und auf dieser aufbauend einen realistischen Behandlungsplan zu entwerfen. Für viele PatientInnen hilfreich ist auch die Kontaktaufnahme mit Betroffenen in den Selbsthilfegruppen.

PatientInnen, bei denen psychosoziale Faktoren eine wesentliche Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung spielen und wo das Ausmaß an psychosozialer Belastung die individuellen Bewältigungsmöglichkeiten bzw. die des privaten Umfeldes übersteigt, bedürfen einer zusätzlichen spezialisierten psychosomatischen Betreuung.

Dies wird im stationären Bereich idealerweise der psychosomatische Konsiliar-/Liaison-Dienst übernehmen bzw. bei Nicht-Vorhandensein eines solchen von Psychologen oder Psychiatern. In der Praxis empfiehlt sich die Zuweisung zu einer spezialisierten Psychosomatikambulanz.

Schließlich soll auf die hohe Akzeptanz von Arzt-Patienten-Tagen hingewiesen werden. Sie sind in Österreich auf Initiative von Frau Prof. Dr. Gabriele Moser entstanden

**Tabelle 7:** Ausschlussgründe bei konsekutivem M. Crohn (mod. nach Wietersheim et al. 2001)

Alle Patienten (Ausgangswert)	488
Ausgeschlossene Patienten	380
1 Ausschlusskriterium	279
Kein akuter Anfall in den letzten 2 Jahren	48
Andere Gründe (Terminkollisionen, zu weit entfernt vom Spital)	45
Kein akuter Anfall nach Resektion	33
Ablehnung	31
Psychotherapie erwünscht	25
Geplante Operation	14
Frühere Psychotherapie	14
Laufende Psychotherapie	13
Ablehnung der Psychotherapie	12
Immunsuppressive Therapie	12
Keine Spezifizierung	12
Alter > 55 Jahre	8
Ileostomie oder Kolostomie	6
Andere schwere Erkrankungen	6
Kombination von 2 Ausschlusskriterien	85
Kombination von 3 Ausschlusskriterien	16
Randomisierte Patienten	108

**Tabelle 8:** Stufenmodell der Psychosomatischen Versorgung

**Psychosomatische Grundversorgung** (durch jeden behandelnden Arzt zu gewährleisten)

- Psychosoziale Anamnese
- Krankheitsbezogene Ängste
- Krankheitsbewältigungsressourcen
- Subjektive Krankheitstheorie
- Anpassungsstörungen

**Stationärer Bereich**

- Psychosomatischer Konsiliar-/Liaison-Dienst oder, wenn nicht vor Ort,
- Psychologe oder Psychiater
- Auswärtige spezialisierte Psychosomatikambulanz

**Niedergelassener Bereich**

- CED-erfahrener Arzt für Psychosomatik
- Spezialisierte Psychosomatikambulanz
- Psychotherapeut

**Krisensituationen**

- Einweisung bzw. Transferierung in spezialisiertes Psychosomatik-department

und werden seit einigen Jahren gemeinsam mit Prof. Vogelsang und der Selbsthilfegruppe ÖMCCV höchst erfolgreich von ihr organisiert. Nach Fachvorträgen diskutieren Betroffene, deren Angehörige und behandelnde Ärzte die referierten Themen.

In besonderen Fällen kann auch die Aufnahme an einem spezialisierten Psychosomatik-Department bzw. einer Psychosomatikabteilung indiziert sein:

- Bei schwerer körperlicher Beeinträchtigung durch den akuten Schub und gleichzeitiger Indikation für eine Psychotherapie (s. o.),
- wenn eine hochfrequente Psychotherapie erforderlich ist,
- wenn das unmittelbare soziale Umfeld zur Aufrechterhaltung des Schubes beiträgt und
- wenn eine ambulante Psychotherapie nicht zumutbar ist.

### Zusammenfassung

Leitlinien empfehlen Erfassung und Berücksichtigung der psychosozialen Dimension der Erkrankung, da mit Evidenzgrad II erwiesen ist, daß dies eine Verbesserung der Lebensqualität des Patienten, sowie seiner Copingstrategien und eine Verringerung der Schmerzsymptomatik bewirkt. Jeder behandelnde Arzt ist verpflichtet die psychosomatische Grundversorgung selbst wahrzunehmen. Bei bestimmten Indikationen ist eine spezialisierte psychosomatische Behandlung erforderlich. Sie erfolgt durch den C/L-Dienst oder in einer Psychosomatikambulanz. In aus-

gewählten Fällen ergibt sich die Notwendigkeit einer Psychotherapie, die in der Regel ambulant erfolgen wird. Bei speziellen Indikationen ist auch eine stationäre Behandlung an einem Psychosomatikdepartment indiziert.

### Anhang: Wichtige Adressen

#### Spezialisierte Psychosomatikambulanzen in Wien:

AKH – Crohn-Ambulanz  
1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20  
Tel. 01/40 400-4750, 4778

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien  
1060 Wien, Stumpergasse 13  
Tel. 01/59988-3200  
Telefonische Voranmeldung für Crohn/Colitis-Ambulanz erbeten

#### Spezialisiertes Psychosomatik-Department in Wien:

Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik  
Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern in Wien  
Vorstand: Prim. Dr. Peter Weiss  
1060 Wien, Stumpergasse 13  
Tel. 01/59988-2105, Fax 01/59988-4041  
E-Mail: peter.weiss@bhs.at

#### Selbsthilfegruppe in Wien:

ÖMCCV  
1020 Wien, Obere Augartenstraße 26–28  
Tel. 01/333 06 33

### Literatur zur Psychosomatik des Morbus Crohn

Mayer LI. Current concepts of inflammatory bowel disease etiology and pathogenesis. In: Kirsner JB (ed). Inflammatory bowel disease. 5. Aufl. Saunders, Philadelphia-London-Toronto-Sydney, 2000; 280–96.

Drossman DA. Psychosocial factors in ulcerative colitis and Crohn's disease. In: Kirsner JB (ed). Inflammatory bowel disease. 5. Aufl. Saunders, Philadelphia-London-Toronto-Sydney, 2000; 342–57.

Engström I. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: Mental health and family functioning. J Pediatr Gastroenterol Nutrition 1999; 28: 528–33. (IIb)

North CS, Alpers DH. A review of studies of psychiatric factors in Crohn's disease: etiologic implications. Ann Clin Psychiatry 1994; 6: 117–24.

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.

Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. Behav Med 1991; 17: 101–10. (IIb)

Garrett VD, Brantley PJ, Jones GN, McNigh GT. The relation between daily stress and Crohn's disease. J Behav Med 1991; 14: 87–96. (III)

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. (III)

Robertson DAF, Ray J, Diamond I, Edwards JG. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. Gut 1989; 30: 623–6. (III)

Kordy H, Normann D. Psychische und somatische Faktoren des Krankheitsverlaufes bei Morbus Crohn. Psychosom med Psychol 1992; 42: 141–9. (III)

Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. Gut 1987; 28: 1600–4. (III)

Petrak F, Hardt J, Clement T et al. Impaired health-related quality of life in inflammatory bowel diseases: psychosocial impact and coping styles in a national German sample. Scand J Gastroenterol 2001; 36: 375–82. (III)

Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A et al. Psychological distress, social support, and disease activity in patients with inflammatory bowel disease. Am J Gastroenterol 2001; 96: 1470–9. (III)

Wietersheim J, Jantschek G, Sommer W, Zsarehi H. Education of patients with inflammatory bowel diseases. Wien Med Wochenschr 1999; 149: 352–4. (III)

Moser G, Tillinger W, Sachs G et al. Disease-related worries and concerns: a study on out-patients with inflammatory bowel disease. Eur J Gastroenterol-Hepatol 1995; 7: 853–8. (III)

Verma S, Tsai HH, Giaffer MH. Does better disease-related education improve quality of life? A survey of IBD patients. Dig Dis Sci 2001; 46: 865–9. (III)

Lange A, Haslbeck E, Andus T et al. Patient education in inflammatory bowel disease. Z Gastroenterol 1996; 34: 411–5. (II)

Jantschek G, Zeitz M, Pritsch M et al. Effect of psychotherapy on the course of Crohn's disease. Results of the German prospective multicenter psychotherapy treatment study on Crohn's disease. German Study Group on Psychosocial Intervention in Crohn's Disease. Scand J Gastroenterol 1998; 33: 1289–96. (Ib)

Milne B, Joachim G, Niedhardt J. A stress management program for inflammatory bowel disease patients. J Advan Nurs 1986; 11: 561–7. (II)

Schwarz SP, Blanchard EB. Evaluation of psychological treatment for inflammatory bowel disease. Behav Res Ther 1991; 29: 167–77. (II)

Künsebeck HW, Lempa W, Freyberger H. Kurz- und Langzeiteffekte ergänzender Psychotherapie bei Morbus Crohn. In: Lamprecht F (Hrsg). Spezialisierung und Integration in Psychosomatik und Psychotherapie. Springer, Berlin, 1987; 253–62. (III)

De-Boer AG, Sprangers MA, Bartelsman JF, De-Haes HC. Predictors of health care utilization in patients with inflammatory bowel disease: a longitudinal study. Eur J Gastroenterol-Hepatol 1998; 10: 783–9. (III)

Adler R (Hrsg.). Psychosomatik als Wissenschaft – Integrierte Medizin gedacht und gelebt. Schattauer, Stuttgart-New York, 2000.

## Literatur zur Psychosomatik der Colitis ulcerosa

- Salem SN, Shubair KS. Non-specific ulcerative colitis in Bedouin Arabs. *Lancet* 1967; 1: 473-4. (IV)
- Tocchi A, Lepre L, Liotta G et al. Familial and psychological risk factors of ulcerative colitis. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1997; 29: 395-8. (IIa)
- Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1987; 28: 1600-4. (III)
- Duffy LC, Zielezny MA, Marshall JR et al. Relevance of major stress events as an indicator of disease activity prevalence in inflammatory bowel disease. *Behav Med* 1991; 17: 101-10. (IIb)
- Levenstein S, Prantera C, Varvo V et al. Psychological stress and disease activity in ulcerative colitis: a multidimensional cross-sectional study. *Am J Gastroenterol* 1994; 89: 1219-25. (IIa)
- Levenstein S, Prantera C, Voarvo V et al. Stress and exacerbation in ulcerative colitis: A prospective study of patients enrolled in remission. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 1213-20. (IIb)
- Riley SA, Mani V, Goodman MJ et al. Why do patients with ulcerative colitis relapse? *Gut* 1990; 31: 179-83. (IIb)
- Wietersheim J, Overbeck A, Kiel K et al. 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. (IIb)
- Paar GH, Bezenberger U, Lorenz-Meyer H. Über den Zusammenhang von psychosozialen Stress und Krankheitsaktivität bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. *Z Gastroenterol* 1988; 26: 648-57. (III)
- North CS, Alpers DH, Helzer JE et al. Do life events or depression exacerbate inflammatory bowel disease? A prospective study. *Ann Intern Med* 1991; 114: 381-6. (IIb)
- Robertson DAF, Ray J, Diamond I et al. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989; 30: 623-6. (III)
- Moser G, Tillinger W, Sachs G et al. Disease-related concerns: a study on out-patients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1995; 7: 853-8. (III)
- Lange A, Haslbeck E, Andus T et al. Patient education in inflammatory bowel disease. *Z Gastroenterol* 1996; 34: 411-5. (II)
- Engström I, Lindquist BL. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: a somatic and psychiatric investigation. *Acta Paediatr Scand* 1991; 89: 640-7. (IIa)
- Engström I. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: mental health and family functioning (Review). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: S28-33.
- Shaw L, Ehrlich A: Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain* 1987; 29: 287-93. (IIa)
- Schwarz SP, Blanchard EB. Evaluation of psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther* 1991; 29: 167-77. (IIb)
- Patterson M. An evaluation of the effectiveness of psychotherapy in the treatment of ulcerative colitis. *Gastroenterol* 1964; ??? (IIb)
- Milne B, Joachim G, Niedhardt J. A stress management program for inflammatory bowel disease patients. *J Advan Nurs* 1986; 11: 561-7. (IIb)



**Prim. Dr. Peter Weiss**

Geboren 1949 in Wien, Baccalauréat am Lycée français de Vienne, Promotion 1974 in Wien. Facharzt für Innere Medizin mit dem Zusatzfach Gastroenterologie und Hepatologie; Psychotherapeut. Mitbegründer und Vorstandsmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der inneren Medizin. Leiter der Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik am KH der Barmherzigen Schwestern in Wien.

# 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](#)