

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

Morbus Crohn und Psychosomatik

Moser G

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2011; 9 (2), 14-17

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

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

Morbus Crohn und Psychosomatik

G. Moser

Kurzfassung: Die psychosoziale Dimension bei Morbus Crohn soll in der Diagnostik und Therapie dieser chronisch entzündlichen Darmerkrankung berücksichtigt werden. Dieses Leiden trifft zumeist junge Individuen, nimmt einen chronischen Verlauf, ist mit tabuisierten Beschwerden verbunden und derzeit trotz intensiver Forschung unheilbar. Beeinträchtigte Lebensqualität und psychische Störungen wie Angst und Depressivität sind mögliche Folgen dieser Erkrankung. Die moderne psychosomatische Medizin bezieht sich auf das biopsychosoziale Modell, in dem parallel die bio-

logischen, psychischen und sozialen Faktoren bei der Entstehung und dem Verlauf von Erkrankungen zu berücksichtigen sind. In der folgenden Übersichtsarbeit werden diese Faktoren für den Morbus Crohn dargestellt.

Abstract: The Psychosocial Dimension of Crohn's Disease. The psychosocial dimension of Crohn's disease should be considered in the diagnosis and therapy of this chronic inflammatory bowel disease. The onset of illness takes mostly place at a younger age, the disease has a

chronic course, symptoms are often a taboo and despite intense research it is so far incurable. Impaired quality of life and psychological disturbances such as anxiety and depression are possible consequences. Modern psychosomatic medicine integrates a bio-psycho-social model of the disease, in which biological, psychological, and social factors are considered for etiology and for the course of the disease. In this review, these factors are presented for Crohn's disease. **J Gastroenterol Hepatol Erkr 2010; 8 (Pre-Publishing Online): 1–4.**

■ Einleitung

Als chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) wird eine Gruppe von Erkrankungen mit Entzündung des Intestinaltrakts bezeichnet, deren Ursache bis dato unbekannt ist. Allgemein erfolgt eine Einteilung in 2 Hauptgruppen, die Colitis ulcerosa und den Morbus (Mb) Crohn. Beim Mb. Crohn liegt eine transmurale Entzündung vor, die alle Abschnitte des gesamten Gastrointestinaltrakts betreffen und sowohl segmental als auch kontinuierlich auftreten kann. Die Erkrankung verläuft chronisch-rezidivierend, die akute Krankheitsaktivität geht häufig mit Durchfall, Bauchschmerzen, Gewichtsverlust, oft auch mit Fieber oder Darmblutungen sowie perianalen Läsionen oder Fisteln einher. Eine Stenose von befallenen Darmabschnitten kann starke Schmerzen verursachen, welche häufig im Bereich des terminalen Ileums und der Ileozökalklappe auftritt. Zirka 90 % aller Patienten mit Mb. Crohn brauchen mindestens einmal im Leben wegen einer Komplikation eine Operation (Stenosen, Fisteln, Abszesse, Perforation etc.). Bei 20 % der operierten Patienten wird innerhalb von 5 Jahren ein Rezidiveingriff erforderlich [1]. Weitere 22–33 % benötigen > 2 Operationen. Etwa 20 % der Erkrankten haben eine chronisch entzündliche Aktivität ohne Remissionsphasen [2]. Ein erster Erkrankungsgipfel findet sich zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr, ein zweiter wurde auch im 6. Lebensjahrzehnt beschrieben [3]. Trotz intensiver Forschung wurden krankheitsauslösende Ursachen bis heute nicht eindeutig identifiziert. Aufgrund von Beobachtungen in Migrationspopulationen, einer familiären Häufung sowie höherer Prävalenzen bei eineiigen gegenüber zweieiigen Zwillingen und bereits identifizierter Genveränderungen (z. B. NOD2/CARD15) wird von einem Zusammenspiel einer Vielzahl genetischer Faktoren mit komplexen Umwelteinflüssen ausgegangen.

Im Folgenden werden psychosoziale Faktoren bei Mb. Crohn dargelegt. Eine ausführlichere Literatur dazu wurde u. a. von der Autorin in den deutschen und europäischen Leitlinien zur

Diagnostik und Therapie des Mb. Crohn zusammengestellt [4–7] und findet sich auch im Nachschlagewerk „Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie“ [8].

■ Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung und den Verlauf des Mb. Crohn

Ein Einfluss psychosozialer Faktoren wie Persönlichkeitsmerkmale, belastende Lebensereignisse und Alltagsbelastungen auf die Entstehung des Mb. Crohn wurde im vorigen Jahrhundert vermutet, kann aber nicht nachgewiesen werden. Prospektive Studien konnten aber zeigen, dass Patienten mit depressiver Stimmung, gesteigertem Stressempfinden und assoziierter Angst ein höheres Risiko für eine höhere Krankheitsaktivität haben [9–11]. Bitton et al. [12] konnten in einer prospektiven Studie zeigen, dass Patienten mit Mb. Crohn, welche weniger Stress und weniger Vermeidungsverhalten bzw. Rückzugstendenzen zeigen, auch weniger Krankheitsaktivität aufweisen. Psychische Faktoren können auch dafür verantwortlich sein, dass von den Betroffenen höhere Scores in den subjektiven Items (Allgemeinbefinden, Schmerz u. a.) der Aktivitätsindizes wie z. B. des „Crohn's Disease Activity Index“ (CDAI) angegeben werden [13, 14].

■ Lebensqualität und psychosoziale Beeinträchtigung

Betroffene müssen mit einer nicht sichtbaren und tabuisierten Behinderung leben und werden von vielen Ängsten begleitet [15]: 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. Bis zu 30 % der Patienten mit CED verheimlichen aufgrund ihrer Erfahrungen die Krankheit am Arbeitsplatz. Trotzdem muss betont werden: Die gesundheitspezifische Lebensqualität von Betroffenen mit Mb. Crohn mit einer Langzeitremission unterscheidet sich nicht von der in der Normalbevölkerung [16]. Die psychosozialen Folgen der Krankheit werden mit steigender Schwere der Erkrankung bedeutsamer.

Aus der Univ.-Klinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Moser, Univ.-Klinik für Innere Medizin III, Medizinische Universität Wien, A-1090 Wien, Währinger Gürtel 18–20; E-Mail: gabriele.moser@meduniwien.ac.at

Zahlreiche Studien zeigen, dass die Lebensqualität von der Krankheitsaktivität, den assoziierten Symptomen, aber auch vom Geschlecht der Betroffenen beeinflusst wird. Frauen mit CED haben meist eine größere Beeinträchtigung der psychischen Befindlichkeit und Lebensqualität als männliche Betroffene [17–19]. Frauen mit CED sind häufiger erwerbsunfähig [20], haben eine höhere Zahl an Krankenhaus- und Krankenschreibungstagen als Männer [21] und zeigen mehr Einschränkungen im Sexualbereich [22, 23]. Männliche Jugendliche scheinen im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen mehr Probleme und eine schlechtere Lebensqualität zu haben [24]. Familiäre Dysfunktion und emotionale sowie Verhaltensprobleme sind mit einer unzureichenden medikamentösen Therapietreue assoziiert [25].

■ Häufigkeit psychischer Störungen

Psychische Störungen sind aufgrund der krankheitsbezogenen Belastungen eine mögliche Folgeerscheinung des Mb. Crohn. Das Ausmaß der seelischen Belastung korreliert mit der Krankheitsschwere, beeinflusst die gesundheitsbezogene Lebensqualität und den Krankheitsverlauf. Jugendliche mit CED sind im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen ängstlicher und depressiver und geben mehr soziale Probleme an [26]. Insbesondere die depressive Krankheitsverarbeitung ist ein Prädiktor für schlechtere Lebensqualität [27]. Auch wurde eine Beziehung zwischen psychischen Faktoren und der Prävalenz von Reizdarmsyndrom-ähnlichen Symptomen bei Patienten mit CED in Remission beschrieben [28, 29]. Patienten mit Mb. Crohn weisen im Vergleich zu Patienten mit Colitis ulcerosa oder anderen chronischen Erkrankungen etwas häufiger psychische Störungen (bis zu 50 % Depression) und eine schlechtere Lebensqualität auf. Miehsler et al. [30] zeigten, dass Angst für Betroffene mit Mb. Crohn ein häufigeres Problem als Depressivität darstellt (37 % vs. 18 %). Patienten mit Angst berichteten über mehr Inanspruchnahme von medizinischen Einrichtungen und zeigten auch eine schlechtere Lebensqualität mit einer höheren Prävalenz an Depression. Dass psychische Störungen auch unabhängig von der Schwere der Erkrankung zu einer vermehrten Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe (Anzahl der Arztbesuche) beitragen, wurde bereits von de Boer et al. gezeigt [31]. Fuller-Thomson et al. zeigten, dass Depressionen bei CED-Patienten 3× häufiger sind (16,3 % vs. 5,6 %) als in der Allgemeinbevölkerung [32]. Dabei hatten 17 % der depressiven Patienten in den vergangenen 12 Monaten Selbstmordgedanken, Frauen häufiger als Männer (50 % vs. 31 %).

■ Beachtung psychosomatischer Faktoren im klinischen Alltag

Die psychosozialen Folgen und die gesundheitsbezogene Lebensqualität sollten auch unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte bei den planmäßigen Arztbesuchen erfragt werden. Individuelle Information und Erklärungen zur Erkrankung sind in einem persönlichen Gespräch zu geben und die Betroffenen im persönlichen Gespräch empathisch zu unterstützen. Selbstmanagement-Handbücher und patientenzentrierte Konsultationen verbessern zwar die Krankheitskon-

trolle der Betroffenen [33, 34], die alleinige Übermittlung von Patientenbroschüren ist aber nicht hilfreich und kann sogar die gesundheitsbezogene Lebensqualität verschlechtern [35]. Betroffene sollten auch über die Existenz von Patientenselbsthilfeorganisationen informiert werden. Patientenschulungsprogramme scheinen einen sehr begrenzten Einfluss auf den Verlauf der Krankheit oder die psychische Situation der Betroffenen zu haben.

■ Integrierte psychosomatische Versorgung

Der Bedarf an zusätzlicher psychischer Betreuung bei Betroffenen mit Mb. Crohn wird häufig unterschätzt. Miehsler et al. entwickelten einen kurzen standardisierten Fragebogen, um den subjektiven Bedarf an psychologischer Betreuung bei Betroffenen zu erfassen. Dieses „Assessment of the Demand for Additional Psychological Treatment“ (ADAPT) [36, 37] zeigte, dass ein Drittel der Betroffenen in einem CED-Zentrum selbst einen hohen Bedarf an zusätzlicher psychischer Betreuung angibt. Da psychische Störungen und Stress mit inadäquaten Bewältigungsstrategien Risikofaktoren für die Krankheitsaktivierung darstellen, ist eine integrierte psychosomatische Abklärung und (Erst-) Versorgung notwendig. Ein Training von Gastroenterologen, psychosomatische Aspekte in die klinische Praxis zu integrieren, sollte in Erwägung gezogen werden. Alle bisherigen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie im deutschsprachigen Raum und auch die europäischen Leitlinien empfehlen, dass in CED-Zentren eine integrierte psychosomatische Versorgung angeboten werden sollte [4–7].

■ Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Psychotherapie hat einen positiven Effekt vorwiegend auf die psychologischen Dimensionen der Erkrankung, wie psychisches Wohlbefinden, Strategien zur Krankheitsverarbeitung und Stressbewältigung. Die Diagnose Mb. Crohn alleine ist nicht ausreichend, um eine Psychotherapie zu empfehlen. In kontrollierten Studien zeigt Psychotherapie bei Patienten ohne psychische Störungen für die Betroffenen kaum Vorteile. In einer Nachuntersuchung der deutschen (randomisiert kontrollierten) Multicenterstudie über den Effekt von Psychotherapie bei Patienten mit Mb. Crohn (ohne psychische Störungen) konnte allerdings gezeigt werden, dass die psychotherapeutisch behandelte Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in den Jahren nach Therapieende eine signifikante Verringerung der Krankenhaustage aufwies. Damit kann ein Benefit durch eine zusätzliche Psychotherapie angenommen werden [21]. Psychotherapeutische Interventionen sind aber primär bei psychischen Störungen wie Depressionen und Angst, reduzierter Lebensqualität, maladaptiver Krankheitsbewältigung sowie zur Raucherentwöhnung indiziert. Bei Rauchern ist die Wirksamkeit eines Rauchstopps der einer immunsuppressiven Therapie vergleichbar [38]. Die Wahl des psychotherapeutischen Verfahrens ist abhängig von der psychischen Störung. Entspannungsübungen sind sinnvoll, da sie leicht zu erlernen und durchzuführen sind und ihre Wirksamkeit erwiesen ist [39]. Eine Therapie mit Psychopharmaka kann bei Mb. Crohn mit

deutlichen psychischen Störungen (z. B. Depression, Angststörung) notwendig werden, bisher existieren dazu lediglich nichtkontrollierte Studien.

■ Relevanz für die Praxis und Fragen

Morbus Crohn kann alle Lebensbereiche beeinflussen, die größte Beeinträchtigung betrifft die emotionale und psychosoziale Situation.

1. Der Wechsel in der Krankheitsaktivität kann zu psychischem Stress führen und korreliert mit an- und absteigender Angst und Depressivität.
2. Das Ausmaß der psychischen Störung korreliert mit der Schwere der Erkrankung.
3. Unabhängig davon bedarf ein Drittel der Betroffenen einer zusätzlichen psychosomatischen Betreuung.
4. Depressivität, Angst und Stress mit mangelnden Bewältigungsstrategien stellen ein Risiko für eine Krankheitsaktivierung dar. Eine integrierte psychosomatische Betreuung ist daher erforderlich.

1. Welche Faktoren korrelieren mit psychischen Störungen bei Mb. Crohn?

- a) Lange Krankheitsdauer
- b) Weibliches Geschlecht
- c) Schwere der Krankheit
- d) Alter

2. Wieviele Patienten mit Mb. Crohn benötigen eine zusätzliche psychosomatische Betreuung?

- a) Ein Viertel
- b) Ein Drittel
- c) Die Hälfte
- d) Alle

3. Was stellt ein Risiko für eine Krankheitsaktivierung dar?

- a) Belastende Lebensereignisse allgemein
- b) Hohe Selbstansprüche
- c) Eine bestimmte Persönlichkeitsstruktur
- d) Stressbelastung mit mangelnder Bewältigungsstrategie

- - - - -
Lösung
 - - - - -

Literatur:

1. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G. Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterology* 1990; 99: 956–63.

2. Binder V, Hendriksen C, Kreiner S. Prognosis in Crohn's disease – based on results from a regional patient group from the country of Copenhagen. *Gut* 1985; 26: 146–50.

3. Stowe SP, Redmond SR, Stormont JM, Shah AN, Chessin LN, Segal HL, Chey WY. An epidemiologic study of inflammatory bowel disease in Rochester, New York. Hospital incidence. *Gastroenterology* 1990; 98: 104–10.

4. Hoffmann JC, Preiss JC, Autschbach F, Buhr HJ, Häuser W, Herrlinger K, Höhne W, Koletzko S, Kriegelstein CF, Kruijs W, Matthes H, Moser G, Reinshagen M, Rogler G, Schreiber S, Schreyer AG, Sido B, Siegmund B, Stallmach A, Bokemeyer B, Stange EF, Zeitz M. Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of Crohn's disease. *Z Gastroenterol* 2008; 46: 1094–146.

5. Elkjaer M, Moser G, Reinisch W, Durovicova D, Lukas M, Ucelic B, Wewer V, Colombel JF, Shuhaibar M, O'Morain C, Politi P, Odes S, Bernklev T, Øresland T, Nikulina I, Belousova E, Eijk I, Munkholm P. IBD patients need in health of care ECCO consensus. *J Crohn Colitis* 2008; 2: 181–8.

6. Caprilli R, Gassull MA, Escher JC, Moser G, Munkholm P, Forbes A, Hommes DW,

Lochs H, Angelucci E, Cocco A, Ucelic B, Hildebrand H, Kolacek S, Riis L, Lukas M, de Franchis R, Hamilton M, Jantschek G, Michetti P, O'Morain C, Anwar MM, Freitas JL, Mouzas IA, Baert F, Mitchell R, Hawkey CJ; European Crohn's and Colitis Organisation. European evidence based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease: special situations. *Gut* 2006; 55 (Suppl 1): i36–i58.

7. Moser G. Psychosomatics [Diagnostics and treatment of Crohn's disease – results of an evidence-based consensus conference of the German Society for Digestive and Metabolic Diseases]. *Z Gastroenterol* 2003; 41: 50–1.

8. Moser G (Hrsg). *Psychosomatik in der Gastroenterologie und Hepatologie*. Springer-Verlag, Wien-New York, 2007.

9. Persoons P, Vermeire S, Demyttenaere K, Fischler B, Vandenberghe J, Van Oudenhove L, Pierik M, Hlavaty T, Van Assche G, Noman M, Rutgeerts P. The impact of major depressive disorder on the short- and long-term outcome of Crohn's disease treatment with infliximab. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 22: 101–10.

10. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T, Oefflerbauer-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.

11. 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.

12. Bitton A, Dobkin PL, Edwardes MD, Sewitch MJ, Meddings JB, Rawal S, Cohen A, Vermeire S, Duffresne L, Franchimont D, Wild GE. Predicting relapse in Crohn's disease: a biopsychosocial model. *Gut* 2008; 57: 1386–92.

13. 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.

14. 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.

15. Moser G, Tillinger W, Sachs G, Genser D, Maier-Dobersberger T, 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.

16. Andersson P, Olaison G, Bendtsen P, Myrelid P, Sjodahl R. Health related quality of life in Crohn's proctocolitis does not differ from a general population when in remission. *Colorectal Dis* 2003; 5: 56–62.

17. Rubin GP, Hungin AP, Chinn DJ, Dwarkanath D. Quality of life in patients with established inflammatory bowel disease: a UK general practice survey. *Aliment Pharmacol Ther* 2004; 19: 529–35.

18. Bernklev T, Jahnsen J, Lygren I, Henriksen M, Vatn M, Moum B. Health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease measured with the short form-36: psychometric assessments and a comparison with general population norms. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 909–18.

19. Saibeni S, Cortinoviis I, Beretta L, Tatarella M, Ferraris L, Rondonotti E, Corbellini A, Bortoli A, Colombo E, Alvisi C, Imperiali G, de Franchis R; Gruppo di Studio per le Malattie Infiammatorie Intestinali. Gender and disease activity influence health-related quality of life in inflammatory bowel diseases. *Hepatogastroenterology* 2005; 52: 509–15.

20. Bernklev T, Jahnsen J, Henriksen M, Lygren I, Aadland E, Saunar J, Schulz T, Stray N, Vatn M, Moum B. Relationship between sick leave, unemployment, disability, and health-related quality of life in patients with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 402–12.

21. Deter HC, Keller W, Wietersheim J, Jantschek G, Duchmann R, Zeitz M. Psychological treatment may reduce the need for healthcare in patients with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13: 745–52.

22. Timmer A, Bauer A, Dignass A, Rogler G. Sexual function in persons with inflammatory bowel disease: a survey with matched controls. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2007; 5: 87–94.

23. Timmer A, Bauer A, Kempner D, Fürst A, Rogler G. Determinants of male sexual function in inflammatory bowel disease: A survey-based cross-sectional analysis in 280 men. *Inflamm Bowel Dis* 2007; 13: 1236–43.

24. De Boer M, Grootenhuys M, Derckx B, Last B. Health-related quality of life and psychosocial functioning of adolescents with inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 400–6.

25. Mackner LM, Crandall WV. Oral medication adherence in pediatric inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2005; 11: 1006–12.

26. Mackner LM, Crandall WV, Szigethy EM. Psychosocial functioning in pediatric inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 239–44.

27. Mussell M, Bocker U, Nagel N, Singer MV. Predictors of disease-related concerns and other aspects of health-related quality of life in outpatients with inflammatory bowel disease. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2004; 16: 1273–80.

28. Farrokhyar F, Marshall JK, Easterbrook B, Irvine EJ. Functional gastrointestinal disorders in patients with inactive inflammatory bowel disease: Prevalence and impact of health. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 38–46.

29. Simren M, Axelsson J, Gillberg R, Svedlund J, Björnsson ES. Quality of life in inflammatory bowel disease in remission: The impact of IBS-like symptoms and associated psychological factors. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 389–96.

30. Miehsler W, Weichselberger M, Offerlbauer-Ernst A, Dejaco C, Reinisch W, Vogelsang H, Machold K, Stamm T, Gangl A, Moser G. Which patients with IBD need psychological interventions? A controlled study. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14: 1273–80.

31. De Boer A, Sprangers M, Bartelsman J, Haes H. Predictors of health care utilization in patients with inflammatory bowel disease: a longitudinal study. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1998; 10: 783–9.

32. Fuller-Thomson E, Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12: 697–707.

33. Kennedy A, Nelson E, Reeves D, Richardson G, Roberts C, Robinson A, Rogers A, Sculpher M, Thompson D. A randomised controlled trial to assess the impact of a package comprising a patient-orientated, evidence-based self-help guidebook and patient-centred consultations on disease management and satisfaction in inflamma-

tory bowel disease. *Health Technol Assess* 2003; 7: iii, 1–113.

34. Kennedy AP, Nelson E, Reeves D, Richardson G, Roberts C, Robinson A, Rogers AE, Sculpher M, Thompson DG. A randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost of a patient orientated self management approach to chronic inflammatory bowel disease. *Gut* 2004; 53: 1639–45.

35. Bargaonkar MR, Townson G, Donnelly M, Irvine EJ. Providing disease-related information worsens health-related quality of life in inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis* 2002; 8: 264–9.

36. 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 psy-

chological 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.

37. Miehsler W, Dejaco C, Moser G. Factor analysis of ADAPT questionnaire for assessment of subjective need for psychological interventions. *Inflamm Bowel Dis* 2008; 14: 142–3.

38. Johnson GJ, Cosnes J, Mansfield JC. Review article: smoking cessation as primary therapy to modify the course of Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21: 921–31.

39. Garcia-Vega E, Fernandez-Rodriguez C. A stress management programme for Crohn's disease. *Behav Res Ther* 2004; 42: 367–83.

Univ.-Prof. Dr. med. Gabriele Moser

1977–1984 *Medizinstudium an der Universität Wien*, 1984 *Promotion zur Dr. med. univ.* Seit 1991 *Fachärztin für Innere Medizin*, seit 1993 *Psychotherapeutin (Psychoanalytische Ausbildung)*, 1994 *Diplom für Psychotherapeutische Medizin der Österreichischen Ärztekammer*, 1996 *Venia docendi für Innere Medizin*, *Aufbau und Leitung der wissenschaftlichen Arbeitsgruppe und Ambulanz für Gastroenterologische Psychosomatik an der Univ.-Klinik für Innere Medizin IV in Wien*. 1998–2000 und 2004–2006 *Präsidentin der Österreichischen Gesellschaft für Psychosomatik in der Inneren Medizin*. 2000–2004 *Vizektorin der Universität Wien*. *Wissenschaftlicher Forschungsschwerpunkt: Psychosomatik in der Gastroenterologie.*



Lösung von S. 3: 1c; 2b; 3d

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](#)