

Präambel

Aussage

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. Auffällige Persönlichkeitsmerkmale können eher als sekundäre, krankheitsbedingte Veränderungen interpretiert werden (A).

Erläuterung

In der Literatur gibt es nur wenige Hinweise (mit hypothetischer Interpretation) zum Einfluss psychosozialer Faktoren auf die Entstehung der Colitis ulcerosa [1–4].

Stressbelastung und Krankheitsaktivität

Aussage

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 (A).

Erläuterung

Während Studien zu chronisch subjektiver Stressbelastung mehrheitlich einen Zusammenhang zum Verlauf der Colitis ulcerosa zeigen, sind die Studien über den Einfluss einzelner belastender Lebensereignisse („life events“) widersprüchlich [1–13]. Die Ex-

pertInnen waren der Meinung, dass Patienten Stress als krankheitsmodulierend empfinden. Betroffene selbst bezeichnen psychischen Stress jedenfalls auch als krankheitsauslösend [14, 15].

Psychosoziale Faktoren und Betreuung

Empfehlung

Psychosoziale Faktoren sind in der Betreuung zu berücksichtigen. Bewältigungsstrategien der Patienten haben einen mäßigen Einfluss auf den Krankheitsverlauf. Es konnte bisher zwar kein Einfluss von Schulungsprogrammen auf den Krankheitsverlauf nachgewiesen werden, sie scheinen aber die Compliance der Betroffenen positiv zu verändern (A).

Erläuterung

Experten berücksichtigen psychosoziale Faktoren in der Betreuung von Patienten mit Colitis ulcerosa zumindest in der Form, dass in ihrem Bereich mehrheitlich die Möglichkeit einer simultan-medizinischen und psychosomatischen Betreuung besteht. Zu Bewältigungsstrategien an sich und zur Bedeutung der Arzt-Patienten-Interaktion gibt es nur wenige publizierte Studien [16, 17]. Die Lebensqualität, Sorgen und Ängste der Patienten korrelieren mit dem Informationsstand über die Krankheit [18]. Entgegen der Meinung von ExperInnen konnte in Langzeituntersuchungen bisher kein Nachweis für einen positiven Einfluss von Schulungsprogrammen auf den Krankheitsverlauf erbracht werden [19–21], aber auf die Compliance der Patienten [17].

affiliation

¹ Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin IV, Wien, Austria

² Universität zu Lübeck, Medizinische Klinik II, Lübeck, Germany

correspondence

Prof. Dr. G. Moser · Universität Wien, Universitätsklinik für Innere Medizin IV · Währinger Gürtel 18–20 · 1090 Wien · Austria · Tel.: ++43/1/40400/4741 · Fax: ++43/1/40400/4735 · E-mail: gabriele.moser@meduniwien.ac.at · Homepage: www.gabrielemoser.at

bibliography

Z Gastroenterol 2004; 42: 1038–1040 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
DOI 10.1055/s-2004-813517
ISSN 0044-2771

Psychische Störungen

Aussage

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 (A).

Erläuterung

Einen Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Verlauf der entzündlichen Darmerkrankung wiesen einige prospektive Studien nach [3, 11, 13]. Engström und Lindquist fanden, dass Kinder und Jugendliche ein höheres Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen, insbesondere depressive und Angststörungen, haben [22, 23]. Psychische Störungen wie Angst und Depression beeinträchtigen auch unabhängig von der Schwere der Colitis die Lebensqualität [24] und können sehr frühzeitig nach bzw. schon vor der Diagnosestellung (eventuell aufgrund noch unklarer Symptome) der Erkrankung auftreten [4].

Angebot psychosomatisch-psychotherapeutischer Betreuung

Empfehlung

Die betreuenden Ärzte/Ärztinnen sollen in einem Gespräch selbst die Indikation zur Psychotherapie stellen können. In CED-Schwerpunktzentren und spezialisierten Praxen soll die Möglichkeit einer integrierten medizinisch-psychosomatischen Betreuung der Patienten bestehen. Die Patienten sollen auf Möglichkeiten der Selbsthilfe hingewiesen werden (C).

Erläuterung

Die Mehrheit der Konsensusteilnehmer 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 oder einer entsprechend spezialisierten Praxis.

Psychotherapie

Empfehlung

Psychotherapie hat einen positiven Effekt auf die Krankheitsbewältigung, das psychische Befinden und die Schmerzreduktion.

Die Diagnose Colitis ulcerosa an sich stellt keine Indikation für eine Psychotherapie dar, bei bestimmten Indikationen sollte eine psychotherapeutische bzw. psychosomatische (Mit-)Behandlung durchgeführt werden (A): mangelnde Krankheitsverarbeitung, partnerschaftliche oder familiäre Konflikte, Belastungssituationen (Arbeitsplatz oder Schule), soziale Isolation und/oder eine psychische Komorbidität wie depressive Störungen oder Angst. Die Indikation und Wahl der adäquaten Psychotherapie soll je nach vorhandener Störung bzw. nach Einholung einer Fachmeinung erfolgen. Entspannungsübungen werden als sinnvoll erachtet.

Erläuterung

In den kontrollierten Psychotherapiestudien werden vorwiegend positive Effekte auf die Krankheitsbewältigung, das Schmerzempfinden und auf das psychische Befinden beschrieben [25–28]. Eine Studie mit Colitis-ulcerosa- und Morbus-Crohn-Patienten als gemeinsame Studienpopulation, die allerdings Mängel bei der Randomisierung aufweist, zeigte auch einen Einfluss von Psychotherapie auf die Krankheitsaktivität [29]. Die in der Leitlinie angeführten Indikationsstellungen beruhen vorwiegend auf den Ergebnissen der zitierten Studien und den Erfahrungen der ExpertInnen [30, 31].

Literatur

- Salem SN, Shubair KS. Non-specific ulcerative colitis in Bedouin Arabs. *Lancet* 1967; 1: 473–474 (IV)
- Tocchi A, Lepre L, Liotta G et al. Familial and psychological risk factors of ulcerative colitis. *Ital J Gastroenterol Hepatol* 1997; 29: 395–398 (IIa)
- Andrews H, Barczak P, Allan RN. Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1987; 28: 1600–1604 (III)
- Kurina LM, Goldacre MJ, Yeates D et al. Depression and anxiety in people with inflammatory bowel disease. *J Epidemiol Community Health* 2001; 55: 716–720 (IIb)
- 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: 101–110 (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: 1219–1225 (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 (5): 1213–1220 (IIb)
- Riley SA, Mani V, Goodman MJ et al. Why do patients with ulcerative colitis relapse? *Gut* 1990; 31: 179–183 (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, Bezzemberger U, Lorenz-Meyer H. Über den Zusammenhang von psychosozialen Stress und Krankheitsaktivität bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. *Z Gastroenterol* 1988; 26: 648–657 (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: 381–386 (IIb)
- Bitton A, Sewitch MJ, Peppercorn MA et al. Psychosocial determinants of relapse in ulcerative colitis: a longitudinal study. *Am J Gastroenterol* 2003; 98: 2203–2208 (IIa)
- Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T et al. 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 (IIa)
- Gomez-Gil E, Vidal A, Panes J et al. Relationship between patient's subjective stress perception and the course of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Hepatol* 2003; 26: 411–416 (III)
- Robertson DAF, Ray J, Diamond I et al. Personality profile and affective state of patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 1989; 30: 623–626 (III)
- Sewitch MJ, Abrahamowicz M, Bitton A et al. Psychosocial correlates of patient-physician discordance in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 2174–2183 (III)
- Robinson A, Thompson DG, Wilkin D et al. Guided self-management and patient-directed follow-up of ulcerative colitis: a randomised trial. *Lancet* 2001; 358: 976–981 (Ib)
- 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: 853–858 (III)
- Lange A, Haslbeck E, Andus T et al. Patient education in inflammatory bowel disease. *Z Gastroenterol* 1996; 34: 411–415 (IIb)

- ²⁰ Larsson K, Sundberg Hjelm M, Karlbom U et al. A group-based patient education programme for high-anxiety patients with Crohn disease or ulcerative colitis. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 763–769 (III)
- ²¹ Wiersheim J, Jantschek G, Sommer W et al. Education of patients with inflammatory bowel diseases. *Wien Med Wochenschr* 1999; 149: 352–354 (III)
- ²² Engström I, Lindquist BL. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: a somatic and psychiatric investigation. *Acta Paediatr Scand* 1991; 89: 640–647 (IIa)
- ²³ Engström I. Inflammatory bowel disease in children and adolescents: mental health and family functioning (Review). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 28: S28–S33 (IV)
- ²⁴ Guthrie E, Jackson J, Shaffer J et al. 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: 1994–1999 (III)
- ²⁵ Shaw L, Ehrlich A. Relaxation training as a treatment for chronic pain caused by ulcerative colitis. *Pain* 1987; 29: 287–293 (IIa)
- ²⁶ Schwarz SP, Blanchard EB. Evaluation of psychological treatment for inflammatory bowel disease. *Behav Res Ther* 1991; 29: 167–177 (Ib)
- ²⁷ Patterson M. An evaluation of the effectiveness of psychotherapy in the treatment of ulcerative colitis. *Gastroenterology* 1964; (IIb)
- ²⁸ Mussell M, Bocker U, Nagel N et al. Reducing psychological distress in patients with inflammatory bowel disease by cognitive-behavioural treatment: exploratory study of effectiveness. *Scand J Gastroenterol* 2003; 38: 755–762 (IIb)
- ²⁹ Milne B, Joachim G, Niedhardt J. A stress management program for inflammatory bowel disease patients. *J Advan Nurs* 1986; 11: 561–567 (Ib)
- ³⁰ Maunder RG, Esplen MJ. Supportive-expressive group psychotherapy for persons with inflammatory bowel disease. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 622–626 (III)
- ³¹ Jantschek G. Colitis ulcerosa – Morbus Crohn. In: Adler RH, Herrmann JM, Köhle K et al (Hrsg). *Uexküll Psychosomatische Medizin*. 6th edn. München, Jena: Urban & Fischer, 2003: 923–940 (IV)