

## **Gastroenterologie und Psychosomatik: Geschichte einer wechselvollen Beziehung**

**Prof. Dr. med. Alexander Kiss.** Anhand seiner eigenen Geschichte erzählt der Referent am Beispiel des Ulcus und den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen die wechselvolle Beziehung nach. Darauf aufbauend sind Überlegungen, wie sich diese Beziehung in Zukunft entwickeln und wie man die psychosoziale Kompetenz von Gastroenterologen verbessern könnte.

30.10.15

Klinik Schützen, Rheinfelden

---

# Struktur

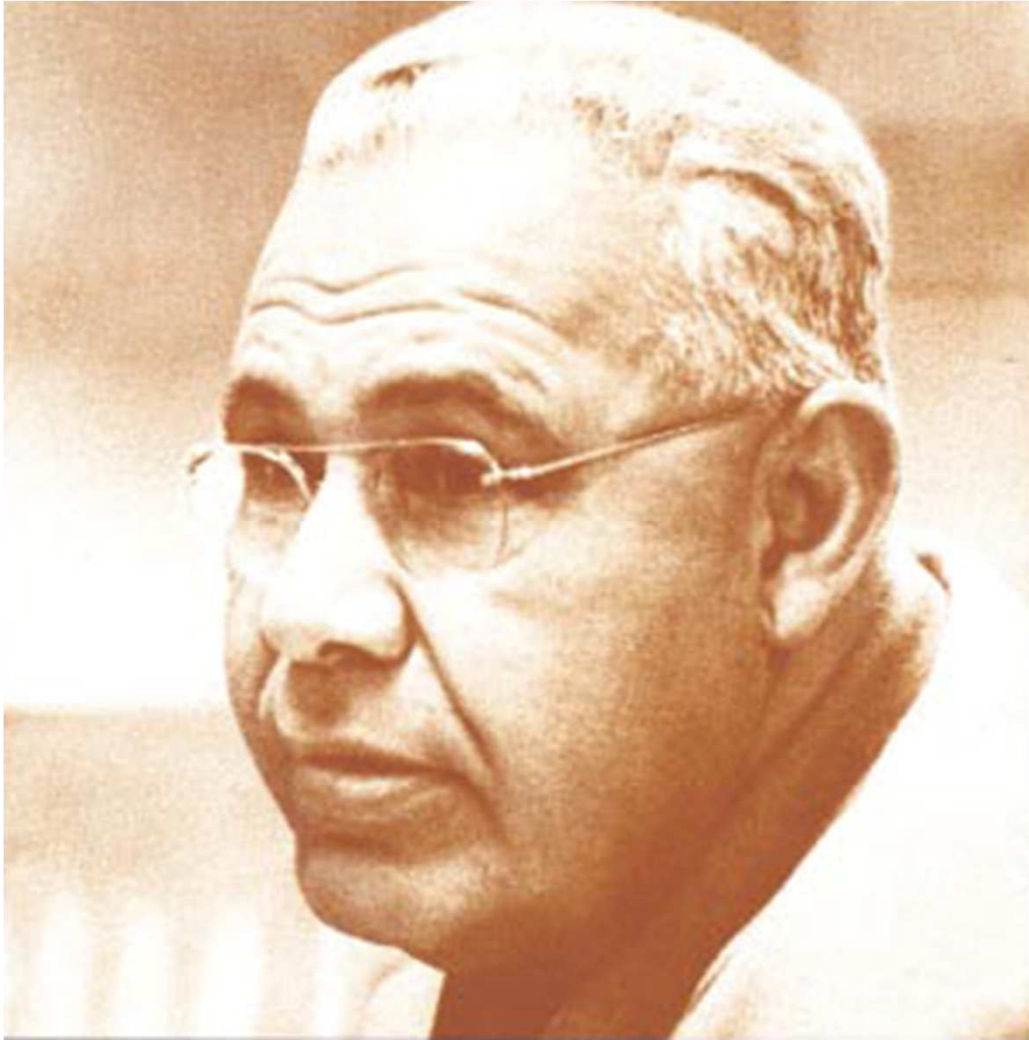
---

- **Einleitung:** *Parallelgeschichten: Meine-, Psyche-, Soma-,*
- **Gestern:** Ulcus und M. Crohn/ Colitis ulcerosa
- **Heute:** Ulcus und M. Crohn/ Colitis ulcerosa
- **Morgen:** Ulcus und M. Crohn/ Colitis ulcerosa
- **Zusammenfassung**



# Franz Alexander

1891- 1964



## “ Holy Seven”

- Arterielle Hypertonie
- Peptisches Ulcus
- Colitis ulcerosa
- Asthma bronchiale
- Hyperthyreose
- Neurodermitis
- Rheumatische Polyarthritits

# Psychoanalytische Ätiologie

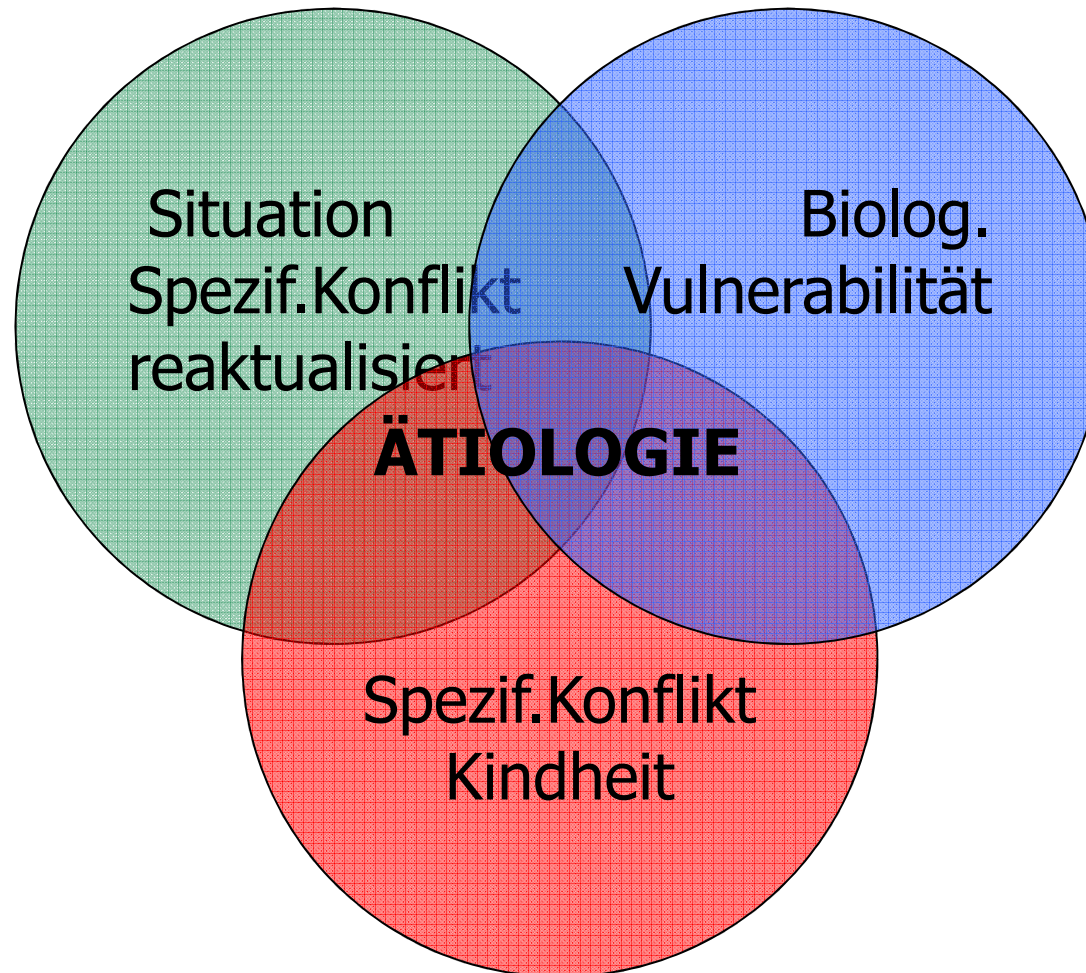
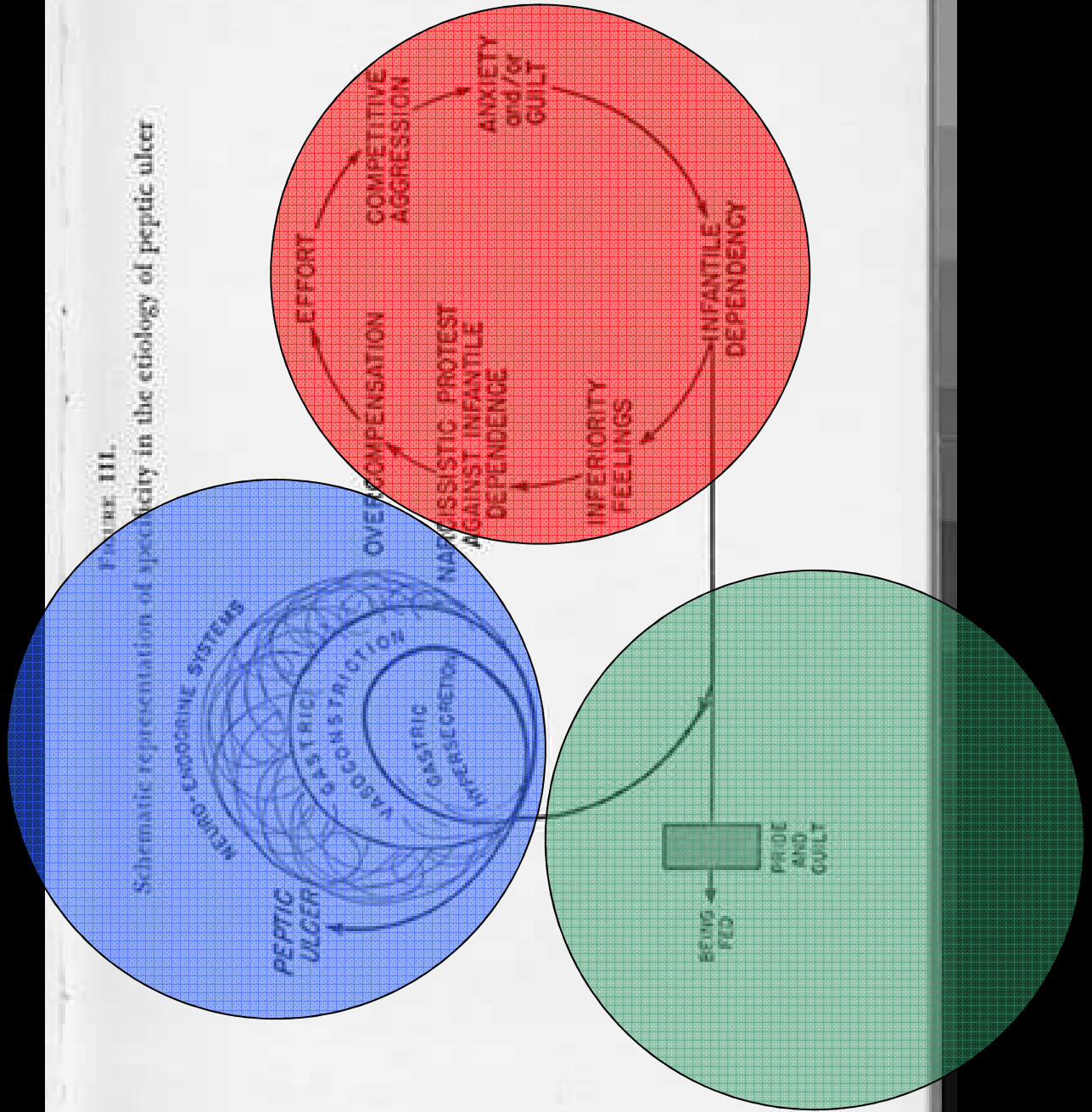


FIGURE III.  
Schematic representation of specificity in the etiology of peptic ulcer



# Tagamet HB<sup>®</sup> 200

Acid Reducer/Cimetidine Tablets 200 mg

Reduces the Production  
of Stomach Acid

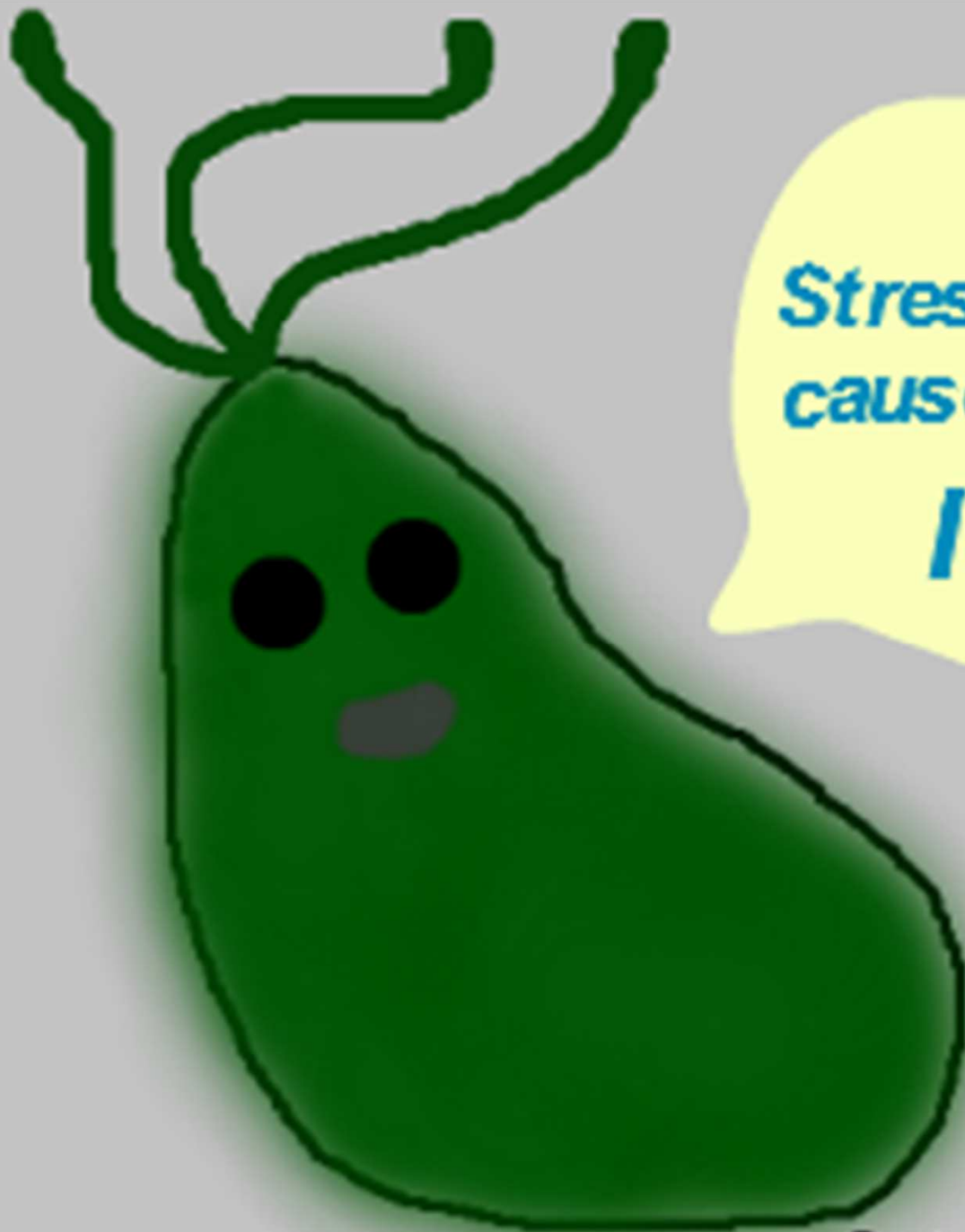
**NEW!**

**One  
Tablet  
Dose**

Relieves  
and prevents  
heartburn,  
acid indigestion,  
and sour stomach.



 **30** TABLETS (30 DOSES)



*Stress doesn't  
cause ulcers...*

***I do!***



# HELICOBACTER PYLORI INFECTION

COMMON PRECURSOR  
OF GASTRITIS AND  
PEPTIC ULCERS

RISK FACTOR FOR  
GASTRIC CARCINOMA

CURVED  
GRAM-NEGATIVE  
ROD

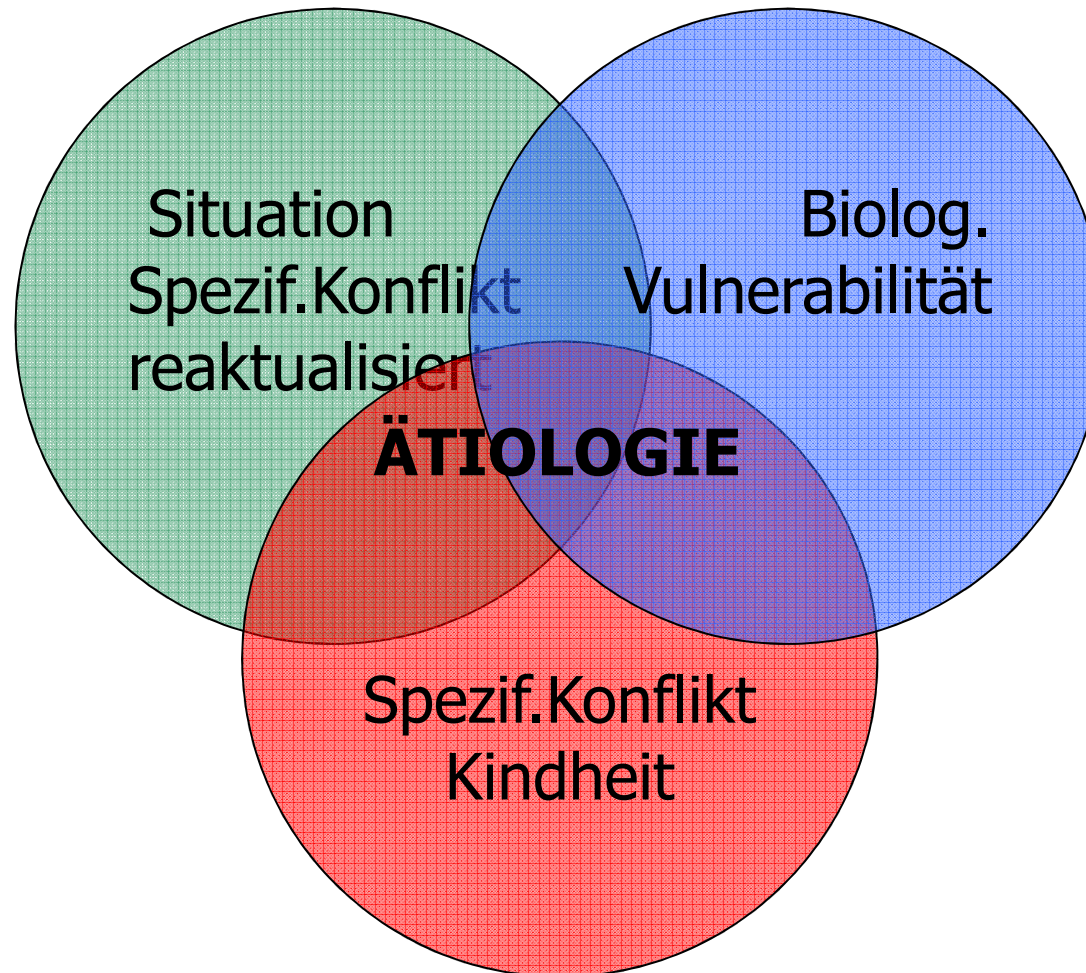
ORGANISMS SYNTHESIZE  
UREASE, WHICH PRODUCES  
AMMONIA THAT DAMAGES  
THE GASTRIC MUCOSA

TREATMENT:  
OMEPRAZOLE,  
CLARITHROMYCIN,  
AND AMOXICILLIN

AMMONIA ALSO  
NEUTRALIZES ACID PH,  
WHICH ALLOWS THE ORGANISM  
TO LIVE IN THE STOMACH



# Psychoanalytische Ätiologie



---

# M. Crohn und Colitis ulcerosa

---

- Spezialambulanz für Colitis ulcerosa und M.Crohn auf der Klinik für Gastroenterologie
- Psychosomatische Abteilung auf der Klinik für Psychiatrie
  
- Zwei Welten

## STRESSFUL LIFE EVENTS AND ACUTE RELAPSE OF CROHN'S DISEASE

A.Kiss\*, N.Nemeskeri, F.Maritsch, H.Vogelsang, P.Ferencsi, A.Sedlmayer, W.Langewitz\*, A.Gangl

\*Div.of Psychosom. Med., Dept.of Medicine, University Hospital Basel, CH-4031 Basel, Switzerland and Dept.of Gastroenterology I, University Vienna, Austria

Due to methodological problems and the lack of appropriate control groups the impact of life events upon an acute relapse of Crohn's disease is still a matter of debate. We used a standardized interview (Paykel), life events and their negative impact in the last six months were rated by independent experts who were blind for the patients physical condition. We examined consecutive outpatients with Crohn's disease: pts with stable inactive Crohn's disease in the last six months (n=55; inact; Crohn's Disease Activity Index (CDAI) <150;) and pts who had an acute relapse of Crohn's disease (n=36; acute; CDAI >220;) after a stable inactive phase of at least six months. The matched control groups were: pts with type 1 diabetes mellitus (n=30; dm) and healthy controls (n=30; cont).

Results: 1. All life events per person:  
inact=1.3  $\pm$  1.1 (mean CDAI= 79  $\pm$  41);  
acute=3  $\pm$  1.8 (mean CDAI=341  $\pm$  83);  
dm=1  $\pm$  1.1; cont=1.3  $\pm$  .9; (F(3,147)=  
18.2; p <0.001.

2. Life events with severe negative im-  
pact: inact=.5  $\pm$  .7; acute=1.4  $\pm$  1.1;  
dm=.3  $\pm$  .5; cont=.3  $\pm$  .6 (F(3,147)=  
17.1; p <0.001.

These data lend support to the hypothe-  
sis that there is an impact of life  
events upon an acute relapse of Crohn's  
disease. The result should encourage the  
implementation of life event interviews  
in longitudinal studies to examine whe-  
ther the observed relationship is a cau-  
sal one.



Internationaler Workshop der Falk-Foundation e. V.

# **Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen**

Fortschritte, Entwicklungen, Tendenzen  
Freiburg, 17. und 18. September 1985

Herausgegeben von

**Prof. Dr. K. Ewe, Mainz**

**Prof. Dr. H. Fahrlander, Basel**

Mit 57 Abbildungen und 57 Tabellen



**Schattauer** Stuttgart –  
New York 1986

Tab. 1. Supportive Psychotherapie:

Hauptindikation:	Gestörtes Arzt-Patient-Verhältnis, fehlendes Coping
Therapeut:	Betreuender Arzt
Aufwand für den Patienten:	Gering
Ziel:	Verbesserung der Compliance und des Coping des Patienten
Grenzen:	Zeitaufwand für Arzt, längerfristige Arzt-Patient-Beziehung, keine tiefere Konfliktverarbeitung.

Tab. 2. Übende Verfahren.

Hauptindikation:	Starke körperliche Beschwerden, die durch medikamentöse oder chirurgische Therapie nicht gebessert werden können bzw. wenn kein organisches Substrat vorhanden ist
Therapeut:	Ausgebildete Fachkraft, selbständiges Üben des Patienten
Aufwand für den Patienten:	Beim Erlernen gering, regelmäßiges Üben schwierig
Ziel:	Entspannung, Wiedergewinnung von Teilkontrolle über den eigenen Körper, Besserung der Befindlichkeit
Grenzen:	Compliance, keine Beeinflussung des Krankheitsverlaufes.



Tab. 3. Selbsthilfegruppen.

Hauptindikation:	Coping
Therapeut:	—
Aufwand für den Patienten:	Je nach Engagement
Ziel:	Information, Durchsetzen gemeinsamer Anliegen, <i>Coping</i>
Grenzen:	Kontinuität, »Vereinsmeierei«.

Tab. 4. Familientherapie.

Hauptindikation:	Gestörte Familienstruktur (besonders bei Kindern und adoleszenten Patienten)
Therapeut:	Familientherapeut
Aufwand für den Patienten:	Teilnahme möglichst der ganzen Familie
Ziel:	Änderung der Familienstruktur, Selbstständigkeit des Patienten und Befindlichkeit des Patienten erhöhen
Grenzen:	Motivation und Verfügbarkeit der Familie.

Tab. 5. Psychodynamisch orientierte Psychotherapie.

Hauptindikation:	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Zusammenhang zwischen Belastung und nachfolgender klinischer Verschlechterung</li><li>2. Hohe Motivation des Patienten</li><li>3. Große Introspektionsfähigkeit des Patienten</li></ol>
Therapeut:	Fachpsychotherapeut
Aufwand für den Patienten:	Groß (finanziell, zeitlich)
Ziel:	Durch Änderung der Persönlichkeitsstruktur Beeinflussung des Krankheitsverlaufes
Grenzen:	Wenig motivierte Patienten, häufige Abbrüche, keine lineare Beziehung zwischen Änderung der Persönlichkeitsstruktur und Besserung des Krankheitsverlaufes.

---

# Struktur

---

- **Einleitung:** *Parallelgeschichten: Meine-, Psyche-, Soma-,*
- **Gestern:** Ulcus und M. Crohn und Colitis ulcerosa
- **Heute:** Ulcus und M. Crohn und Colitis ulcerosa
- **Morgen:** Ulcus und M. Crohn und Colitis ulcerosa
- **Zusammenfassung**



---

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten  
(DGVS)

in Zusammenarbeit mit der  
Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie,  
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung,  
Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 021/001

Entwicklungsstufe:

3 + IDA



# Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit

Helicobacter pylori and gastroduodenal ulcer disease

## **Aktualisierte S3-Leitlinie**

### **„Diagnostik und Therapie des M. Crohn“ 2014\***

#### **CU-Statement 10-1**

Belastende Lebensereignisse, psychologischer Stress und psychische Störungen sind nicht ursächlich für die Entstehung der [CED]. (II, starker Konsens)

#### **CU-Statement 10-2**

Subjektive Stressbelastung und affektive Störungen können einen negativen Einfluss auf den Verlauf der [CED] haben. (II, starker Konsens)

#### **CU-Statement 10-3**

Eine hohe Krankheitsaktivität kann mit vermehrter psychischer Symptombelastung einhergehen. (II, starker Konsens)

#### **CU-Statement 10-4**

Psychische Störungen können einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Lebensqualität haben. (II, starker Konsens)

#### **CU-Empfehlung 10-5**

Patienten mit anhaltenden Bauchschmerzen oder Durchfällen, welche nicht durch die Krankheitsaktivität bzw. Krankheitskomplikationen erklärt werden können, sollten auf das Vorliegen eines Reizdarmsyndroms (RDS) oder einer depressiven Störung untersucht werden. Bei Vorliegen eines RDS bzw. einer depressiven Störung sollten die in Leitlinien empfohlenen Therapieprinzipien angewendet werden. (II, ↑, Konsens)

# **Aktualisierte S3-Leitlinie**

## **„Diagnostik und Therapie des M. Crohn“ 2014\***

### **CU-Schlüsselempfehlung 10-6**

Psychosoziale Faktoren und die krankheitsbezogene Lebensqualität sollen auch unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte bei ärztlichen Konsultationen erfragt und in der Therapie berücksichtigt werden. (II, ↑↑, starker Konsens)

### **CU-Empfehlung 10-7**

Bei der Behandlung von Patienten mit [CED] sollen Kooperationen mit Psychotherapeuten bzw. Psychosomatikern bestehen. (II, ↑↑, Konsens)

### **CU-Empfehlung 10-8**

Die behandelnden Ärzte sollen auf die Selbsthilfe hinweisen und die Patienten über ihre Krankheit informieren. (KKP, Konsens)

### **CU-Schlüsselempfehlung 10-9**

Bei Patienten mit [CED] und psychischen Störungen soll eine Psychotherapie durchgeführt werden. (II, ↑↑, Konsens)

### **CU-Empfehlung 10-10**

Kindern und Jugendlichen und ihren Familien soll eine psychosoziale Unterstützung angeboten werden. I, ↑↑, Konsens)

---

L. E. Targownik et al.: The Relationship Among Perceived Stress, Symptoms, and Inflammation in Persons With Inflammatory Bowel Disease *AM J Gastroenterol* 2015; 110:1001–1012

---

- 478 participants perceived stress was associated with symptomatic activity (MIBDI) for both CD and UC (1.07 per 1-point increase on the CPSS, 95% confidence interval (CI) 1.03–1.10 and 1.03–1.11, respectively).



## WHAT IS NEW HERE

- ✓ There was no correlation between symptom scores and the degree of inflammation for participants with Crohn's disease (CD), and only a weak correlation for those with ulcerative colitis (UC).
- ✓ Perceived stress was strongly associated with symptomatic-based disease activity both in those with CD and UC.
- ✓ Perceived stress was not associated with intestinal inflammation as measured by fecal calprotectin.
- ✓ The association between perceived stress and IBD symptoms occurs independently of inflammatory activity.

# Treatment of IBD: Where We Are and Where We Are Going

*Am J Gastroenterol* 2015; 110:114–126

Charles N. Bernstein, MD<sup>1</sup>

---

- Frequency of visits was a common predictor of increased placebo response rates in both CD and UC trials.
- The placebo effect is the culmination of both provider (positive attitude, intensity of interaction) and patient factors (expectations, adherence, control).
- It underscores the importance of an “IBD Center”; providing care who complement the physicians (nurses, dietitians, psychologists)

---

# Struktur

---

- **Einleitung:** *Parallelgeschichten: Meine-, Psyche-, Soma-*
- **Gestern:** Ulcus und M. Crohn und Colitis ulcerosa
- **Heute:** Ulcus und M. Crohn und Colitis ulcerosa
- **Morgen:** Ulcus und M. Crohn und Colitis ulcerosa  
Interpersonal and Communication Skills
- **Zusammenfassung**

---

Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten  
(DGVS)

in Zusammenarbeit mit der  
Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie,  
Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung,  
Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

AWMF-Leitlinien-Register

Nr. 021/001

Entwicklungsstufe:

3 + IDA



# Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit

Helicobacter pylori and gastroduodenal ulcer disease

---

# Offene Fragen

---

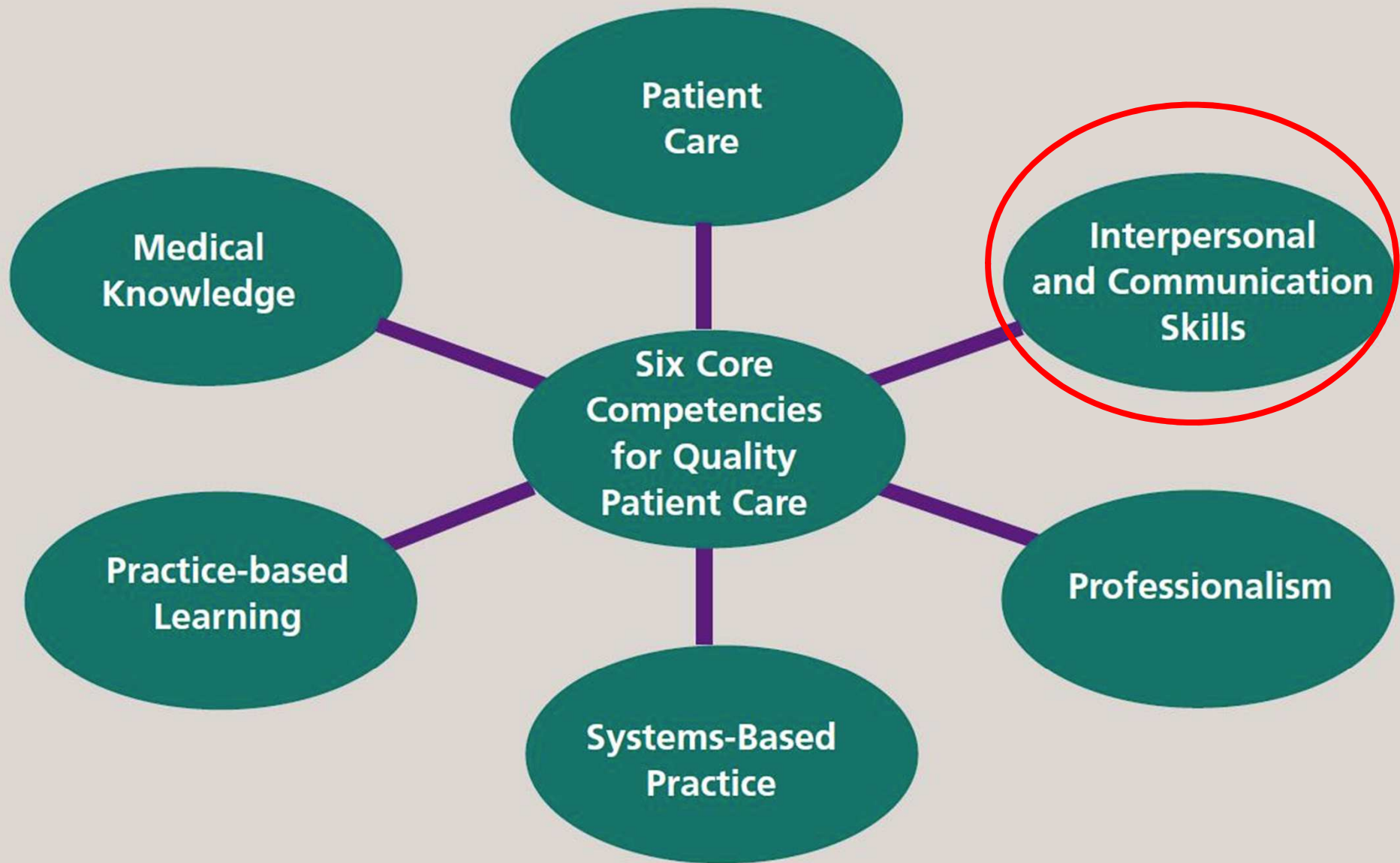
- Nonadhärenz mit Eradikation
- Verhalten: Rauchen, Medikamente ASS,NSAR
- LE unspezifisch?
- Eradikation erfolgreich, Beschwerden bleiben
- Warum kriegt nur ein Teil der Infizierten ein Ulcus?
- Nonadhärenz mit Prophylaxe: Magen Ca und primäre gastrales B-Zell-Lymphom

# Which Patients with IBD Need Psychological Interventions? A Controlled Study *(Inflamm Bowel Dis 2008;14:1273–1280)*

Wolfgang Miehsler, MD,\* Martina Weichselberger, BSc,\* Anna Öfferlbauer-Ernst, MD,\*  
Clemens Dejaco, MD,\* Walter Reinisch, MD,\* Harald Vogelsang, MD,\* Klaus Machold, MD,<sup>†</sup>  
Tanja Stamm, BSc,<sup>†</sup> Alfred Gangl, MD,\* and Gabriele Moser, MD\*

- 302 IBD patients IBD and 109 RA patients
- Need for psychosomatic support and for psychotherapy, HADS, SF-36, Social Support, Rating Form of IBD Concerns.
- 93 IBD patients with (31%) need for psychological intervention, 14 RA patients (13%) P 0.001
- SLRA : anxiety (OR 3.6), age 44 years (OR 2.6), impaired social support (OR 2.0) accounted for difference.
- Need for support was associated with worries about IBD
- Need for psychotherapy was associated with worries and about IBD, anxiety, “social functioning” and short disease duration.

## FIGURE: Core Competencies



---

Support Care Cancer (2014) 22:2611–2614

DOI 10.1007/s00520-014-2240-1

---

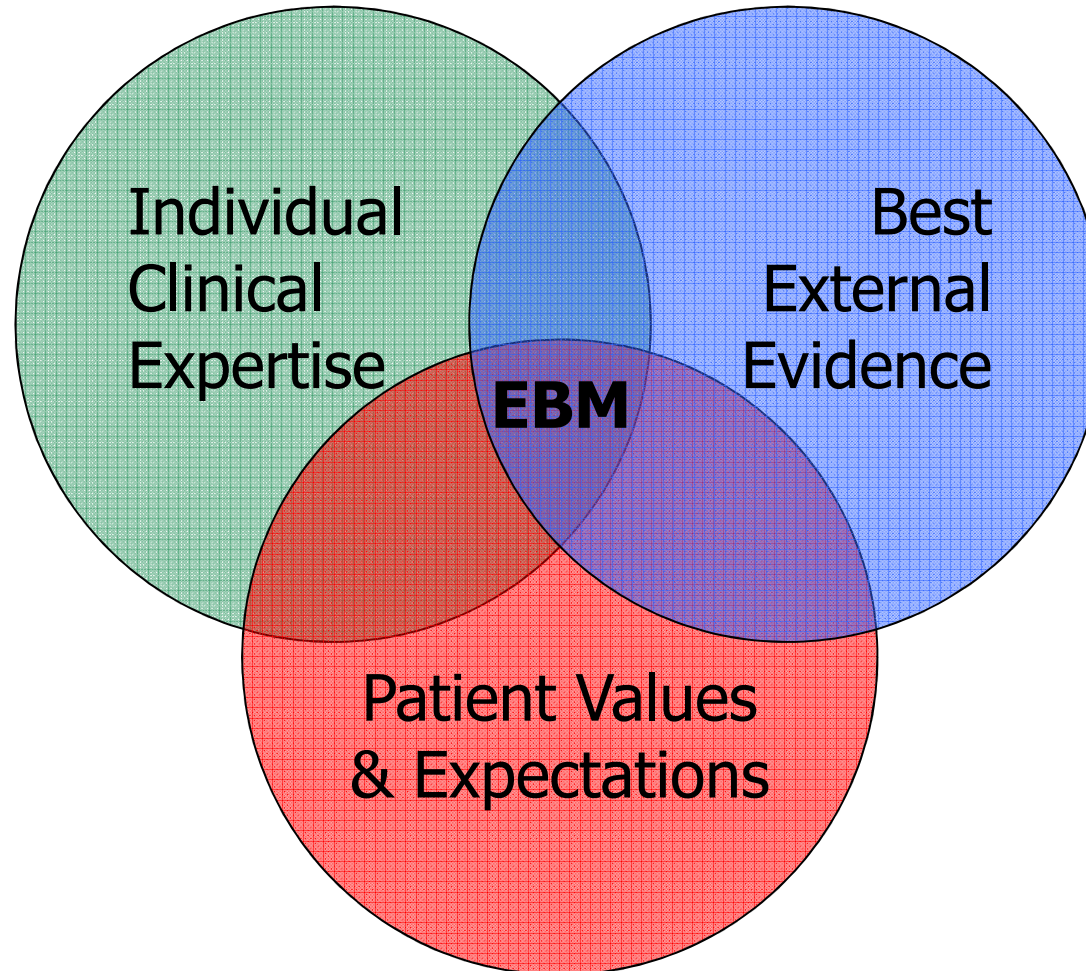
ORIGINAL ARTICLE

# **Mandatory communication skills training for oncologists: enforcement does not substantially impact satisfaction**

**Céline Bourquin • Friedrich Stiefel • Jürg Bernhard •  
Gabriella Bianchi Micheli • Liselotte Dietrich •  
Christoph Hürny • Brigitta Wössmer • Alexander Kiss**



# Why Communication Skills Training for Gastroenterologists?



---

## B.Chander et al.: Teaching the Competencies: Using Objective Structured Clinical Encounters for Gastroenterology Fellows

CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY 2009;7:509–514

- 4 OSCE with 4 standardized patients.
- In each station, faculty and standardized patients completed an 18- to 24-item checklist evaluating fellows' performance and provided feedback to the fellows.
- 9 fellows and 5 faculty from 4 GE training programs in NYC participated.

---

B.Chander et al.: Teaching the Competencies: Using Objective Structured Clinical Encounters for Gastroenterology Fellows  
CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY 2009;7:509–514

---

- **OSCE Informed Consent** The fellows were required to obtain informed consent for a colonoscopy from a patient with a history of chronic ulcerative colitis and whose risks and consequences of bowel perforation were increased.
- **OSCE Breaking bad news.** The fellows were asked to break bad news to a patient. They were required to inform a patient who presented for a screening colonoscopy that they had colon cancer requiring surgical resection.

---

B.Chander et al.: Teaching the Competencies: Using Objective Structured Clinical Encounters for Gastroenterology Fellows  
CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY 2009;7:509–514

---

- **OSCE Medical complication.** The fellows were required to discuss a complication, in which the fellow had perforated a patient's bowel performing a colonoscopy.
- **OSCE Transfer to surgery.** The fellow was required to transfer a case to the surgical service by persuading an “obnoxious” surgical resident that a complex patient with multiple medical problems and probable bowel ischemia needed to be on their surgical service. The fellows’ ability to maintain a professional relationship with the surgical resident was assessed.

---

## B.Chander et al.: Teaching the Competencies: Using Objective Structured Clinical Encounters for Gastroenterology Fellows

CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY 2009;7:509–514

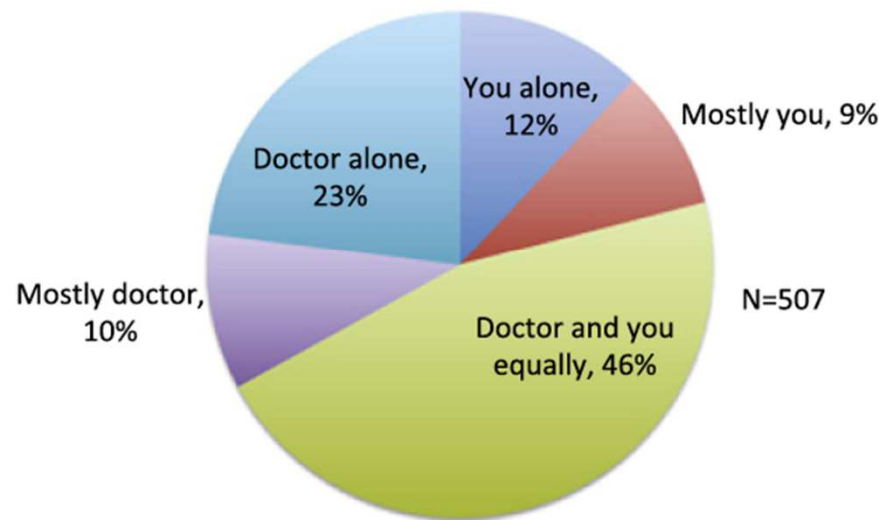
---

- Fellows and faculty highly rated the realism of the OSCE and favorably rated the OSCE for its difficulty and their overall experience.
- Across all cases, fellows were rated as receiving “well done” for 56.4% of the communication items and for 79.1% of the professionalism items
- Integrating OSCEs into gastroenterology fellowship training may help enhance communication skills and prepare fellows for dealing with difficult clinical situations and provides mechanisms for constructive feedback.

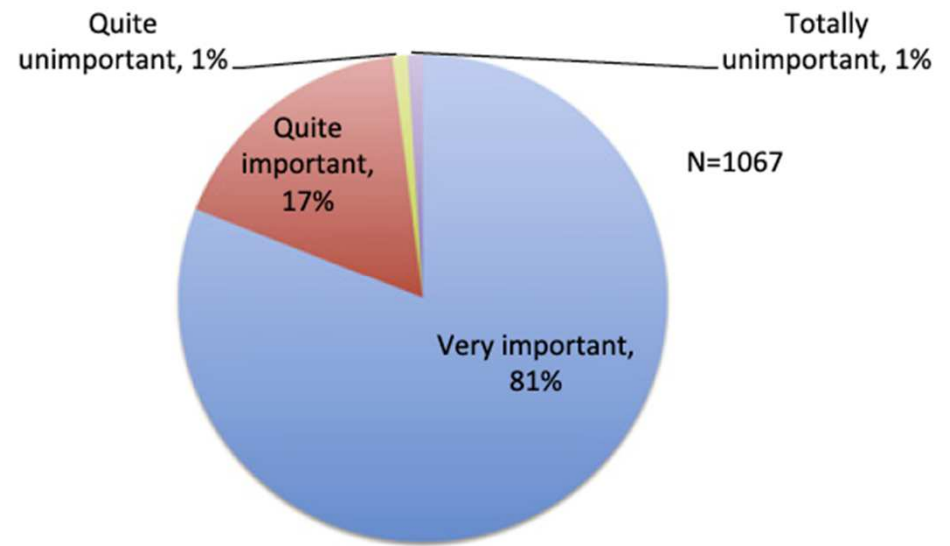
# Shared decision making in inflammatory bowel disease: helping patients understand the tradeoffs between treatment options

Corey A Siegel

*Gut* 2012 61: 459-465 originally published online December 20, 2011  
doi: 10.1136/gutjnl-2011-300988



**Figure 1** How much involvement do patients want in medical decisions? Patients with rheumatoid arthritis and diabetes were asked how much involvement they wanted in a decision to start a new medication. Nearly half wanted equal involvement from the doctor and themselves (adapted from Garfield *et al*<sup>24</sup>).



**Figure 2** How important is it to inflammatory bowel disease patients to be involved in medical decisions? Patients with inflammatory bowel disease were asked how important it is to them to be involved in medical decisions. The majority responded that it was 'very important' (adapted from Baars *et al*<sup>25</sup>).

Siegel C A: Shared decision making in inflammatory bowel disease: helping patients understand the tradeoffs between treatment options.

Gut 2012;61:459e465

### Box 1 Examples of preference-sensitive decisions in IBD

- ▶ Anti-TNF monotherapy versus combination anti-TNF plus thiopurine therapy
- ▶ 'Top-down' versus rapid 'step-up' therapy at diagnosis
- ▶ Infliximab versus adalimumab versus certolizumab pegol for Crohn's disease
- ▶ Ileocolic resection versus augmenting medical therapy for persistent non-stricturing Crohn's disease
- ▶ Natalizumab versus second or third anti-TNF agent for Crohn's disease
- ▶ Anti-TNF treatment versus cyclosporine for steroid-refractory ulcerative colitis
- ▶ Medical treatment versus surgery for steroid-refractory ulcerative colitis
- ▶ Ileal pouch anal anastomosis (J-pouch) versus ileostomy for ulcerative colitis
- ▶ Colectomy for low-grade dysplasia versus continued colonoscopic surveillance

---

# Struktur

---

- **Einleitung:** *Parallelgeschichten: Meine-, Psyche-, Soma-*
- **Gestern:** Ulcus und M. Crohn/ Colitis ulcerosa
- **Heute:** Ulcus und M. Crohn/ Colitis ulcerosa
- **Morgen:** Ulcus und M. Crohn/ Colitis ulcerosa
- **Zusammenfassung**