

## C. Störungen des Verdauungstraktes

### C.1 Funktionelle gastrointestinale Störungen: funktionelle Dyspepsie, irritables Colon, Laxantienmißbrauch

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

#### 1. Funktionelle Dyspepsie

##### 1.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

Der Begriff «Dyspepsie» umfaßt Symptome, die der Patient im Oberbauch wahrnimmt und die vom Arzt auf die Bereiche des oberen Gastrointestinaltraktes, der Leber und des Pankreas bezogen werden. Sofern keine organischen Substrate nachweisbar sind, wird von funktioneller Dyspepsie gesprochen. Wenn die Dyspepsie bereits mehrere Wochen andauert, liegt die *chronische* funktionelle Form vor, deren Verlauf zumeist schubweise mit zwischenzeitlicher Beschwerdefreiheit ist. Es werden folgende vier funktionell-dyspepti-

schen Beschwerdekategorien unterschieden (HOTZ et al., 1992 b): der *gastroösophageale Reflux*, der *sogenannte Ulkustyp*, die *Motilitätsstörung* und die *Aerophagie* (Tab. 1).

Diese Unterteilung verdeutlicht, daß die funktionelle Dyspepsie als Folge von unterschiedlichen Funktionsstörungen des oberen Gastrointestinaltraktes zu verstehen ist. Die durch den gastroösophagealen Reflux verursachten dyspeptischen Symptome werden auch unter dem Begriff *Refluxkrankheit* zusammengefaßt. Eine Störung des Verschlusmechanismus des unteren Speiseröhrensphinkters gilt als wesentliche Voraussetzung. Neben einem Säureschmerz sollen Motilitätsstörungen wesentlich sein, die durch das Zurückfließen von Mageninhalt in die Speiseröhre ausgelöst werden. Bei den im *Magen- und Duodenalbereich* lokalisierten funktionellen Dyspepsien wei-

*Tabelle 1:* Die vier Beschwerdekategorien der funktionellen Dyspepsie (nach HOTZ, 1992 b).

1. Gastroösophagealer Reflux	Sodbrennen, saures Aufstoßen, akuter (aber nicht cardialer) Retrosternal-schmerz, Herzdruck, Übelkeit, epigastrischer Schmerz
2. Sog. Ulkustyp	Epigastrischer Druckschmerz, Nüchternschmerz, Schmerzlinderung nach kleinen Mahlzeiten
3. Motilitätsbezogen	Druck- und Völlegefühl sowie vorzeitiges Sättigungsgefühl, Nahrungs-unverträglichkeit, diffuse-variable Schmerzen
4. Aerophagie	Postprandiales Luftaufstoßen («Rülpsen») ohne erwünschte Erleichterung

sen 60 Prozent der Patienten primäre Motilitätsstörungen mit postprandialer antraler Hypomotilität, Magenentleerungsstörung und Irritation im Bereich des interdigestiven Motorkomplexes auf; ebenso Veränderungen im Motilitätsablauf des Duodenums mit duodenogastralen Refluxepisoden.

Der Verlauf der Refluxkrankheit läßt sich anhand einer «Zehnerregel» festhalten (RÖSCH, 1993): Jeder zehnte Bundesbürger klagt wöchentlich über Refluxbeschwerden; bei jedem zehnten Refluxkranken findet sich eine Refluxösophagitis; bei jeder zehnten Refluxösophagitis kommt es zum Ersatz des Plattenepithels durch Zylinderepithel in der distalen Speiseröhre (Barret-Syndrom); bei jedem zehnten Barret-Ösophagus entwickelt sich ein Adenokarzinom. Weitere Refluxfolgen können Auswirkungen auf das Bronchialsystem (Möglichkeit von asthmatischen Episoden) und die Koronarien sein, denn Speiseröhre, Atemwege und Herzkranzgefäße werden vom gleichen vegetativen Nervengeflecht versorgt. Auch können retrosternale Refluxbeschwerden über einen Blutdruck- und Frequenzanstieg zur Zunahme des myokardialen Sauerstoffverbrauches mit nachfolgender Myokardischämie führen.

## 1.2 Epidemiologie

Nach HOLTSMANN et al. (1992) treten bei etwa 30 Prozent der deutschen Bevölkerung mindestens einmal jährlich dyspeptische Beschwerden gleich welcher Ursache auf. Auch wenn die Mehrzahl nicht behandelt werden muß, sucht deshalb pro Jahr etwa ein Prozent der städtischen Bevölkerung die ärztliche Sprechstunde auf. Organische Befunde, welche die Beschwerden erklären, lassen sich nur bei jedem zweiten erheben. Deshalb kann bei 50 Prozent der Patienten mit dyspeptischen Beschwerden die *funktionelle Verlaufsform* angenommen werden. HOTZ (1992 a) rechnet die Kostendaten einer schwedischen Studie für Patienten mit funktioneller Dyspepsie auf die deutschen Verhältnisse um und gelangte zu dem Schluß, daß die Gesamtkosten jährlich etwa 6.5 Milliarden DM betragen. Die direkten Kosten infolge ambulanter und stationärer Therapie sowie Medikamentenverbrauch in Höhe von 600 Millionen DM machten jedoch nur 10 Prozent der Gesamtkosten aus. Demgegenüber ließen sich die indirekten Kosten infolge Arbeitsunfähigkeit und Berentung auf 5.8 Milliarden DM beziffern.

## 1.3 Störung der Perzeption

Bei Patienten mit funktioneller Dyspepsie (aber auch irritablem Colon, s. u.) konnte experimentell eine *intestinalen Hypersensibilität* auf der Grundlage einer veränderten *gastrointestinalen Sensorik* nachgewiesen werden.

Wenn nämlich die intestinalen Abschnitte der Speiseröhre, des Magen-/Duodenalbereiches und des Dickdarms mittels eines Ballons gedehnt werden, geben die Patienten mit funktioneller Störung – im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen – bereits bei geringerer Darmdistension deutliche Schmerzen an. Das heißt: Patienten mit diesen drei gastrointestinalen Funktionsstörungen können schon physiologische Motilitätsmuster häufiger und intensiver als abdominale Mißempfindung wahrnehmen (ENCK et al., 1993). Das Ausmaß der Perzeption der funktionellen Störung durch den Patienten hängt also entscheidend mit ab von dessen subjektiver Bewertung. Diese Unterschiede zwischen Patienten mit funktioneller Dyspepsie und gesunden Kontrollpersonen werden aber nicht nur auf die abweichende Wahrnehmungsschwelle bezogen, sondern auch auf eine ausbleibende reflektorische Relaxation der lokalen intestinalen Bereiche nach dem gegebenen Dehnungsreiz zurückgeführt.

Ausgehend von der intestinalen Hypersensibilität haben sich HOLTSMANN et al. (1994) auch mit der Beobachtung beschäftigt, daß funktionelle dyspeptische Beschwerden häufiger sind als die Zahl jener Patienten, die deshalb behandelt werden. Behandelt wird lediglich jeder dritte Betroffene. Die Autoren erklären diese Diskrepanz dadurch, daß jene Patienten, die – nach Art einer Selbstselektion – ärztliche Behandlung suchen, ihre dyspeptischen Beschwerden intensiver bewerten als jene Patienten mit den gleichen gastrointestinalen Symptomen, die ihre Beschwerden weniger konturiert wahrnehmen. Die arztsuchenden Patienten zeigen aber nicht nur häufiger manifeste und objektiv ausgeprägtere dyspeptische Beschwerden, sondern auch deutlicher ausgebildete psychopathologische Züge. Auch äußerten HOLTSMANN et al. hypothetisch, daß die erniedrigte Wahrnehmungsschwelle – ähnlich wie auch bei Colon-irritable-Patienten (s. u.) – durch *psychische Belastungen* mitbedingt werden kann. Seelische Stressoren würden also den Krankheitswert der funktionellen

dyspeptischen Beschwerden nachhaltig bestimmen. Tatsächlich konnte von BRADLEY et al. (1993) psychoexperimentell nachgewiesen werden, daß bei Patienten mit Refluxkrankheit im Falle eines gleichzeitig bestehenden chronischen Angst-zustandes und existentem Umgebungsstreß die Wahrnehmungsschwelle für Refluxsymptome erniedrigt wurde, ohne daß aber die Säurekonzentration der Speiseröhre erhöht war.

Ferner ist für funktionelle dyspeptische Beschwerden charakteristisch, daß diese überzufällig häufig mit *extraintestinalen Symptomen* assoziiert sind. Dies haben sowohl epidemiologische Studien an Personen mit funktionellen dyspeptischen Beschwerden der Bevölkerung als auch Studien an Patienten mit funktioneller Dyspepsie übereinstimmend ergeben. Hier sind insbesondere Kopfschmerz, Schlafstörung, Rückenbeschwerden und vorzeitige Erschöpfbarkeit zu nennen. Es wird vermutet, daß diese Zusammenhänge ebenfalls auf einer verminderten Wahrnehmungsschwelle beruhen (HOLTMANN et al., 1994).

#### 1.4 Psychopathologische und psychodynamische Befunde

##### 1.4.1 Gastroösophagealer Reflux

Patienten mit Refluxkrankheit geben nicht nur eine Zunahme ihres Sodbrennens angesichts von äußeren Stressoren an, sondern können darüber hinaus auch deutliche Züge von Depressivität und Ängsten sowie gehäuft somatoforme Störungen aufweisen (BRADLEY et al., 1993).

Möglicherweise ergibt sich zukünftig ein weiterer psychosomatischer Zugang bei diesen Patienten, weil deren Schleimhautveränderungen (im Sinne der Refluxösophagitis) ebenfalls aus einem *gestörten Gleichgewicht von aggressiven Faktoren* (gastroösophageales Refluat) und *defensiven Faktoren* (Schleimhautschutz) resultieren; entsprechend den Vorstellungen der Ulkuspäthogenese (s. Kap. IV. C.2.).

##### 1.4.2 Beschwerden im Magen-Duodenalbereich

PLATZ et al. (1993) fanden in einer empirischen Untersuchung bei 25 Patienten mit

funktionellen Magenbeschwerden und bei einer Untergruppe von Ulcus-duodeni-Patienten das Vorliegen eines *Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonfliktes* signifikant häufiger (nämlich zu 80 %) im Vergleich zu 21 (5 %) Patienten mit funktioneller muskuloskeletaler Störung und 139 Personen (15 %) ohne funktionelle Störung. Eng verknüpft mit den Magenbeschwerden waren bei den Dyspepsiepatienten depressiv-orale Züge (sowohl in Partnerschaften als auch auf beruflicher Ebene) sowie gesteigerter Nikotin- und Alkoholkonsum. Die Autoren konnten auch bei ihren Patienten die Entstehung des Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonfliktes durch psychotraumatische Kindheitsentwicklungen belegen. Dies äußerte sich vor allem anhand der beiden Variablen «eingeschränktes Aggressionsverhalten» sowie «chronifiziertes Spannungsverhältnis zu Brüdern und Schwestern». Später auftretende Konsequenzen dieses Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonfliktes sind nach PLATZ et al. *defizitäres Aggressionsverhalten* (im Sinne der aggressiven Hemmung) und die Gestaltung der Partnerkontakte nach Art von *Mutter-Sohn-* bzw. *Vater-Tochter-Beziehungen*. Wenn bei diesen Patienten infolge von nicht bewältigten Verfassungserlebnissen (vor allem Objektverlusten) die bewußten oder unbewußten Abhängigkeitswünsche frustriert würden, komme es zu regressiven Abläufen mit dem verstärkten Zutreten von infantil-oralen Wünschen. Nach PLATZ et al. kann dieser regressive Prozeß – parallel zur ungenügenden Einsicht des Patienten in sein unbewältigtes Objektverlusterlebnis – geeignet sein, vegetative Dysregulationen – insbesondere auch eine Dyspepsie – nach sich zu ziehen («der Patient klagt über seine körperlichen Beschwerden, sieht aber nicht seine Emotionen»). KANE et al. (1991) überprüften empirisch 210 Patienten mit funktioneller Dyspepsie. Eine generalisierte Angststörung wiesen 70 Prozent der Patienten auf; bei weiteren 30 Prozent lag eine Panikstörung vor. Bei beiden Patientengruppen ließen sich in jeweils 35 Prozent der Fälle auch ausgeprägtere neurotisch-depressive Symptome nachweisen. Angststörungen und neurotische Depression koinzidierten vor allem bei jenen

Patienten, die zusätzlich – im Sinne der Symptome des gastroösophagealen Refluxes – an retrosternalem Schmerz und Herzdruck litten, zusammen mit hypochondrischen Vorstellungen, welche die Befürchtung einschlossen, an einer organischen Herzerkrankung zu leiden. Deshalb fand sich bei diesen Patienten ein erhöhter Verbrauch an Nitroglyzerin-Präparaten. Ferner zeigten KANE et al. auf, daß bei funktionell-dyspeptischen Patienten die krankheitsbedingten Arbeitsunfähigkeitsraten signifikant höher als bei Ulcus-duodeni-Patienten lagen. Während bei den Ulkuspatienten vor allem abdominelle Symptome die wichtigste Ursache der Arbeitsunfähigkeit darstellten, wurde die Arbeitsunfähigkeit bei den Patienten mit funktioneller Dyspepsie auch durch nichtabdominelle Beschwerden, insbesondere des Muskel-Skelettsystems, begründet. Daher ließ sich hier auch ein gesteigerter Verbrauch an muskelrelaxierenden Medikamenten nachweisen.

Während bei der Interpretation der Befunde von PLATZ et al. eindeutig der psychodynamische Gesichtspunkt überwiegt, dominiert innerhalb der Beschreibungen von KANE et al. der psychopathologische Aspekt mit symptomatologischem Schwerpunkt auf ausgeprägten Angstsymptomen. Diese inhaltliche Diskrepanz der beiden Befunddokumentationen dürfte dadurch erklärbar sein, daß PLATZ et al. ihre Patienten innerhalb eines psychoanalytisch-psychosomatischen Settings gesehen haben, während die Patienten von KANE et al. vor allem im Rahmen eines psychiatrischen Settings untersucht wurden. Hier stellen sich Patienten mit stark beeinträchtigenden Angstsyndromen häufiger vor. In diesem Zusammenhang sind noch die Befunde von LYDIARD et al. (1994) erwähnenswert. Ausgehend von einer umfassenden epidemiologischen Studie stellten die Autoren bei 18 000 erwachsenen Menschen fest, daß Patienten mit Panikstörung signifikant häufiger an funktionellen gastrointestinalen Beschwerden litten.

SLOTH et al. (1989) erhoben nach der Erstuntersuchung von 40 funktionell dyspeptischen Patienten fünf bis sieben Jahre später Katamnesen auf der Grundlage psychodynamischer Erstinterviews und psychologischer

Tests. Die Autoren stellten fest, daß für diese Patienten Ängste und Depressivität im Sinne von «primär kausalen» Faktoren charakteristisch waren, die hinsichtlich des weiteren Verlaufes deutlich stärkere Ausprägungen erreichten als in einer Vergleichsgruppe von orthopädischen Patienten mit erheblicher Schmerzsymptomatik. Ausgehend von ihren Katamnesen konstatierten SLOTH et al. bei ihren Patienten eine ungünstige Verlaufsprognose hinsichtlich der körperlichen Beschwerden, wenn eine erniedrigte Toleranzgrenze für Schmerzen und narzißtische Kränkbarkeit vorlagen und im Hinblick auf Schulabschluß und berufliche Ausbildung die Zugehörigkeit zur sogenannten unteren Sozialschicht erkennbar war.

### 1.5 Psychotherapie

MCDONALD-HAILE et al. (1994) wiesen auf der Grundlage einer kontrollierten Studie bei 20 Patienten mit Refluxkrankheit nach, daß das *Entspannungstraining* (im Sinne der progressiven Muskelrelaxation, s. Kap. III.G.) eine sehr wünschenswerte Ergänzung der medikamentösen Behandlung (säurehemmende oder -neutralisierende Substanzen) darstellen kann.

Wenn die Patienten psychoexperimentell einem akuten psychischen Stressor ausgesetzt wurden, zeigten sie nicht nur gesteigerte Werte hinsichtlich Herzfrequenz, Blutdruck und Angstscores, sondern sie gaben auch die Intensivierung von Refluxsymptomen an, ohne daß jedoch die ösophageale Säurekonzentration deutlich erhöht war. Sofern unmittelbar nach dieser Streßkonfrontation die Entspannungstherapie durchgeführt wurde, kam es bei den Patienten zum prompten Rückgang der vorher gesteigerten Kreislaufparameter und der Angstscores; ferner auch der Refluxsymptome und der ösophagealen Säurekonzentration. Demgegenüber fehlten diese prompten Reduktionen (einschließlich der ösophagealen Säurekonzentration) bei jenen Kontrollgruppatienten, die statt der Entspannungstherapie lediglich eine Placebo-Zuwendungsintervention erhalten hatten.

## 2. Irritables Colon (Reizdarm)

### 2.1 Definition und Symptomatik

Die typischen Beschwerden des Patienten mit irritablem Colon sind Abdominalschmerz von wechselnder Lokalisation und Intensität sowie Obstipation (vorherrschend) und/oder Diarrhoe (Tab. 2).

*Tabelle 2:* Symptome des Colon irritabile (modifiziert nach HOTZ, 1992 b).

- 
- Bauchschmerzen
  - Meteorismus
  - Blähungen
  - Chronische Obstipation
  - Wechsel von Obstipation zur Diarrhoe
  - Schleimauflagerungen des Stuhls
  - Beschwerderückgang nach dem Stuhlgang, Gefühl der unvollständigen Stuhlentleerung
  - Vegetative Beschwerden
  - Psychische Störungen
- 

### 2.2 Epidemiologie

LINHART (1989) fand bei 873 prospektiv untersuchten Patienten mit mehr als dreimonatigem abdominellen Schmerz in 54,8 Prozent der Fälle ursächlich funktionelle Störungen. 40 Prozent dieser Patienten, überwiegend Frauen, wiesen ein typisches irritables Colon auf. Nach JONES et al. (1990) stellt der Reizdarm die häufigste funktionelle gastroenterologische Störung dar mit einer geschätzten Prävalenz von 30 Prozent in der Allgemeinbevölkerung. Die Autoren führten in Southampton eine Umfrage durch, wobei von 2280 angeschriebenen Personen in acht Allgemeinpraxen 1620 antworteten. 25 Prozent berichteten über mehr als sechs Episoden von Bauchschmerz im vergangenen Jahr; 23 Prozent gaben Symptome an, die sich mit der Diagnose eines irritablen Colons deckten. Das Verhältnis Männer zu Frauen betrug 1:1,38. Lediglich ein Drittel der angeschriebenen Patienten hatte medizinische Hilfe gesucht. Zur Altersverteilung fand LINHART anhand von 100 Colon-irritabile-Patienten einen Häufigkeitsgipfel zwischen 40 und 60 Jahren.

### 2.3 Psychopathologische und psychodynamische Befunde

Nach DROSSMAN et al. (1990) sucht – ebenfalls im Sinne einer Art einer *Selbstselektion* – nur ein Teil der Colon-irritabile-Patienten (sog. «Inanspruchnahme-Patienten») den Arzt auf. Es handelt sich vor allem um jene, die eine erhebliche *seelische Beeinträchtigung* aufweisen, ohne daß im Einzelfall dem Patienten seine psychische Störung voll bewußt wird. Die Patienten haben die Vorstellung, körperliche Beschwerden machten den Arztkontakt notwendig. Die seelische Beeinträchtigung zeichnet sich durch einen engen ursächlichen Zusammenhang mit deutlichen psychosozialen Faktoren aus, insbesondere psychotraumatischen Erlebnissen und Krankheitserfahrungen während der frühen Kindheit, die auf gestörten Eltern-Kind-Interaktionen (vor allem stark ambivalenter Mutter- beziehung) beruhen. Im einzelnen umfassen nach DROSSMAN et al. die seelischen Beeinträchtigungen eine *Frustrationsintoleranz* mit dem Bedürfnis nach «oralen» Bestätigung (auch im Kontakt mit Ärzten) sowie die *Vermeidung von konfliktbesetzten Situationen* und eine eingeschränkte Problemwahrnehmung. Ferner zeigen sich eine *defizitäre Qualität der Objektbeziehungen* (einschließlich zu Ärzten) sowie die hypochondrische Besetzung der gestörten somatischen Funktion, die auch die ständige Suche nach organisch begründeten Faktoren und das Verlangen nach erneuten somatischen Untersuchungen betreffen. Schließlich wird auch bei diesen Patienten nicht nur das gehäufte Vorkommen von *Angststörungen* (s. o.) beobachtet, sondern auch eine *erniedrigte Wahrnehmungsschwelle* (im Sinne der Perzeptionsstörung, s. o.) hinsichtlich kolischer und nichtkolischer Symptome (Kopfschmerz, Rückenbeschwerden, vorzeitige Erschöpfbarkeit, gesteigerter Harndrang; MAXTON et al., 1991).

Im Gegensatz zu dieser Gruppe von arztsuchenden Patienten weisen offenbar jene Patienten, die den Arzt nicht so häufig oder gar nicht aufsuchen (sog. «Nicht-Inanspruchnahme-Patienten») weniger deutliche psychische Beeinträchtigungen auf (SMITH et al., 1990). In der Sicht von DROSSMAN et al. sowie

SMITH et al. zeigen die sogenannten «Nicht-Inanspruchnahme-Patienten» auf Interviewbasis und testpsychologisch – im Vergleich zu den arztsuchenden Patienten – eher Zeichen der Ich-Stärke, weniger frustrierende Lebenssituationen, besseres Umgehen können mit den körperlichen Beschwerden und geringere Krankheitsepisoden während der Kindheit sowie beträchtlich weniger Arztkontakte auch wegen nichtgastrointestinaler Beschwerden.

Bei Patienten mit irritablem Colon wurde anhand von zwei kontrollierten Studien auch retrospektiv der Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen (im Sinne von Objektverlusten) und Beginn der funktionellen Darmbeschwerden systematisch untersucht. Es zeigte sich bei diesen Patienten nicht nur eine deutliche Häufung von Verlusterlebnissen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen (MENDELOFF et al., 1970), sondern auch ein höheres Ausmaß an subjektiv belastenden Objektverlusten gerade in den letzten Monaten vor Beginn der Darmsymptomatik (FAVA et al., 1976). Ergänzend zu diesen Befunden fanden zwei Autorengruppen (CREED et al., 1987; CORNEY et al., 1990), daß 50 Prozent jener Patienten mit irritablem Colon, die ambulant oder stationär in klinisch-gastroenterologischen Settings untersucht wurden, deutliche Anhaltspunkte für aktuelle, ungelöste Konfliktsituationen oder/und chronische neurotische Entwicklungen aufwiesen, zusammen mit dem Nachweis einer eindeutigen Beziehung zwischen seelischem Streß und nachfolgender Beschwerdemanifestation.

## 2.4 Psychotherapie

### 2.4.1 Psychosomatische Grundversorgung

Da innerhalb der gesamten gastroenterologischen Patientengruppe die funktionellen Störungen (mit Schwerpunkt auf irritablem Colon) fast 50 Prozent ausmachen, ist zu erwarten, daß die hierher gehörigen Patienten beim Primärarzt einen relativ großen Anteil darstellen; auch wenn wir damit zu rechnen haben, daß nur ein Teil dieser Patienten den Arzt aufsucht. Im Einzelfall ist grundsätzlich zu klären, ob der Patient für Psychotherapie motiviert werden kann oder nicht (Tab. 3). Die gezielte *therapeutische Weichenstellung* im Sinne dieser *Motivierung* ist eminent wichtig. Deren Versäumen kann nämlich für den Patienten eine sehr gravierende Konsequenz bedeuten: die Chronifizierung seiner seelischen Problematik und seiner davon abhängigen funktionellen Störung mit der Möglichkeit des Überganges in einen irreversibel verfestigten Erkrankungszustand, der vorher noch behandelbar gewesen wäre, wenn rechtzeitig eine psychotherapeutische Intervention stattgefunden hätte. Sofern sich beim Patienten die Motivation erarbeiten läßt, kann er zum Fachpsychotherapeuten überwiesen werden. Wenn aber der Primärarzt über eine zusätzliche psychotherapeutische Kompetenz verfügt, kann er selber klären, ob er imstande ist, beim Patienten eine Psychotherapie durchzu-

Tabelle 3: Psychotherapieverfahren und psychosomatische Grundversorgung bei Colon irritabile.

Psychotherapieverfahren	Effekte	Psychosomatische Grundversorgung
psychodynamisch verhaltenspsychologisch	seelische Veränderung und Verminderung der Perzeptionsstörung	Psychotherapie-Motivierung  Überweisung zum Fachpsychotherapeuten oder: eigenständige Verwirklichung der Kurztherapie
Hypnose	Entspannung und Verminderung der Perzeptionsstörung	Bei fehlender Motivation: Supportive Langzeit- psychotherapie, Antidepressiva Analgetische Interventionen

führen. Diese Möglichkeit bietet sich für den Primärarzt auch deshalb an, weil offenbar bei Patienten mit irritablem Colon die Indikation zu *kurzpsychotherapeutischen Verfahren* dominiert.

Wenn der Patient aber eine geringe Motivation für Psychotherapie aufweist, bieten sich einerseits die *supportive Langzeitpsychotherapie* (s. Kap. III.F.) und Antidepressiva an. Andererseits kommen als spezifische analgetische Interventionen die lokal wirkenden Analgetika und die transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) in Frage.

#### 2.4.2 Kontrollierte Therapiestudien

Es existieren für Patienten mit irritablem Colon vier kontrollierte Therapiestudien aus drei Bereichen: psychodynamisch orientierte, verhaltenstherapeutische und eine hypnotherapeutische.

##### a) Psychodynamisch orientierte Studien

102 Reizdarmpatienten (77 Frauen, 25 Männer), bei denen vorher unter medikamentöser Behandlung keine Besserung eingetreten war, wurden von GUTHRIE et al. (1994) erfaßt, um die Wirksamkeit einer Kombination von *tieffenpsychologisch fundierter Psychotherapie* und medikamentöser Behandlung einerseits sowie ausschließlicher medikamentöser Behandlung andererseits zu vergleichen. Die Therapiegruppe umfaßte 53 Patienten (45 Frauen, 8 Männer) und die Kontrollgruppe 49 Patienten (32 Frauen, 17 Männer). Nach dreimonatiger Behandlung zeigte die Therapiegruppe eine signifikant häufigere Besserung als die Kontrollgruppe. Diese Besserung betraf die Diarrhoe und den Schmerz (weniger die Obstipation) und psychisch die eng damit verknüpften angstneurotischen und neurotisch-depressiven Beschwerden. Diese gleichzeitige Besserung von somatischen und psychischen Symptomen belegt in der Sicht von GUTHRIE et al. die hohe Relevanz von psychosomatischen Faktoren bei Patienten mit Colon irritabile. Positive prognostische Behandlungsfaktoren waren einestils faßbare Stressoren, anderenteils intermittierender Bauchschmerz und gute Introspektionsfähigkeit. Demgegen-

über konnten Patienten mit eher kontinuierlichem Schmerz therapeutisch weniger gut gebessert werden. Hier ist nach Meinung der Autoren eher an *konfliktorientierte Langzeitpsychotherapie* zu denken.

Bei 101 Patienten, deren Reizdarmbeschwerden mindestens ein Jahr lang bestanden hatten, führten SVEDLUND et al. (1993) eine kontrollierte Vergleichsuntersuchung durch, die einerseits medikamentöse Therapie sowie andererseits die Kombination aus medikamentöser Behandlung und Psychotherapie betraf. Bei der Psychotherapie handelte es sich um eine *psychoedukativ-problemlösende Einzelbehandlung* (im Sinne der dritten Stufe der supportiven Psychotherapie, s. Kap. III.F.), die zehn Sitzungen umfaßte und über einen Zeitraum von drei Monaten durchgeführt wurde. Nach diesem Behandlungszeitraum waren in beiden Gruppen somatische und psychische Besserungen zu beobachten. Die kombiniert behandelte Gruppe zeigte jedoch sowohl nach drei als auch nach 15 Monaten signifikant weniger Bauchschmerzen und Stuhlunregelmäßigkeiten sowie auch weniger Angst und Depressivität, während es in der Gruppe der nicht-psychotherapierten Patienten ein Jahr nach der Behandlung eher zur Verschlechterung der Symptomatik gekommen war. Das eindeutig bessere Ergebnis infolge der Kombination von medikamentöser Behandlung und Psychotherapie führten SVEDLUND et al. darauf zurück, daß die Patienten «sich selbst mehr kennengelernt» und bessere Möglichkeiten zum Umgang mit ihrer Lebenssituation gewonnen hatten.

##### b) Verhaltenstherapeutisch orientierte Studie

BLANCHARD et al. (1988) behandelten – unter Verwendung einer Kontrollgruppe – zehn Reizdarmpatienten auf der Basis von zwölf Sitzungen, innerhalb derer Informationen zur Muskelrelaxation, zum Fingertemperatur-Feed-Back mit Relaxation und zum Streßmanagement erteilt wurden. Eine deutliche Beschwerdebesserung trat bei sechs von zehn Patienten der Therapiegruppe zutage, während dies in der Kontrollgruppe bei nur einem von neun Patienten der Fall war. Sieben dieser neun Patienten der Kontrollgruppe erhielten nachträglich eine weiterführende Verhaltens-

therapie, woraufhin drei der Patienten ebenfalls eine Beschwerdebesserung aufwiesen. Die Follow-up-Untersuchung nach ein oder zwei Jahren ergab bei 8 von 14 Patienten weitere Symptombesserungen.

#### c) Hypnotherapeutische Studie

WHORWELL et al. (1984) verglichen bei 15 Reizdarmpatienten die Effektivität der Hypnotherapie (30 Minuten-Sitzungen über einen Zwölf-Wochen-Zeitraum) mit der Behandlungskombination von Medikamentenplacebo und «supportiv orientierten Gesprächen mit einem Gastroenterologen». Beide Patientengruppen zeigten nach dreimonatiger Dauer nicht nur einen Rückgang des Bauchschmerzes und des Meteorismus sowie eine Regulierung der Stuhlgangfunktion, sondern auch eine Besserung des seelischen Befindens. Diese positiven Behandlungswirkungen überwogen aber eindeutig bei der Hypnosetherapiegruppe und waren auch noch bei der Follow-up-Untersuchung 18 Monate später aufzeigbar mit besserem Resultat bei jenen Patienten, die weniger stark ausgebildete psychische Störungen zeigten. Darüber hinaus konnten WHORWELL et al. (1990) nachweisen, daß durch Hypnose auch die intestinale Hypersensibilität im Bereich des Rektums herabgesetzt werden konnte.

#### d) Folgerungen

Anhand dieser vier Behandlungsstudien wird deutlich, daß *Psychotherapie* bei Patienten mit irritablem Colon *effektiv* sein kann. Bei vorliegender Motivation wird im Einzelfall zu untersuchen sein, ob ein Patient für psychodynamische Therapie, für Verhaltenstherapie oder für Hypnosetherapie geeignet ist. Während die therapeutischen Angriffspunkte der psychodynamischen und der verhaltenstherapeutischen Verfahren auf seelische Veränderung ausgerichtet sind, dominiert bei der Hypnose hinsichtlich des Behandlungseffektes die psychophysische Entspannung. Darüber hinaus sind alle drei Verfahren geeignet, das Ausmaß der intestinalen Hypersensibilität zu reduzieren (Tab. 3). Es ist wichtig, zu beachten, daß es sich bei den beschriebenen, empirisch begründeten vier Behandlungsprozessen um *Kurztherapien* gehandelt hat. Es gibt aber offenbar

auch eine Gruppe von Patienten, für die eine Kurztherapie nicht ausreichend ist, die aber von einer psychodynamischen *Langzeitpsychotherapie* profitieren können. Schließlich beschrieb EGLE anhand des Stichwortes «psychovegetativer Spannungszustand» (s. Kap. IV.F) eine Gruppe von Patienten mit funktionellen Abdominalbeschwerden, die *keine Motivation für Psychotherapie* aufweisen. Zu dieser Gruppe gehören sehr wahrscheinlich auch jene Patienten mit Colon irritabile, bei denen nach DROSSMAN et al. eine ausgeprägte Psychopathologie nachweisbar ist.

### 3. Laxantienmißbrauch

#### 3.1 Epidemiologie

Nach HOTZ (1993) nehmen 15 bis 30 Prozent aller über 60jährigen bzw. 25 Prozent aller Frauen und etwa 15 Prozent aller Männer über 40 Jahre sporadisch oder dauernd Laxantien ein. Die Dunkelziffer dürfte angesichts der freien Verfügbarkeit von Laxantien und der vorliegenden Verkaufszahlen sehr hoch sein. DUNCAN et al. (1992) stellten bei 30 Prozent der Patienten einer gastroenterologischen Klinik, die dort wegen «idiopathischer Diarrhoe» zur diagnostischen Abklärung gewesen waren, einen Laxantienmißbrauch fest. Auch weisen die Autoren darauf hin, daß der Laxantienabusus bei 71 Prozent der Betroffenen übersehen werde. In diagnostischer Hinsicht verweisen sie auf Trias «Gewichtsabnahme, Hypokaliämie und Psycholabilität».

#### 3.2 Klinisch-psychosomatische Aspekte

Wegen einer ausgeprägten emotionalen Besetzung ihrer Stuhlgangfunktion kann sich bei *chronisch obstipierten Patienten* ein Laxantienmißbrauch mit dem intermittierenden Leitsymptom der kologischen Diarrhoe ausbilden. Die Patienten sind nämlich häufig nur wenig einsichtig hinsichtlich der ärztlichen Aussage, daß durch Abführmittelmißbrauch die Obstipation nicht gebessert, sondern eher verschlimmert wird. Während aber chronisch obstipierte Patienten zumeist ihren Laxantien-

mißbrauch offen thematisieren, wird dieser bei folgenden drei anderen Patientengruppen weitgehend verheimlicht:

1. Patienten mit *psychogener Eßstörung* (s. Kap. IV.D).
2. Patienten mit *artifizieller körperlicher Störung* (s. Kap. IV.L).
3. Patienten *ohne Anhalt* für Obstipation, Eßstörung und artifizielle körperliche Störungen.

Nicht wenige Menschen nehmen gelegentlich oder etwas häufiger Abführmittel zu sich, ausgehend von hypochondrisch begründeten Vorstellungen zur Stuhlgangfunktion; z. B. die Vorstellung von vermeintlich reinierten, zersetzten (bakteriellen) Giften, ungenügender «Entschlackung» im Sinne einer «Unreinheit» des Körpers sowie Furcht vor übersehenem Darmkrebs (ungeachtet einer wiederholt durchgeführten Abschlußdiagnostik). Ein Teil von ihnen folgt gewöhnlich der ärztlichen Empfehlung, den Mißbrauch zu lassen. Beim anderen Teil kann sich ein Laxantienmißbrauch entwickeln. Allerdings ist bei diesen Patienten Genaueres zu psychischen Struktureigentümlichkeiten nicht bekannt. Eine nicht geringe Zahl von Patienten aus der letzteren Gruppe kann die Fehldiagnose «irritables Colon» erhalten. Weil sich beide Gruppen ähneln können, muß besonderer Wert auf die Anamnese gelegt werden.

### 3.3 Psychotherapie

Psychotherapeutische Erfahrungen bei Laxantienmißbrauch liegen nicht vor.

### Literatur

- BLANCHARD EB, SCHWARZ SP, NEFF DF, GERADI MA: Prediction of outcome from the self-regulatory treatment of irritable bowel syndrome. *Behav Res Ther* 26, 187–189, 1988
- BRADLEY LA, RICHTER JE, PULLIAM TJ, McDONALD-HAILE J, SCARINCI IC, SCHAN CA, DALTON CB, SALLEY AN: Psychological factors influence the relationship between stress and reports of gastroesophageal reflux. *Gastroenterology* 88, 11–19, 1993
- CORNEY RH, STANTON R: Physical symptom severity, psychological and social dysfunction in a series of outpatients with irritable bowel syndrome. *J Psychosom Res* 34, 483–491, 1990
- CREED F, GUTHRIE E: Psychological factors in the irritable bowel syndrome. *Gut* 28, 1307–1318, 1987
- DROSSMAN DA, THOMPSON WG, TALLEY NJ: Identification of subgroups of functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterol Int* 3, 159–172, 1990
- DUNCAN A, MORRIS AJ, CAMERON A: Laxative induced diarrhoea – a neglected diagnosis. *J Roy Soc Med* 85, 203–205, 1992
- ENCK P, FRIELING T: Perzeption bei gastrointestinalen Funktionsstörungen. In ZEITZ N (Hrsg.) *Ökosystem Darm V*, S. 167–180, Springer, Berlin/Heidelberg 1993
- FAVA GA, PAVAN L: Large bowel disorders; Illness configuration and life-events. *Psychother Psychosom* 27, 93–99, 1976
- GUTHRIE E, CREED F: The difficult patient: Treating the mind and the gut. *European J Gastroenterol Hepatol* 6, 489–494, 1994
- HOLTMANN G, GOEBELL H: Ursachen der funktionellen Dyspepsie. *Dt Med Wschr* 117, 1029–1034, 1992
- HOLTMANN F, GOEBELL H, TALLEY NJ: Dyspepsia in consulters and non-consulters: Prevalence, health-care-seeking behaviour and risk factors. *European J Gastroenterol Hepatol* 6, 917–924, 1994
- HOTZ J, KARK W: Das Reizmagensyndrom (nicht-ulzeröse Dyspepsie). *Medizin Klin* 87, 21–27, 1992 a
- HOTZ J: Reizmagen. In GOEBELL H (Hrsg.) *Gastroenterologie, Klinik der Gegenwart*, S. 417, Urban & Schwarzenberg, München 1992 b
- HOTZ J: Entwöhnung von Patienten nach Laxantienabusus. Falk-Foundation, Freiburg 1993
- JONES RH, LYDIARD BR, HOBBS FDR: Dyspepsia in England and Scotland. *Gut* 31, 401–405, 1990
- KANE FJ, STROHLEIN J, HARPER RG: Nonulcer dyspepsia associated with psychiatric disorder. *Southern Med J* 86, 641–646, 1993
- LINHART G: Epidemiologie. In HOTZ J et al. (Hrsg.) *Funktionelle Störungen des Verdauungstraktes*, S. 88, Springer, Berlin/Heidelberg 1989
- LYDIARD BR, GREENWALD S, WEISSMANN M: Panic disorder and gastrointestinal symptoms. *Am J Psychiatry* 151, 64–70, 1994
- MCDONALD-HAILE J, BRADLEY LA, BRADLEY M, RICHTER JE: Relaxation training reduces symptom reports and acid exposure in patients with gastroesophageal reflux disease. *Gastroenterology* 107, 61–69, 1994
- MAXTON DG, MORRIS J, WHORWELL PJ: More accurate diagnosis of irritable bowel syndrome by the use of «non colonic» symptomatology. *Gut* 32, 784–786, 1991

- MENDELOFF AI, MONK M, SIEGEL CI, LILIENTHAL A: Illness experience and life stress in patients with irritable colon and ulcerative colitis. *New Engl J Med* 282, 14–17, 1970
- MÜLLER-LISSNER S, KOELZ HR: Dyspepsie: Definition, Ursachen und Vorgehen. *Dt Arztebl* 89, 2294–2301, 1992
- PLATZ T, SCHEPANK H, JUNKERT B, TRESS W: Gibt es einen typischen Konflikt bei Magenbeschwerden: Ein epidemiologisch-tiefenpsychologischer Beitrag zur Frage des spezifischen Konfliktes in der psychosomatischen Medizin. *Psychother Psychosom Med Psychol* 43, 207–213, 1993
- RÖSCH W: Volkskrankheit Sodbrennen, vom pathologischen Reflux zur Refluxösophagitis. *Dt Arztebl* 90, 152–157, 1993
- SLOTH H, JORGENSEN LS: Predictors of the course of chronic nonorganic upper abdominal pain. *Scand J Gastroenterol* 24, 440–444, 1989
- SMITH RC, GREENBAUM DS, VANCOUVER JB, HENRY RC, REINHARDT MA, GREENBAUM RB, DEAN HA, MAYLEJE: Psychosocial factors are associated with health care seeking rather than diagnosis in irritable bowel syndrome. *Gastroenterology* 98, 293–301, 1990
- SVEDLUND J, SJÖDIN I, OTTOSON JD, DOTEVALL G: Controlled study of psychotherapy in irritable bowel syndrome. *Lancet* II, 589–592, 1983
- WHORWELL PJ, PRIOR A, FARAGHER EB: Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome. *Lancet* II, 1232–1234, 1984
- WHORWELL PJ, COLGAN SM, PRIOR A: Changes in rectal sensitivity after hypnotherapy in patients with irritable bowel syndrome. *Gut* 31, 896–898, 1990

## C.2 Ulcus duodeni

HELLMUTH FREYBERGER, HARALD J. FREYBERGER

Empirische psychosomatische Befunde liegen vor allem für männliche Ulcus-duodeni-Patienten vor, nicht jedoch für Frauen, für Kinder und Jugendliche sowie auch nicht für Patienten mit Ulcus ventriculi. Deshalb konzentrieren wir uns auf die Psychosomatik des männlichen Ulcus-duodeni-Patienten.

### 1. Definition, Symptomatik, Verlauf

Das Ulcus duodeni ist pathologisch-anatomisch ein Schleimhautdefekt, der über die Lamina muscularis hinaus die Duodenalwand erfaßt und sich fast ausschließlich auf den Bulbus duodeni beschränkt. Die Symptomatik betrifft vor allem den *Nüchternschmerz*, der nach Nahrungsaufnahme intensitätsmäßig deutlich zurückgeht. Umgekehrt können die Patienten aber auch über postprandiale Beschwerden klagen. Charakteristisch für das Duodenalulcus ist nicht nur die hohe *Spontanheilungsrate* (innerhalb von 6 bis 8 Wochen), sondern auch dessen hohe *Rezidivneigung*. Bei Mehrfach-Rezidivierung wird von *Ulkuskrankheit* gesprochen; diese liegt bei mindestens 80 Prozent aller Patienten mit Duodenalulcus vor. Die Dauer einer Ulkuskrankheit wird auf 20 bis 25 Jahre geschätzt. Gefürchtet sind dabei die typischen Komplikationen: Perforation, Blutung, Magenausgangsstenose.

### 2. Epidemiologie

Bis in die siebziger Jahre hinein betrug in der Bundesrepublik die Prävalenz des Ulcus (Ulcus ventriculi und duodeni) 2 Prozent. Das Duodenalulcus trat doppelt so häufig wie das Magenulcus auf; in den westlichen Ländern erkrankten 4 Prozent bis 15 Prozent der Frauen und 10 Prozent bis 15 Prozent der Männer irgendwann während ihres Lebens an einem Ulcus. Die weltweit beobachtete Abnahme der Krankenhauseinweisungen wegen eines unkomplizierten Duodenalulcus ist vor allem auf die verbesserten Möglichkeiten der ambulanten medikamentösen Behandlung zurückzuführen. Bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts galt das Auftreten von Ulcera als eine Seltenheit. Auch überwog zu dieser Zeit das Magenulcus gegenüber dem Duodenalulcus; ferner waren damals überwiegend Frauen betroffen. Seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert nahm die Inzidenz des peptischen Geschwürs deutlich zu; gleichzeitig änderte sich das Geschlechterverhältnis. Die Gründe für diese Zunahme der Ulkuskrankheit, die in der Bundesrepublik zwischen 1944 und 1960 ihren Höhepunkt erreichte, werden noch diskutiert.

Es werden Zusammenhänge zu jenen *sozioökonomischen Problemen* vermutet, die mit der Umstellung vom bäuerlichen Leben auf die völlig neuartige Situation der Industriegesellschaft verbunden gewesen waren. Seit Mitte der sechziger Jahre nimmt die Inzidenz der Ulkuskrankheit wieder kontinuierlich ab, wobei dieser Trend sicherlich noch verstärkt wurde durch die Einführung der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten

zu Beginn der siebziger Jahre. Epidemiologisch ist ferner wichtig, daß die Angehörigen niederer sozialer Schichten, vor allem *Schwerarbeiter*, häufiger von der Ulkuskrankheit befallen sind als die Angehörigen höherer Schichten. Dem entspricht eine Häufung bei Berufen mit *körperlicher Belastung* gegenüber denen mit sitzender Tätigkeit. Die Ulkus-Rezidivquote ist in Norddeutschland höher als in Mittel- und Süddeutschland. Hinter diesem geographischen Muster verbirgt sich nach BAUERNFEIND et al. (1991) möglicherweise insofern ein Unterschied zwischen Stadt- und Landbevölkerung, als in ländlichen Gegenden die Rezidivneigung des Ulkus geringer ist als in der Stadt.

Zur Frage *jahreszeitlicher* Einflüsse auf die Ulkusinzidenz erscheint gesichert, daß zumindest ulkusbedingte Blutungen und die Sterblichkeit aufgrund eines Ulkus in den Sommermonaten abnehmen. Das häufiger beschriebene Absinken der Ulkushäufigkeit im Sommer wird auf die Ferienzeit bezogen.

### 3. Ätiologie und Pathogenese

#### 3.1 Genetische Faktoren

Genetische Faktoren prädisponieren offenbar zur Ulkuserkrankung. So ist das Krankheitsrisiko bei Verwandten ersten Grades, an einem Ulkus gleicher Lokalisation wie beim Patienten zu erkranken, um das 2,5 fache erhöht. Darüber hinaus kann bei Familien mit auffälliger Häufung von Duodenalgeschwüren ein – autosomal dominant vererbter – erhöhter Serum-Pepsinogen-I-Spiegel nachgewiesen werden. Deshalb gilt ein erhöhter Spiegel dieses Pepsinogens als subklinischer Marker für ein gesteigertes genetisches Duodenalulkusrisiko.

#### 3.2 Gesteigerte gastrische Sekretionsaktivität

Personen mit höherer Säuresekretion neigen eher dazu, an einem Zwölffingerdarmgeschwür zu erkranken (WAGNER et al., 1991). Ferner zeigen Patienten mit besonders hoher Säuresekretion eine verzögerte Ausheilungstendenz des Ulkus und entwickeln schneller ein Rezidiv. Somit ist die bekannte, erstmals 1910 dokumentierte These «ohne Säure kein

Ulkus» vor allem für das Zwölffingerdarmgeschwür auch heute noch gültig. Dementsprechend spielt therapeutisch die Säurehemmung durch Histamin-H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten oder Protonenpumpenblocker eine tragende Rolle. Je stärker die Säuresekretion vermindert wird – vor allem die Ruheseekretion der zweiten Nachthälfte –, desto eher heilt das Zwölffingerdarmgeschwür ab. In einer Metaanalyse aller relevanten, in den letzten zehn Jahren publizierten Studien zur Ulkustherapie ließ sich zeigen, daß die Wirksamkeit eines Ulkuspräparates direkt proportional zu seinem säurehemmenden Potential ist (HOTZ et al., 1991). Der genotypischen Präformierung einer gesteigerten gastrischen Sekretionsaktivität entspricht die vermehrte Parietalzellzahl im Magen. Die Möglichkeit einer Ulcusduodeni-Manifestation ist gegeben, wenn der Gleichgewichtszustand (Abb. 1) zwischen jenen aggressiven und defensiven Faktoren verschoben wird, die an der Magen-Duodenalschleimhaut regulierend wirksam sind (Tab. 1). Eine Gleichgewichtsverschiebung

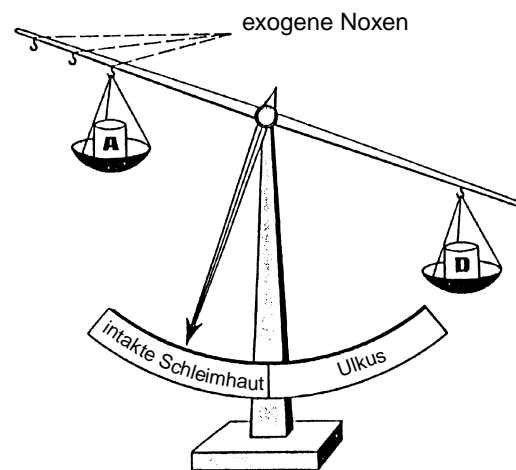


Abbildung 1: Gleichgewichtszustand aggressiv (A) – defensiv (D) im Falle des Überwiegens defensiver Faktoren und dessen pathogene Modifikationsmöglichkeit durch exogene Noxen (modifiziert nach DEMLING et al., 1984). Exogene Noxen:

1. Psychische Stressfaktoren
2. Nikotinmißbrauch
3. Arzneimittel: insbesondere Aspirin, nicht-steroidale Antirheumatika, Steroide (?)
4. *Helicobacter pylori*

*Tabelle 1:* Aggressive und defensive Faktoren im Bereich der Magen-Duodenalschleimhaut.

Aggressiv	Defensiv
Säure	Schleim- und Bicarbonatsekretion
Pepsin	Durchblutung
Galliger Reflux	Epithelregeneration Mund- und Bauchspeichel

kann sowohl die Intensivierung der aggressiven Faktoren als auch die Verminderung der defensiven Faktoren (mit relativem Überwiegen der aggressiven Faktoren) umfassen. Hinsichtlich der aggressiven Faktoren «Salzsäure», «Pepsin» und «galliger Reflux» ist deren psychische Beeinflussung (im Sinne der Sekretionssteigerung) gesichert. Umgekehrt scheint auch bezüglich der defensiven Faktoren «Schleim- und Bicarbonatsekretion des Magenepithels» sowie «Durchblutung» eine zusätzliche psychovegetative Steuerung (im Sinne der Schwächung der gastrischen Abwehrfunktion) gegeben zu sein.

### 3.3 Risikofaktoren

#### 3.3.1 Psychische Stressoren und somatische Noxen

Die Verschiebung des Gleichgewichtszustandes zwischen aggressiven und defensiven Faktoren (z. B. infolge Stimulierung der Säuresekretion und/oder verminderter Schleimhautdurchblutung) wird durch bestimmte exogene psychische oder/und somatische Faktoren in Gang gesetzt (Abb. 1). Diese verschiedenen exogenen Noxen entfalten nicht nur für sich alleine pathogene Wirkungen, sondern auch in *Kombination* mit anderen Noxen. Beispiele sind bei Rauchern jene Ulkusbildungen, die sich erst dann manifestieren, wenn seelische Stressoren hinzutreten. Hierher gehören auch die – gesteigert zum Ulcus duodeni disponierenden – männlichen ausländischen Arbeiter mit Nikotinmißbrauch, die in körperlich strapazierenden Berufen tätig sind. Bei diesen kann schließlich ein Ulcus zutage

treten, wenn der Konflikt mit der Forderung nach beruflicher Mitverantwortung einerseits und Einschränkung der sozialen Unterstützung (infolge Heimatverlust) andererseits kulminiert. Ferner ist denkbar, daß langhingezogene Gaben von nichtsteroidalen Antirheumatika bei chronisch kranken Patienten vor allem dann eine Ulkusbildung nach sich ziehen, wenn diese unter Konfliktdruck stehen. Nach WALKER et al. (1988) führt beim Duodenalulkus-Patienten die Einwirkung von chronischen-emotionalen Stressoren via anhaltender Vagus-Stimulation schließlich zur Hyperplasie der Haupt- und Parietalzellen des Magens, die dann ihrerseits die gesteigerte gastrische Sekretionsaktivität und die Hyperpepsinogenämie nach sich zieht.

#### 3.3.2 *Helicobacter-pylori*-Infektion

*H. pylori* ist ein mikroaerophiles gramnegatives, gebogenes spiralig gewundenes Bakterium, das eine spezielle ökologische Nische, nämlich die Magenschleimhaut des Menschen, kolonisiert. Es besteht eine progressive Zunahme der Prävalenzraten von weniger als 5 Prozent bei kleinen Kindern (vornehmlich bei niedrigerem sozio-ökonomischem Status) bis etwa 60 Prozent bei Erwachsenen über 60 Jahre. Das heißt: Alle Altersgruppen infizieren sich vornehmlich in der *Kindheit* und bleiben dann lebenslang infiziert (HIRSCHL, 1994). Dieses Bakterium verursacht eine chronische aktive Gastritis und kann eine mitbedingende exogene Noxe für die Entstehung oder Rezidivierung von Zwölffingerdarmgeschwüren darstellen (Abb. 1). Offenbar führt die *H. pylori*-Besiedlung – vor allem im Falle von gastraler Metaplasie der Duodenalschleimhaut – via Entzündung zur umschriebenen Epithelläsion und Schwächung der Mukosa-Barriere sowie schließlich zur säurebedingten Ulkusbildung. Ferner wurde beobachtet, daß nach therapeutischer Eradikation von *H. pylori* aus der Magenschleimhaut (Kombination: Säurehemmer + Antibiotikum + Wismutpräparat) die Rezidivneigung des Ulcus duodeni zunächst praktisch zum Erliegen kommt. Neue Ulkusschübe treten bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten dann wieder auf, wenn die Magenschleimhaut nach Reinfektion erneut mit *H. pylori* besiedelt ist (HOTZ, 1992).

Es liegen nach HOTZ beim Ulcus duodeni nur unzureichende Vorstellungen über die genaue pathogenetische Rolle von *H. pylori* vor. Deshalb ist auch noch ungeklärt, warum nur eine Minderzahl der Personen (20–30 %) mit die-

ser Infektion ein Ulkus entwickelt. Daher kann die Infektion für die Ulkusbildung allein nicht hinreichend sein, aber nach dem derzeitigen Wissensstand einen wichtigen Kofaktor darstellen (Abb. 1). Neben der hypothetischen Erklärung, wonach die Diskrepanz zwischen der hohen Prävalenz dieser Infektion und der deutlich niedrigeren Prävalenz der Ulkuskrankheit durch eine unterschiedliche Virulenz verschiedener Bakterienstämme bedingt sein könnte, bietet sich die weitere Hypothese für die schließliche Adhärenz des Bakteriums an, daß psychische Stressoren die Funktion des Immunsystems derart schwächen können, daß die Infektion mit *H. pylori* begünstigt wird (WALKER et al., 1992).

### 3.4 Psychoexperimentelle Befunde

Umfassendere Untersuchungen liegen zur Klärung der Frage vor, ob sich spezifische Zusammenhänge zwischen bestimmten emotionalen Zuständen einerseits und Verschiebung im aggressiv-defensiven Gleichgewichtszustand der Magen-Duodenalschleimhaut andererseits finden. Die Befunde an Einzelpersonen erlauben folgenden Schluß: Vor- und unbewußte Angst sowie aufgestaute Aggressivität bedingen eine eher gesteigerte gastrische Sekretionsaktivität, während die Depression eher eine verminderte nach sich zieht (WOLF et al., 1947; ENGEL et al., 1956). Es handelt sich aber vornehmlich um intraindividuelle, nicht um interindividuelle Regelmäßigkeiten, wie schon WITTKOWER (1931) gezeigt hatte. Angst und Aggressivität können nämlich unter Umständen auch zur Abnahme der gastrischen Sekretionsaktivität führen. Diese Beobachtungen legen nach HOLTSMANN et al. (1990) nahe, daß im Einzelfall nicht nur die Qualität des psychischen Stressors, sondern auch bestimmte *Persönlichkeitseigentümlichkeiten* die Reaktion des gastrischen Sekretionsapparates mitbestimmen. Gleichermaßen modifizierend für das Ausmaß der gastrischen Sekretionsaktivität kann die *Arzt-Patient-Beziehung* wirken. Es zeigt sich nämlich, daß bei direkter gezielter Äußerung von Angst- und Aggressionsgefühlen durch den Patienten die gastrische Sekretionsaktivi-

tät zurückgeht: weil nun der emotionale den physiologischen «Ausdruck» ersetzt (WOLF et al., 1947; ENGEL et al., 1956). Aus dieser Beobachtung resultiert die klinisch-interdisziplinär so außerordentlich relevante Tatsache, daß ein *psychotherapeutisch* orientierter Arzt-Patient-Kontakt mit der Bearbeitung von Angst und Aggressivität beim Patienten auch zur *Regulierung der gastrischen Sekretionsaktivität* beitragen kann (s. u.). Umgekehrt kann eine nur wenig tragfähige Beziehung zum Arzt, die der Patient als frustrierend erlebt, ohne dies thematisieren zu können, zu einer gesteigerten gastrischen Sekretionsaktivität führen.

ZANDER (1977) legte bei *Ulcus-duodeni*-Patienten eindrucksvolle psychophysiologische Untersuchungsergebnisse vor. In psychoanalytisch orientierten Interviews wurden die Patienten mit Lebensereignissen konfrontiert, die bei ihnen Gefühle des Neides und des Ärgers auslösten (bzw. in der Vergangenheit ausgelöst hatten). Im Falle der Kulminierung dieser Neid-Ärger-Thematik ließen sich beim ulkusdisponierten Patienten, wie die gleichzeitige röntgenologische Beobachtung der Magenmotilität ergab, fast regelmäßig trichterförmige, spasmenartige Bewegungen im Antrumbereich nachweisen. Diese Motilitätsabläufe konnten demgegenüber bei magen-gesunden Menschen kaum gefunden werden.

### 3.5 Abgrenzung zum «Streß-Ulkus»

Das sogenannte «Streß-Ulkus» (zusammen mit der Möglichkeit von gastrointestinalen Blutungen) ist die direkte Konsequenz von extremen somatischen (ulzerogenen) Streßwirkungen. Diese gehen insbesondere aus von sehr schweren körperlichen Erkrankungen, komplexen unfallchirurgischen Ereignissen und komplizierten chirurgischen Eingriffen. Diesen perakut manifest werdenden Streß-Ulzera, die sich pathologisch-anatomisch vom *Ulcus duodeni* unterscheiden, liegt ebenfalls eine mukosale Durchblutungsstörung mit Minderung des Regenerationsvermögens der Epithelzellen zugrunde, die wahrscheinlich durch die vermehrte – somatisch-streßbedingte – Ausschüttung von Glukokortikoiden in Gang gesetzt wird.

## 4. Psychodynamik

Für viele psychosomatische Patienten gilt, daß ein psychischer «Alltags-»Stressor (z. B. Objektverlust) deswegen pathogene psychische und somatische Effekte nach sich ziehen kann, weil die psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten defizitär sind. Wie allgemein in der Psychosomatik können mangelhafte intrapsychische Bewältigungsmöglichkeiten durch Fehlen von sozialer Unterstützung zusätzlich geschwächt werden.

### 4.1 Abhängigkeits-Unabhängigkeits- und Nähe-Distanz-Konflikt

#### 4.1.1 Pseudo-Unabhängigkeit

Der empirische Vergleich einer Ulcus-duodeni-Gruppe zu einer Kontrollgruppe orthopädischer Traumapatienten ergab, daß die Ulcusgruppe sich als weniger sozial unterstützt wahrnahm, weniger unterstützende Personen angab und intensivere Bedürfnisse nach mehr sozialer Unterstützung äußerte (BONFILS et al., 1971; FYDRICH et al., 1988; FELDMAN et al., 1986). Gleichzeitig fanden sich häufig stärkere Abhängigkeitswünsche, insbesondere auf vorbewußtem und unbewußtem Niveau. Diese werden vom Patienten aber als Makel erlebt und deshalb unterdrückt und/ oder reaktionsbildend von gesteigerten (Pseudo-)Unabhängigkeitswünschen überformt. Wir sprechen von einem «*Abhängigkeits-/Unabhängigkeitskonflikt*», der im engen psychodynamischen Zusammenhang zu Kindheitserfahrungen auf der Basis von gestörten Eltern-Kind-Interaktionen steht und dessen pathogene Relevanz für Patienten mit Zwölffingerdarmgeschwür empirisch belegt werden konnte (PLATZ et al., 1993; s. Kap. IV.C.1.). Bei dem Verhaltensmerkmal der *Pseudo-Unabhängigkeit* sind seine Wünsche nach Abhängigkeit und Umsorgtwerden kaum oder nicht bewußt. Deshalb sind die sozialen Kontakte des Patienten so ausgerichtet, daß sich möglichst gute Kompromisse zwischen Pseudounabhängigkeit und unbewußten Abhängigkeitswünschen ergeben; z. B. abgesicherte, wenig risikoreiche Berufspositionen, aber mit «viel Verantwortung».

Um die Befriedigung dieser Abhängigkeitswünsche nicht zu gefährden, müssen die Patienten bestrebt sein, in zwischenmenschlichen Beziehungen aggressive Impulse möglichst zu unterdrücken. Diese aggressive Hemmung ist eine Mitdeterminante für die bei Ulkuspatienten charakteristischen depressiven Symptome, die aber auch partiell unterdrückt werden können. Für Ulkuspatienten sind das berufliche (z. B. Beförderung) oder familienbezogene Vorwärtskommen (z. B. Heirat, Geburt eines Kindes) typische *Versuchungs- und Versagungssituationen*, weil gleichzeitig die Selbständigkeitsvalenz gefördert und die Abhängigkeitsvalenz frustriert wird.

#### 4.1.2 Offene Abhängigkeit

Die offen abhängigen Patienten verhalten sich in der Regel überangepaßt, bisweilen sogar unterwürfig; sie können aber auf passive Weise sehr fordernd sein, z. B. auf der Basis von Wünschen nach Arbeitsunfähigkeitsschreibung oder Frührente. Ferner findet sich gehäuft Nikotinmißbrauch. Ihre sozialen Kontakte orientieren die Patienten dorthin, wo die Abhängigkeitswünsche am ehesten realisierbar erscheinen. Bei ihnen ist die Versagung der Abhängigkeitswünsche die entscheidende Auslösesituation für die Ulkusmanifestation (BONFILS et al., 1971). Psychodynamisch liegen der Ulkusbildung ganz erhebliche (Verlust-)Ängste und die Unterdrückung von Frustrationsaggression zugrunde.

#### 4.1.3 Zurückweisung von sozialer Unterstützung

Ein größerer Teil der Ulkuspatienten tendiert dazu, soziale Unterstützungsangebote zu «übersehen». Auch erleben die Patienten Bezugspersonen als stärker einengend und bedrängend. Das heißt: Diese Patienten zeigen – ungeachtet ihrer Abhängigkeitswünsche – stark ausgeprägte *zwischenmenschliche Ambivalenzen*, insbesondere hinsichtlich Nähe (sog. *Nähe-Distanz-Konflikt*). Sie sind sozusagen gefangen in einer mittleren emo-

tionalen Balance, die also weder stärkere Nähe noch Distanz zuläßt.

## 4.2 Empirische Belege

### 4.2.1 Prädiktionsstudie von WEINER et al.

Die psychodynamische Konstellation des Abhängigkeits-Unabhängigkeitskonfliktes und eine auslösende Versagungssituation für den Patienten waren der Ausgangspunkt für die Prädiktionsstudie von WEINER et al. (1957), durch welche die Möglichkeit einer psychosomatischen Ulkuserkrankung empirisch belegt wurde.

WEINER et al. versuchten mittels klinisch-psychosomatischer Methoden bei 2073 Rekruten diejenigen vorherzusagen, die während einer mehrwöchigen militärischen Grundausbildung (*sozialer Parameter*) am Zwölffingerdarmgeschwür erkranken würden (bzw. diejenigen blind zu diagnostizieren, die zum Zeitpunkt der psychologischen Untersuchung bereits erkrankt waren). Eingesetzt wurden eine physiologische Methode (Serumpepsinogenbestimmung im Sinne des *biochemischen Parameters*) und sechs verhaltenswissenschaftliche Methoden sowie psychodynamische Erstinterviews. Die psychologischen Befunde wurden danach ausgewertet, ob sie die beschriebene psychodynamische Konfiguration zeigten oder nicht (*psychologischer Parameter*). Es wurden schließlich zehn Rekruten bezeichnet, die aufgrund dieser Befunde für eine Ulkuserkrankung in Frage kamen. Sieben entsprachen dieser Prädiktion, drei nicht und zwei weitere erkrankten an einem Ulkusschub, der nicht vorausgesagt worden war. Von den übrigen Rekruten erkrankte dementsprechend keiner. Hierfür ergibt sich ein Gültigkeitskoeffizient von + 0.73. Dieses Ergebnis ist für diese so schwierige Prädiktion ein sehr hoher Wert, der eine Leistung zeigt, die sich im Bereich der ganzen Medizin sehen lassen kann (MEYER, 1966). Eine weitere Studie, innerhalb der ebenfalls mittels psychodynamischer Erstinterviews und psychologischer Tests Ulcus-duodeni-Patienten gegenüber Kontrollgruppen blind diagnostiziert wurden, stammt von COHEN et al. (1961).

### 4.2.2 RUDER-Studie

Die sogenannte RUDER-Studie (= *Rezidiv des Ulcus duodeni/Epidemiologie unter Rantidin*, BAUERNFEIND et al., 1991) ist mit 2109 eingeschlossenen und auswertbaren Patienten im Zeitraum von 1986 bis 1988 die bisher umfassendste *prospektive Ulkuserkrankung*, die an einer großen Zahl von bundesrepublikanischen

Zentren durchgeführt und Mitte 1989 abgeschlossen wurde. Ziel dieser Studie war die nähere Abklärung jener Risikofaktoren, welche die Abheilungsgeschwindigkeit des Ulcus duodeni unter der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten-Medikation verzögern können bzw. – trotz medikamentöser Behandlung – zum Ulkuserkrankung disponieren. Folgende potentielle Risikofaktoren wurden überprüft: Rauchen, Rezidivhäufigkeit, erhöhte körperliche Arbeit, psychischer Streß, Antirheumatikatherapie (Risikofaktoren für eine verzögerte Abheilungsgeschwindigkeit) bzw. Rauchen, Rezidivhäufigkeit, erhöhte körperliche Arbeit, psychischer Streß, Duodenitis, Antirheumatikatherapie, Oberbauchbeschwerden (Risikofaktoren für ein Ulcus duodeni-Rezidiv trotz Therapie). Einschluß in die RUDER-Studie fanden Patienten, die während der vergangenen zwölf Monate mindestens ein Ulcus duodeni-Rezidiv und bei Studieneintritt ein endoskopisch nachgewiesenes Ulcus duodeni von mindestens 5 mm Durchmesser aufwiesen, ebenso wie eine «bekannt gute Compliance» sowie eine sogenannte «zuverlässige Persönlichkeitsstruktur».

Es zeigte sich, daß bei jenen Patienten mit verzögerter Ulkuserkrankung und späterhin erhöhter Rezidivfrequenz gerechnet werden mußte, die große Ulkuserkrankungen zeigten, anamnestisch Komplikationen und hohe Rezidivfrequenz aufwiesen, zusätzlich rauchten, körperlicher Schwerarbeit ausgesetzt waren und psychologischen Streß erlitten hatten. Demgegenüber waren Patienten, die diese drei Variablen nicht aufwiesen, durch schnellere Ulkuserkrankung und niedrigere Rezidivfrequenz gekennzeichnet. Dieses psychosomatisch sehr interessante Ergebnis der RUDER-Studie könnte einerseits damit zusammenhängen, daß bei den sogenannten Streß-Patienten der psychovegetative Ursachen-Teilfaktor besonders ausgeprägt war. Die starke Streßintensität könnte dann das Ulkuserkrankungstempo und die Rezidivhäufigkeit mitbeeinflusst haben. Die Alternativhypothese einer Noncompliance aus psychischen Gründen wurde nicht überprüft. Dies ist deshalb bedauerlich, weil es sich bei den «schwierigen» Duodenalulkus-Patienten, welche auf H<sub>2</sub>-Säureblocker therapeutisch nicht reagieren, um eine Gruppe von immerhin 5 Prozent bis 10 Prozent handelt, ohne daß jedoch bereits klinisch-psychosomatische Befunde vorliegen. Grundsätzlich sollte im Falle einer Ulkuserkrankungstherapieunter laufender H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten-

Medikation auch an die Möglichkeit einer *Noncompliance* des Patienten gedacht werden. Ein weiterer Befund der RUDER-Studie schließlich war, daß die rascheste, endoskopisch gesicherte Ulkusheilung bei freiberuflich tätigen Patienten vorkam gegenüber Arbeitslosen mit verzögerter Ulkusheilung.

## 5. Psychotherapie

### 5.1 Eingeschränkte Psychotherapie-Motivation des Ulkuspatienten

Diese wird verständlich, wenn wir die beschriebene Pseudo-Unabhängigkeit und den Nähe-Distanz-Konflikt bedenken. Dem entspricht, daß Ulcus-duodeni-Patienten weniger als 1 Prozent der sogenannten Inanspruchnahme-Population von zwei psychosomatischen Universitätskliniken ausmachen (OVERBECK et al., 1990); im Gegensatz zu anderen gastroenterologisch-psychosomatischen Patientengruppen wie Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, funktionelle Dyspepsie und Colon irritabile. Ferner hat die Einführung der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten und der Protonenpumpenblocker sowie die Eradikation des *H. pylori* so große therapeutische Fortschritte erbracht, daß dadurch auf seiten der behandelnden Ärzte wie der Patienten ergänzende bzw. konkurrierende Psychotherapieüberlegungen noch mehr als vorher in den Hintergrund getreten sind.

Noch am ehesten begegnet der Psychosomatiker dem Ulkuspatienten dann, wenn er konsiliarisch vom Gastroenterologen zu einem hospitalisierten Patienten wegen psychologischer Probleme gerufen wird. Innerhalb des stationären Settings läßt sich dann ein dif-

ferenzierter Arzt-Patient-Kontakt herstellen, denn jetzt ist meistens der Patient wenigstens vorübergehend für ein Gespräch motiviert, weil er seine Abhängigkeitswünsche nicht mehr mit der Pseudounabhängigkeit abwehren muß, sondern auf ärztliche Anordnung hin sozusagen ausleben «darf». Auch wird jetzt die Intensität des Nähe-Distanz-Konfliktes vorübergehend abgeschwächt. Nach der Entlassung kann aber erneut die bisherige Abwehr dominieren, und die Psychotherapiemotivation reduziert sich wiederum.

### 5.2 Indikation

#### 5.2.1 Psychosomatische Grundversorgung

Bei Patienten mit Ulcus duodeni sind folgende *drei Interventionsschritte* angezeigt (Tab. 2):

1. Generell sollte bei jedem Patienten mit akutem Ulkusschub an die Möglichkeit der Auslösung durch Konfliktsituationen gedacht werden. Gespräche in dieser Situation können für den Patienten große seelische Entlastung bringen.
2. Angst- und Aggressionsgefühle sollten angesprochen werden, weil dies zur Regulierung der gastrischen Sekretionsaktivität beitragen kann (s. o.).
3. Es sollte der Versuch der Motivierung für konfliktbearbeitende Psychotherapie unternommen werden.

Das Gelingen dieser drei Interventionsschritte hängt auch vom ärztlichen Umgang mit den beim Patienten vorherrschenden Abhängigkeits-Unabhängigkeits- und Nähe-Distanz-Konflikten ab. Die Nichtbeachtung seiner Ambivalenz *verschärft den inneren Konflikt*

Tabelle 2: Psychosomatische Grundversorgung bei Ulcus duodeni.

Aktivitäten des Arztes		Effekte
Thematisierung von Aggression und Angst	Umgang mit Abhängigkeits-, Unabhängigkeits- und Nähe-Distanz-Konflikten	seelische Entlastung
Thematische Fokussierung: auslösende Situationen		Förderung des Ulcus-Abheilungstempos  möglicherweise Motivation für psychodynamische Therapie

des Patienten. Bei Dominieren des Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konfliktes ist für den Arzt wichtig, daß er sich nicht zu nachhaltig von den Pseudounabhängigkeitszügen seines Patienten beeindruckt läßt und dadurch dessen gleichzeitige emotionale Fragilität übersieht. Das Dominieren des Nähe-Distanz-Konfliktes setzt beim Arzt gegenüber seinem Patienten das therapeutische Verharren im Sinne der mittleren emotionalen Balance voraus.

### 5.2.2 Weiterführende Psychotherapie

#### a) Psychodynamische Therapie

Für die kleine Gruppe von psychotherapeutisch positiv motivierten Patienten bieten sich die psychoanalytische Langzeittherapie, die psychoanalytische Gruppentherapie und die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie an. Zu bedenken ist, daß es infolge der unvermeidbaren Aktualisierung der beschriebenen Konflikte während der aufdeckenden Therapie zu Ulkusrezidiven kommen kann. Die aufdeckende Psychotherapie bei Ulkuspatienten dient aber nicht nur der Bearbeitung der beiden Grundkonflikte, sondern auch der Förderung der medikamentösen Ulkustherapie (s. o.). Die skizzierten psychophysiologischen Einwirkungsmöglichkeiten (Hemmung von schleimhautaggressiven und Unterstützung von schleimhautdefensiven Faktoren) stellen insofern einen Modellfall für das Zusammenspiel psychotherapeutischer Interventionen mit physiologischen Prozessen dar.

ORGEL (1958) verglich zehn von ihm durch Langzeitanalyse behandelte Duodenalulkus-Patienten mit fünf Ulkuspatienten, welche die psychoanalytische Therapie vorzeitig abgebrochen hatten. Katamnestisch (bis zu 23 Jahren) ergab sich, daß bei den Patienten mit abgeschlossener Psychoanalyse nicht nur die Intensität der neurotischen Problematik deutlich nachgelassen hatte, sondern es auch zur kompletten Heilung der Ulkuskrankheit gekommen war, während bei den Psychotherapieabbrechern wiederum Ulkusrezidive faßbar wurden. SJODIN (1983) verglich 50 Duodenalulkus-Patienten, die für die Dauer von drei Monaten bei wöchentlich einer Sit-

zung psychoedukativ-problemlösend (im Sinne der dritten Stufe der supportiven Psychotherapie, s. Kap. III.F.) behandelt worden waren, mit 53 Ulkuspatienten, die lediglich eine medikamentöse Behandlung erfahren hatten. Katamnestisch ergab sich fünfzehn Monate nach Behandlungsschluß, daß bei der Psychotherapiegruppe signifikant häufiger ein ausgeprägter Rückgang der Magenbeschwerden faßbar war.

#### b) Hypnosetherapie

Die Hypnosetherapie zielt bei Ulcus-duodeni-Patienten einerseits auf psychovegetative Entspannung, andererseits auf die Einschränkung der gastrischen Sekretionsaktivität. COLGAN et al. (1988) gingen von 30 Duodenalulkus-Patienten aus und behandelten von diesen für die Dauer eines Jahres fünfzehn mit medizinischer Standardbehandlung und Hypnosen auf der Basis von sieben Sitzungen, während die anderen fünfzehn Patienten lediglich eine medikamentöse und diätetische Behandlung erhielten. Anhand der Katamnesen nach einem Jahr ergab sich, daß bei der Psychotherapiegruppe zu 53 Prozent und bei der Kontrollgruppe zu 100 Prozent Rezidive vorlagen.

## 6. Symptomverlagerung nach chirurgischen Eingriffen

Seit der Einführung der H<sub>2</sub>-Rezeptor-Antagonisten ist die Anzeigebildung zur subtotalen Magenresektion und selektiven proximalen Vagotomie eine extrem seltene geworden. Die Ulkuschirurgie spielte zwischen 1930 und 1970 eine viel größere therapeutische Rolle. Damals wurde wiederholt über die Entwicklung von *Alkoholismus* nach subtotaler Magenresektion berichtet (NAVRATIL, 1959; WHITLOCK, 1961). Diese postoperative Suchtentwicklung wurde im Sinne einer Symptomverlagerung interpretiert. Diese These konnte durch JUNGINGER et al. (1986) erhärtet werden. Ihre retrospektive Verlaufsbeobachtung von 1045 nach Billroth II operierten Ulkuspatienten ergab – im Vergleich zu einer nach Alters- und Geschlechtskriterien parallelisierten Kontroll-Personengruppe – eine signifi-

kant ungünstigere Lebenserwartung (mittlere und maximale Beobachtungsdauer 14.6 und 22 Jahre; median 17.6 Jahre; 15217 Beobachtungsjahre). Nach der Magenresektion traten nämlich bei den operierten Patienten mehr Todesfälle wegen Bronchialkarzinom, Leberzirrhose und Suizid auf. Für JUNGINGER et al. lassen diese Befunde vermuten, daß die deutliche Beeinträchtigung der Lebenserwartung weniger eine Folge der Operation ist, sondern vielmehr die Konsequenz bestehender Risikofaktoren, die mit dem ursprünglichen Auftreten des Ulkus im Zusammenhang stehen und später die Lebenserwartung entscheidend mitbeeinflussen würden. Im einzelnen nahmen die Autoren als Risikofaktoren vor allem »*psychosomatische Einflüsse*« an, insbesondere auch Nikotin und Alkohol mit der Konsequenz von nikotin- und alkoholabhängigen Erkrankungen. TERSMETTE et al. (1991) stützten sich auf eine 50-Jahre-Nachbeobachtungsstudie von 2633 Amsterdamer Postgastrektomie-Patienten, bei denen im Zeitraum von 1931 bis 1960 eine Ulkusoperation durchgeführt worden war. Hier zeigten die männlichen Patienten – im Vergleich zur Kontrollgruppe – statistisch signifikant eine erniedrigte Überlebenszeit von durchschnittlich zwölf Jahren. Diese herabgesetzte Lebenserwartung wurde vor allem durch den Tod an Tumorerkrankungen, insbesondere Lungenkrebs, bedingt. Als hauptsächlichen Lebenszeit-beeinträchtigenden Risikofaktor ermittelten die Autoren den *Nikotinmißbrauch*. Im übrigen war in Holland der Nikotinmißbrauch bis zum Beginn der siebziger Jahre bei Frauen seltener, wodurch die vergleichsweise geringere Überlebensrate der Männer erklärbar wird.

Ausgehend von ihren Befunden betonen TERSMETTE et al., daß dank der H<sub>2</sub>-Säureblocker die Problematik der eingeschränkten Überlebenszeit nach subtotaler Magenresektion nicht mehr relevant sei. Sie machen aber darauf aufmerksam, daß die Frage von Risiken infolge der Langzeittherapie mit H<sub>2</sub>-Säureblockern noch weitgehend ungeklärt sei. In diesem Zusammenhang verweisen die Autoren auf katamnestische Befunde an größeren Patientengruppen, wonach auch nach H<sub>2</sub>-Säureblocker-Medikation ein gesteigerter

Nikotinmißbrauch im Sinne der Symptomverlagerung beobachtet worden sei (COLIN-JONES et al., 1985; MÖLLER et al., 1989). Jedoch würden diese Ergebnisse noch einer Bestätigung durch Langzeituntersuchungen bedürfen.

## Literatur

- BAUERNEFEIND P, BLUM AL: *Ulcus*almanach 1 + 2, S. 11, Springer, Berlin, 1991
- BONFILS S, MAZET P, M'UZAN M DE, HACHETTE JC: Etude corrélatrice de la sécrétion gastrique et de caractéristiques psychologiques des ulcéreux duodénaux. *Path Biol* 19, 967–969, 1971
- COHEN SI, SILVERMAN AJ, WADELL W, ZUIDEMA GD: Urinary catecholamine levels, gastric secretion and specific psychological factors in ulcer and non-ulcer patients. *J Psychosom Res* 5, 90–98, 1961
- COLGAN SM, FARAGHER EB, WHORWELL PS: Controlled trial of hypnotherapy in relapse prevention of duodenal ulceration. *LANCET* I, 1299–1300, 1988
- COLIN-JONES DG, LANGMAN MJS, LAWSON DH, VESSEY MP: Postmarketing surveillance of the safety of cimetidine: Mortality during second, third and four years of follow up. *Brit Med J* 291, 1084–1088, 1985
- DEMLING L, DOMSCHKE W: *Peptisches Ulcus*. In DEMLING L (Hrsg.) *Klinische Gastroenterologie*, Band I. 2. Aufl., S. 349, Thieme, Stuttgart 1984
- ENGEL GL, REICHSMAN F, SEGAL HL: A study of an infant with a gastric fistula; behavior and grade of total hypochlorid acid secretion. *Psychosom Med* 18, 374–398, 1956
- FELDMAN M, WALKER P, GREEN JC, WEINGARDEN K: Life event stress and psychological factors in men with peptic ulcer disease. *Gastroenterology* 91, 1370–9, 1986
- FYDRICH T, SCHEIB P, SOMMER G: Soziale Unterstützung und Belastungen bei Patienten mit Ulcus duodeni. *Psychother Med Psychol* 38, 159–166, 1988
- HIRSCHL AM: *Helicobacter pylori*: Erreger, Pathomechanismen und Epidemiologie. *Wien Klin Wochenschr* 106, 538–542, 1994
- HOLTMANN G, KRIEBEL R, SINGER MV: Akute und chronische Streßwirkungen auf die Sekretion von Magen, Pankreas und Galle. *Verdauungskrankheiten* 8, 204–209, 1990
- HOTZ J: Arbeitsunfähigkeit unter Langzeittherapie von Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren. *Versicherungsmedizin* 43, 180–186, 1991

- HOTZ J: Peptisches Ulcus. In GOEBELL H (Hrsg.) Gastroenterologie, Klinik der Gegenwart, S.434, Urban & Schwarzenberg, München 1992
- JUNGINGER T, STÜTZER H: Lebenserwartung nach Magenresektion wegen gastroduodenalem Ulcus. Dtsch Med Wschr 111, 447–451, 1986
- MEYER AE: Psychosomatische Medizin. In BLOHMKE M, SCHAEFER H (Hrsg.) Erfolge und Grenzen der modernen Medizin, S. 273, Fischer, Frankfurt 1966
- MOLLER H, LINDVIG K, KLEFTER R, MOSBACH J, MOLLER-JENSEN O: Cancer occurrence in a cohort of patients treated with cimetidine. Gut 30, 1558–1562, 1989
- NAVRATIL L: Alkoholismus und Magenresektion. München Med Wschr 101, 1088–1097, 1959
- ORGEL SZ: Effect of psychoanalysis on the course of peptic ulcer. Psychosom Med 20, 117–114, 1958
- OVERBECK G: Untersuchungen zur Psychosomatik der Ulkuskrankheit – ein kritischer Rückblick. In OVERBECK G, MÖHLEN K, BRÄHLER E (Hrsg.) Psychosomatik der Ulkuskrankheit, S. 185, Springer, Berlin/Heidelberg 1980
- PLATZ T, SCHEPANK H, JUNKERT P, TRESS W: Gibt es einen typischen Konflikt bei Magenbeschwerden? Ein epidemiologisch-tiefenpsychologischer Beitrag zur Frage des spezifischen Konfliktes in der psychosomatischen Medizin. Psychoth Psychosom Med Psychol 43, 207–213, 1993
- SJODIN I: Psychotherapy in peptic ulcer disease. A controlled outcome study. Acta Psychiatrica Scand 6, 1–90, 1983
- TERSMETTE AC, OFFERHAUS JA, GARDIELLO FM, BRAND R, TERSMETTE KWF, TYTGAT GNJ, VANDENBROUCKE JP: Long-term prognosis after partial gastrectomy for benign conditions. Gastroenterology 101, 148–153, 1991
- WAGNER S, GLADZIWA U, GEBEL M, SCHÜLER A, FREISE J, SCHMIDT FW: Circadian pattern of intragastric acidity in duodenal ulcer patients: A study of variations in relation to ulcer activity. Gut 32, 1104–1109, 1991
- WALKER P, LUTHER J, SAMLOFF IM, FELDMAN M: Life events, stress and psychosocial factors in men with peptic ulcer disease. Gastroenterology 94, 323–330, 1988
- WALKER P, FELDMAN M: Psychosomatic aspects of peptic ulcer disease: A multifactorial model of stress. Gastroenterology Int 5, 33–47, 1992
- WEINER H, THALER M, REISER MF, MIRSKY IA: Etiology of duodenal ulcer, I. Relation of specific psychological characteristics to rate of gastric secretion (serum pepsinogen), Psychosom Med 19, 1–10, 1957
- WHITLOCK FA: Some psychiatric consequences of gastrectomy. Brit Med J 267, 1560–1571, 1961
- WITTKOWER E: Zur affektiven Beeinflussbarkeit der Magensekretion. Klin Wschr 10, 1811–1813, 1931
- WOLF S, WOLFF HG: An experimental study of a man and his stomach. Oxford University Press, New York 1947
- ZANDER W: Psychosomatische Forschungsergebnisse bei Ulcus duodeni. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1977

## C.3 Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen

GISELA HUSE-KLEINSTOLL

Als unspezifische chronisch-entzündliche Darmerkrankungen werden die Colitis ulcerosa und der Morbus Crohn zusammengefaßt. Bisherige Untersuchungen zur Ätiologie und Pathogenese lassen Wechselwirkungen zahlreicher Faktoren vermuten, die genetische, soziologische, psychologische, infektiöse und immunologische Einflußgrößen betreffen. Die Epidemiologie spricht sowohl für den

Einfluß von Umgebungsfaktoren als auch von genetischen Faktoren. Bei etwa 10 Prozent der Erkrankten haben Familienmitglieder ersten Grades ebenfalls eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung (MONSEN et al., 1991). Colitis ulcerosa und Morbus Crohn haben einen Häufigkeitsgipfel im frühen Erwachsenenalter zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr und einen zweiten kleineren zwischen dem

*Tabelle 1:* Differentialdiagnose zwischen Colitis ulcerosa und Morbus Crohn (aus: GOEBELL H, KÖLBEL CBM, ZEITZ M: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. In GOEBELL H (Hrsg.) Gastroenterologie. Teil C/D, S. 631, Urban & Schwarzenberg, München, Wien 1992).

Symptom	Colitis ulcerosa	Morbus Crohn
Alter	jedes Alter	jedes Alter
Schmerzen	selten	häufig
Durchfall	häufig	häufig
Darmblutung	100 %	in etwa 20 %, meist nur gering
Tastbarer Tumor	nur bei Karzinom	häufig, rechter Unterbauch
Viszerale Fisteln	sehr selten	häufig
Abszesse, Fissuren	selten	häufig
Perianale Fisteln	sehr selten	häufig, etwa 30 %
Befall	kontinuierlich nur Kolon (+ Backwash-Ileitis) Rektum immer befallen	diskontinuierlich, etwa 85 % alle Darmabschnitte möglich Rektum in etwa 75 % frei
Stenosen	nur bei Karzinom	häufig
Mukosa	diffus befallen, granulär Kontaktblutung, flache Ulcera, Kryptenabszesse, Submukosa frei, Goblet-Zellen vermindert	fleckig befallen, Aphten in normaler Umgebung, keine Kontaktblutungen, tiefe längliche Ulcera, fokale Infiltrate, Fissuren, Submukosa beteiligt, Granulome, Goblet-Zellen normal

50. und 70. Lebensjahr. Die Erkrankungen sind weltweit verbreitet, besonders in Nord- und Osteuropa (DIRKS, 1991).

Die diagnostische Differenzierung zwischen der Colitis ulcerosa und dem Morbus Crohn kann schwierig sein, wenn beim Morbus Crohn ausschließlich der Dickdarm betroffen ist. Unter diesen Umständen wird oft erst im Krankheitsverlauf die genaue Diagnose gestellt werden können. Dennoch sprechen aus medizinischer Sicht zahlreiche Faktoren in bezug auf die Art der Schädigung, die Lokalisation und die Art der Komplikationen (GOEBELL et al., 1992) für *zwei unterschiedliche Krankheitsbilder*, die im folgenden getrennt behandelt werden (s. Tab. 1). Anhand dieser Tabelle wird schon sichtbar, daß die Erkrankung der Morbus-Crohn-Patienten in der Regel heterogener und schwerer zu behandeln ist als die der Colitis-ulcerosa-Patienten. Das gilt sowohl für die Gastroenterologen als auch für die Psychotherapeuten.

## 1. Colitis ulcerosa

### 1.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

Bei der Colitis ulcerosa ist von der Entzündung fast ausschließlich der Dickdarm betroffen. Nur bei etwa 5 Prozent der Erkrankten ist der unmittelbar angrenzende Teil des Ileums (Back-wash-Phänomen) mitentzündet. Bei einer leichteren Kolitis finden sich Schleim- und Blutbeimengungen zum Stuhl, bei einem schwereren Krankheitsbild treten in der Regel Fieber, starke Schmerzen und schwere Durchfälle auf, die blutig-schleimig und teilweise eitrig sein können. Die Colitis ulcerosa beginnt in der Regel im Rektum und breitet sich proximal aus. Erkrankungen des Rektums, des distalen Kolons und des gesamten Kolons sind gleich häufig. FEIEREIS (1990 a) findet bei den von ihm in der Klinik und Spezialambulanz behandelten Patienten in 67 Prozent einen chronisch-rezidivierenden, in 19 Prozent einen chronisch-kontinuierlichen Verlauf und in 14 Prozent eine schwere, akut aufgetretene Kolitis.

Die Diagnose der Colitis ulcerosa wird endoskopisch und histologisch gestellt. Es handelt sich um eine Entzündung der Mukosa ohne Beteiligung der tieferen Darmwandschichten. Makroskopisch finden sich Schleimhautrötung, Schleimhautödem und Ulzerationen. Darüber hinaus kann die Schleimhaut pseudo-

polypöse Wucherungen aufweisen. Im chronischen Stadium finden sich dagegen narbige Einziehungen, die zur Aufhebung der Hautströmungen führen. Im Röntgenbild ist das Ausmaß der Fibrosierung und Atrophie erkennbar.

Als schwerwiegende Komplikationen werden gefürchtet: das toxische Megakolon, eine nicht zu stillende Blutung und die Perforationsperitonitis. Neben der Erkrankung des Kolons findet man weitere Symptome, besonders im Bereich der Haut, der Gelenke und der Augen: Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum, rheumatoide Arthritis, ankylosierende Spondylitis, Episkleritis und Iridozyklitis; nichtentzündliche Leber- und Gallengangserkrankungen und vermehrte Cholestase sind ebenfalls häufige Begleiterkrankungen der Colitis ulcerosa.

### 1.2 Epidemiologie

Die Häufigkeit der Colitis ulcerosa in der Bevölkerung wird mit 27,3/100000 angegeben. Die Neuerkrankungsrate klinisch versorgter Patienten in mittleren Großstädten des westlichen Ruhrgebietes für die Jahre 1980 bis 1984 beträgt 2,9/100000 Einwohnern pro Jahr (DIRKS, 1991), ein Wert, der deutlich niedriger liegt als in anderen prospektiven Populationsstudien der achtziger Jahre in den Niederlanden, Skandinavien und Schottland (6,8–12,8/100000), was auf die fehlende Berücksichtigung leichterer ambulant behandelter Colitis-ulcerosa-Patienten zurückzuführen ist. Diese machen etwa 50 Prozent aller Neuerkrankungen aus. Die Inzidenzrate hat sich in den Jahren stabilisiert. Bevölkerungsstudien in Baltimore und in Neuseeland sprechen für eine größere Häufung der Colitis ulcerosa bei Weißen im Vergleich zu Schwarzen und bei englischstämmigen Einwanderern im Vergleich zu Ureinwohnern. Die höchste Inzidenz wird in der jüdischen Bevölkerung amerikanischer, skandinavischer und südafrikanischer Studien gefunden (s. DIRKS, 1991). Allgemein kann man davon ausgehen, daß Männer und Frauen gleich häufig erkranken, obwohl von Autor zu Autor unterschiedliche Angaben gemacht werden.

### 1.3 Psychosomatik

#### 1.3.1 Psychische Auffälligkeiten

Bei der Betrachtung der Ergebnisse von Untersuchungen zu psychischen Auffälligkeiten bei Patienten mit Colitis ulcerosa soll im folgenden zwischen psychischen Störungen im Vorfeld der Erkrankung, psychischen Auffälligkeiten im Verlauf der Erkrankung und spezifischen Persönlichkeitsmerkmalen unterschieden werden.

Seit der Veröffentlichung von MURRAY (1930) wird der Einfluß psychischer Faktoren auf das Krankheitsgeschehen der Patienten mit Colitis ulcerosa diskutiert. Die Diagnostik psychischer Störungen bei Colitis-ulcerosa-Patienten ist allerdings mit Schwierigkeiten verbunden, die in der Art der persönlichen psychischen Problematik und in den damit verbundenen Wahrnehmungs- und Ausdrucksmöglichkeiten der Patienten begründet sind. Da Colitis-ulcerosa-Patienten dazu neigen, im Erstkontakt aus Angst und Unsicherheit Informationen zu verschweigen, ist für den Untersucher schwer zu unterscheiden, welche Ereignisse verdrängt sind und über welche Ereignisse wichtige Angaben zurückgehalten werden. Wichtige Informationen sind deshalb oft erst bei längerfristigem, vertrauensvollem Kontakt zu erhalten. Auch wenn Patienten in den ersten Kontakten über schwere Traumata aus ihrer Vorgeschichte berichten, werden fast regelhaft die dazugehörigen Gefühle der eigenen Betroffenheit und Belastung nicht erlebt und ausgedrückt.

In psychologischen Tests zur Selbstbeschreibung der Persönlichkeit fallen bei dieser Patientengruppe in symptomfreien Zeiten im Mittel «übernormale» Werte auf, die auf eine Idealisierung schließen lassen (FEIEREIS, 1990 a). Projektive Tests geben dagegen deutlichere Bilder von Wahrnehmungsstörungen und konflikthaft erlebten Beziehungen der Colitis-ulcerosa-Patienten (WIJSENBECK et al., 1968).

Aus heutiger Sicht haben psychogenetische Erklärungsmodelle neben anderen Faktoren für den Entstehungsprozeß und Verlauf der Erkrankung bei Patienten mit Colitis ulcerosa nach wie vor ihre Berechtigung. ENGEL

(1961) konnte anhand umfangreicher Literatur- und eigener Studien aufzeigen, daß bei Patienten mit Colitis ulcerosa von vielen Untersuchern mit großer Übereinstimmung bestimmte psychische Auffälligkeiten gefunden werden. Dies betrifft in erster Linie Persönlichkeitsmerkmale wie die *Abhängigkeit* von engen Bezugspersonen, die *Verletzbarkeit* bei realer oder befürchteter Trennung und Überforderung sowie die *Aggressionshemmung*. Patienten mit Colitis ulcerosa haben Schwierigkeiten, Verlustängste, die sowohl bei der direkten Äußerung eigener Aggressionen als auch bei aggressiven Äußerungen von engen Bezugspersonen entstehen, realitätsgerecht zu bewältigen, so daß sie in solchen Situationen psychosomatische Störungen, aber auch neurotische Angstzustände, depressive Verstimmungen oder psychotische Phänomene entwickeln können (KARUSH et al., 1977).

#### a) Psychische Störungen im Vorfeld der Erkrankung

Im Vorfeld der Erkrankung finden sich deutliche Hinweise auf prämorbid psychische Störungen und körperliche Krankheiten, bei denen seelische Faktoren eine Rolle spielen. BIEBL et al. (1984) finden in der Anamnese vor Ausbruch der Erkrankung folgende Angaben: Verstimmungszustände (57%), Selbstmordversuche (29%), Suchtsymptomatik (24%) und Angstneurosen (19%), Asthma bronchiale (5%). Dies widerspricht der Annahme, daß die in Zusammenhang mit der Erkrankung gefundene Angst- und Depressionssymptomatik ausschließlich eine Folge der körperlichen Krankheit sei, die mit Besserung der Colitis ulcerosa deutlich abklinge. Die Richtigkeit dieser Beobachtung, daß die körperliche Besserung der Patienten zu einer seelischen Stabilisierung führt, ändert dennoch nichts an der psychischen Verletzbarkeit der Patienten, aufgrund von Bedingungen, die in den folgenden Kapiteln ausgeführt werden.

#### b) Psychopathologische Phänomene und Persönlichkeitsmerkmale

Die Häufigkeit psychopathologischer Symptomatik bei Patienten mit Colitis ulcerosa

liegt entsprechend den DSM-III-Kriterien bei 30 Prozent und ist unabhängig von Alter, Geschlecht und Schwere der körperlichen Erkrankung (ANDREWS et al., 1987). Die häufigsten psychischen Auffälligkeiten sind Angst und Depressivität (ANDREWS et al., 1987; FREYBERGER u. KÜNSEBECK, 1992). Hier lassen sich übereinstimmende Ergebnisse für Selbst- und Fremdeinschätzungen finden, d.h., die Patienten erleben ihre emotionale Verstimmung ähnlich wie der Untersucher. KARUSH et al. (1977) finden bei schwereren Krankheitsbildern auch schwerere Persönlichkeitsstörungen.

In einer Literaturübersicht, die ausschließlich kontrollierte Vergleichstudien berücksichtigt, berichten hingegen NORTH et al. (1990), daß psychische Störungen bei Patienten mit Colitis ulcerosa nicht häufiger nachgewiesen werden als bei gesunden oder internistischen Kontrollpatienten unterschiedlicher Diagnosen, wie z. B. funktionelle Darmbeschwerden, andere nichtentzündliche gastrointestinale Erkrankungen oder nichtgastroenterologische, chronische internistische Erkrankungen. Die Autoren betonen zu Recht, daß das methodische Vorgehen darüber entscheidet, ob Untersucher eine positive Beziehung zwischen psychopathologischen Faktoren und der Colitis ulcerosa finden. Gerade in psychologischen Testuntersuchungen, welche vor allem bewußtseinsnahe Symptome erfassen, wird nur bei instabilem Abwehrverhalten psychische Gestörtheit faßbar.

Im akuten Kolutisschub wird das psychopathologische Bild von krankheitsreaktiver Depressivität und Angst dominiert. FEIEREIS (1990 a) fand mit standardisierten Selbstbeobachtungsbögen während der akuten Krankheitsphase Persönlichkeitsmerkmale, die sich im symptomarmen Intervall nicht oder nur teilweise bestätigen ließen. WOOD et al. (1987) beschreiben bei Kindern mit Colitis ulcerosa, daß sich diese in Abhängigkeit ihres körperlichen Befindens als mehr oder weniger sozial kompetent erleben.

Zu den auch vor der Erkrankung und im symptomfreien Intervall feststellbaren Persönlichkeitszügen, die von psychoanalytisch orientierten Autoren beschrieben werden, zäh-

len vor allem zwanghaftes Verhalten und Aggressionshemmung (ENGEL, 1961; FEIEREIS, 1990 a). Ferner sind die Patienten emotional eng an eine wichtige Bezugsperson gebunden, die zum Bewertungsmaßstab des eigenen Handelns wird. Enge Bezugspersonen sind in der Regel Eltern, Großeltern oder Partner. KÜNSEBECK et al. (1981) beschreiben für Colitis-ulcerosa-Patienten eine extreme Empfindsamkeit und eine ungewöhnlich genaue Wahrnehmung der Einstellungen des Partners, aber nicht für entferntere Personen.

Konflikte resultieren aus der Inkongruenz eigener Bedürfnisse und der realen oder verinnerlichten Forderungen der die Patienten stützenden Bezugspersonen. Die Durchsetzung eigener Wünsche mit aggressiven Mitteln wird als Gefahr eines Verlustes der zur Stabilität notwendigen Bezugspersonen erlebt und löst massive Ängste aus, die dem Patienten in der Regel ganz oder teilweise unbewußt bleiben.

ARAPAKIS et al. (1986) konnten zeigen, daß Patienten mit Colitis ulcerosa weniger Selbstvertrauen haben, mehr Abhängigkeit von anderen Personen beschreiben und mehr feindselige Einstellungen gegenüber fremden Personen angeben als internistische Kontrollpatienten ohne gastrointestinale Erkrankungen. Dagegen werden offen feindselige Handlungen und sozial dominantes Verhalten für die Patientengruppe mit Colitis ulcerosa seltener beschrieben. Aggressives Verhalten in Konfliktsituationen mit nahen Bezugspersonen findet sich in erster Linie als «Identifikation mit dem Aggressor» und als Wendung der Aggression gegen die eigene Person. Bei der «Identifikation mit dem Aggressor» wird die unbewußte Trennungsangst dadurch abgewehrt, daß durch Identifikation Normen und Verhalten der Bezugsperson übernommen und somit als rechtmäßige Verhaltensäußerung erlebt werden. Selbstbestrafung in Form des depressiven Rückzugs und ein gewissenhaftes Befolgen der verinnerlichten Forderungen der Bezugsperson dienen der phantasierten Konfliktlösung. Gelingt dabei die innere Stabilisierung des Patienten nicht, kommt es zum Krankheitsschub. Dem am Konflikt unbeteiligten Beobachter fallen Aggressionshemmung, Ordnungsliebe, Gewissenhaftigkeit und Leistungsbereitschaft auf.

### 1.3.2 Psychodynamische Modellvorstellungen zur Krankheitsgenese

Die psychologischen Theorien zu Entstehung und Verlauf der Colitis ulcerosa sind unspezifisch in dem Sinne, daß sie nicht nur als für diese Patientengruppe typisch bezeichnet werden können. Es fällt aber auf, daß die Patienten mit Colitis ulcerosa eine wesentliche Rolle bei der Entwicklung psychosomatischer Theorien gespielt haben.

ENGEL und SCHMALE (1978) fanden, daß in subjektiv ausweglosen Konfliktsituationen mit den Gefühlen der Hilf- und Hoffnungslosigkeit der Patient erkrankt, weil durch die Hemmung anderer Ausdrucksmöglichkeiten die Erkrankung für ihn zur einzig möglichen Form der Affektabfuhr wird. Dieser Prozeß wird als «*giving up, given up*»-Komplex bezeichnet (s. Kap. II.B. und III.F.). Im Rahmen dieser Theorie resultiert das Gefühl der Hilflosigkeit im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten aus der Unsicherheit des eigenen Standpunktes und dem vergeblichen Versuch, sich dem Standpunkt der verinnerlichten, elterlichen Bezugsperson (Schlüsselfigur) anzupassen. Lassen sich Konflikte nicht durch Anpassung bewältigen, gibt es für Colitis-ulcerosa-Patienten häufig nur die Möglichkeit, durch Rückzug weitere Frustrationen zu vermeiden.

Da die positive Beziehung zur Bezugsperson eine Schutzfunktion gegenüber den destruktiven Impulsen der Patienten hat, werden im Konfliktfall starke Ängste und aggressive Gefühle ausgelöst. Die aggressiven Impulse gelten in der Regel dem internalisierten elterlichen «Selbst-Objekt» und haben deshalb auch autoaggressive Anteile. Wenn ihre Bewältigung nicht gelingt, kommt es zur gelebten Aggression gegenüber anderen und/oder der eigenen Person.

Auch FREYBERGER und KÜNSEBECK (1992) beschreiben zwei wesentliche Grundkonflikte: einen *Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt*, bei dem es zur Kollision zwischen kindlichen Abhängigkeitswünschen und internalisierten, elterlichen Forderungen kommt, und einen *Nähe-Distanz-Konflikt*, bei dem intensive Wünsche nach Verschmelzung und Anlehnung mit Distanzwünschen aufgrund

starker Verletzungsängste und destruktiver Impulse kollidieren.

Die wachsenden Anforderungen, die besonders während der Pubertät und im frühen Erwachsenenalter an die Selbständigkeit und Verantwortung der Patienten gestellt werden, führen in Verbindung mit belastenden emotionalen Lebensereignissen zur Erkrankung oder zum Krankheitsrezidiv. Die oft nachweisbare, unsichere emotionale Differenzierung eigener Standpunkte und Orientierungsgrößen bei Patienten mit Colitis ulcerosa läßt sich besonders deutlich im Dialog erfassen und wird als «*Pensée opératoire*» (MARTY u. DE M'UZAN, 1978) oder als «*Alexithymie*» (NEMIAH u. SIFNEOS, 1970) beschrieben (s. Kap. II.B.). Der zwischenmenschlichen Kommunikation mangelt es an subjektiver emotionaler Bedeutungskennzeichnung des vom Patienten vermittelten Sachverhaltes, weil diese in der frühkindlichen Interaktion mit der elterlichen Schlüsselfigur nicht erlernt wurde (ZEPF u. TSCHIRCH, 1981). Damit verfügen die betroffenen Patienten auch über schlechtere Fähigkeiten der Wahrnehmung und Gewichtung körperlicher Symptome.

KUTTER (1988) weist auf die Störung der Körperbesetzung in der frühen Entwicklung bei Patienten mit psychosomatischen Störungen hin. Werden in der frühen Kindheit die Körperfunktionen von den Bezugspersonen vernachlässigt oder extrem kontrolliert, so komme es nicht zur Integration von Körper- und Selbstrepräsentanz. Vielmehr führten Störungen bei der Entwicklung der Körperrepräsentanz leicht zu einer Spaltung von Körper- und Selbstrepräsentanz und zu einer unrealischen Einschätzung von Körpersymptomen und körperlicher Belastbarkeit. Der Körper werde dann schnell anderen überantwortet, zum Beispiel den Ärzten.

### 1.3.3 Kritische Lebensereignisse als Krankheitsauslöser

Unter streßtheoretischen Gesichtspunkten wurden kritische Lebensereignisse als Auslöser im Vorfeld der Erkrankung und späterer Erkrankungsschübe bei Patienten mit Colitis ulcerosa untersucht. Hier lassen sich häufig

*reale oder phantasierte Verlust- und Trennungsergebnisse* (Objektverlust) finden. Genannt werden u. a. Tod oder Krankheit einer nahen Bezugsperson, Scheidung, Auszug aus dem Elternhaus, Nichtbeachtung oder Kränkung durch eine wichtige Bezugsperson, Geburt eines Kindes, Urlaub des behandelnden Therapeuten, Abschlußprüfungen.

Während vom Interviewer spezifische Ereignisse als Auslöser der Erkrankung bzw. der Schübe gefunden werden, können in einzelnen Untersuchungen mittels standardisierter Fragebögen in definierter Zeit vor den Erkrankungsschüben nicht mehr belastende Lebensereignisse bei Colitis-ulcerosa-Kranken nachgewiesen werden als bei Gesunden. Dabei ist die Frage, ob möglicherweise die von ZEPF und TSCHIRCH (1981) gefundene Unsicherheit in der subjektiven Bedeutungskennzeichnung von Ereignissen die Verknüpfung von belastendem Ereignis und Erkrankung erschwert. Es wäre zu erwarten, daß die weniger wahrnehmungsgestörten Patienten eher solche Verknüpfungen registrieren könnten.

### 1.3.4 Soziale Beziehungen

#### a) Ursprungsfamilie

Nach BOWLBY'S «Attachment»-Theorie (1977; s. Kap. III.C.) wirken sich frühe Elternverluste auf die spätere psychosoziale Entwicklung der Betroffenen negativ aus. In einer britischen prospektiven Jahrgangsstudie werden Jungen, die vor dem 5. Lebensjahr einen Elternteil durch Trennung, Tod oder Scheidung verloren haben, zwischen dem 12. und 26. Lebensjahr häufiger wegen einer Kolitis stationär behandelt (WADSWORTH, 1984). Colitis-ulcerosa-Patienten mit einem Gesamtbefall des Kolons geben nach BIEBL et al. (1984) vor dem 15. Lebensjahr deutlich mehr Elternverluste und andere relevante Lebensereignisse an als Patienten mit ausschließlichem Befall der distalen Kolonabschnitte.

Als Fazit seiner Untersuchungen zur Familiensituation, -psychodynamik und -therapie bei Familien mit Colitis-ulcerosa- und Morbus-Crohn-Patienten betont WIRSCHING (1984) drei Charakteristika:

1. Die Familie zeigt einen starken Zusammenhalt (familiäre Bindung).
2. Die psychologischen Grenzen innerhalb der Familie scheinen aufgehoben (Fusion),

bei starker Abgrenzung der Familie nach außen (Isolation).

3. Die Entwicklungsfähigkeit der Familie erscheint eingeschränkt (Rigidität).

WIRSCHING (1984) findet unter den übrigen Familienmitgliedern zahlreiche weitere Erkrankungen, die es nicht zulassen, von spezifischen Familienmustern bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen zu sprechen (vgl. Kap. III.D.).

Die krankmachende Wirkung der Familienstrukturen, besonders in Krisenzeiten, resultiert für das einzelne Familienmitglied aus der wechselseitigen Abhängigkeit und dem ständigen Überschreiten individueller Grenzen. Zur familiären Eingegängtheit gehören qualitativ und quantitativ eingeschränkte, mehr sach- als personenbezogene Formen der Kommunikation. Die Befolgung leicht vorhersagbarer, starrer Regeln und starke Harmonisierungstendenzen dienen dem Ziel, die familiär notwendige Homöostase zu erhalten. Dem als Patient deklarierten Familienmitglied kommt häufig eine konfliktvermeidende Funktion zu, z. B. die Kindern eigene «in-between»-Stellung, bezogen auf die Eltern (WIRSCHING, 1984).

Die bei allzu großer familiärer Nähe leicht auftretende Unschärfe in der Wahrnehmung des einzelnen zeigt sich in einer Untersuchung von erkrankten Kindern und ihren Eltern. OVERBECK (1985) fand, daß im Gießen-Test die Eltern sich im Sinne «sozialer Resonanz» und «Kontrolle» darstellen und ihre Kinder als überwiegend gesund schildern. Fast ein Drittel der Eltern vergessen bei der Schilderung sogar die Colitis ulcerosa ihrer Kinder. Projektive Tests der Kinder sprechen für Beziehungsarmut und Abgrenzungsmangel. Aggressionen werden im Sinne der Projektion ausschließlich außerhalb der Familie wahrgenommen, was der Angstabwehr dient. Personen auf Einzelabbildungen werden als «verlassen» beschrieben. Der Untersucher betont, daß die starke häusliche Gebundenheit der Kinder «nicht mit oraler Verwöhnung einhergeht», was heißt, daß die Eltern auf Versorgungswünsche ihrer Kinder nicht in überfürsorglicher Weise eingingen.

LIEDTKE (1987), der den elterlichen Erziehungsstil bei kolitiskranken Kindern mit Fragebögen zu Erziehungseinstellungen, -techniken und -zielen aus Sicht der Kinder und aus Sicht der Eltern untersuchte, fand – teilweise in Widerspruch zur Literatur – für die Mütter das Bild einer in der Erziehung nicht zu Bestrafungen und zum Experimentieren neigenden, einfühlsamen, behütenden Frau, deren Erwartungen an das Kind im Leistungsbe- reich deutlich wurden. Auch der Vater fiel als eine Person auf, die unter Verzicht auf Strafen eine enge Beziehung zu den Kindern suchte, vor allem zur Tochter. Von den Söhnen wurde Selbständigkeit erwartet. Auf geschlechtsspe- zifische Unterschiede in der Beurteilung der Eltern durch kolitiskranke Kinder hat WEINER (1977) in seiner Literaturübersicht hingewie- sen.

Es fehlen für die Colitis ulcerosa bislang Familienun- tersuchungen, welche die besondere Situation von Teilfamilien nach Trennung und Scheidung der Eltern oder nach Wiederheirat die Interaktion mit Stiefeltern und -geschwistern zum Inhalt haben.

#### b) Partnerschaft und Sexualität

Die Struktur partnerschaftlicher Beziehungen der Patienten mit Colitis ulcerosa entspricht weitgehend der Struktur der prägenden ab- hängigen Eltern-Kind-Beziehung. Der Part- ner wird unbewußt als Elternteilersatz ge- wählt. Darüber hinaus bleibt oft der Einfluß dominanter elterlicher Bezugspersonen aus der eigenen oder der Schwiegerfamilie inner- halb der Partnerschaft groß (WEINER, 1977).

Beim Vergleich mit einer chirurgischen Kon- trollgruppe geben Patienten mit Colitis ulcerosa an, mit ihren Partnern über Gefühle und Proble- me schlechter reden zu können. Auch berichten sie häufiger über Partnerkonflikte und daß sie ihre Partner weniger anziehend finden. Sie ha- ben seltener Geschlechtsverkehr und geben häufiger Probleme beim Geschlechtsverkehr an (PROBST et al., 1990). Körperkontakt in Form von Liebkosungen ist für die Mehrheit der Pa- tienten wichtiger als sexuelle Kontakte, die von einigen als ekelhaft und «schmutzig» eingestuft werden. Die meisten Frauen geben an, nie einen Orgasmus während des Beischlafs zu haben. Zahlreiche Männer klagen über zeitweise oder dauerhafte Impotenz.

Die Angst vor Enttäuschungen und Verlet- zungen in Beziehungen findet sich auch bei ledigen Colitis-ulcerosa-Patienten. Sie haben seltener ein Rendez-vous als ledige Patienten einer chirurgischen Kontrollgruppe.

Die untergeordnete Rolle der Sexualität ist eher als Folge der behinderten, persönlichen Reifung und weniger als Krankheitsfolge an- zusehen. Nur bei hohem Schweregrad waren die Kontaktmöglichkeiten durch die Krankheit selbst eingeschränkt (PROBST et al., 1990).

#### 1.3.5 Berufliche Integration

Patienten mit Colitis ulcerosa werden teilwei- se als ehrgeizig beschrieben und suchen ver- stärkt Anerkennung im Leistungsbereich. Prüfungssituationen werden deshalb oft als eine Belastung erlebt, denen sich die Betrof- fenen nicht gewachsen fühlen. Sie sind in zweierlei Hinsicht bedrohlich; zum einen we- gen verinnerlichter elterlicher Leistungs- ansprüche und Angst vor Liebesverlust, zum anderen wegen der Angst vor stärkerer Ver- antwortung in einer neuen Entwicklungsstufe, die mit dem Ablegen von Prüfungen in der Re- gel verbunden ist. Letztes gilt besonders für Abschlußexamina. Mißerfolge werden leicht überbetont, und reale Erfolge verblassen an- gesichts von Mißerfolg fast völlig. Schlechtes Befinden, welches die Leistungsfähigkeit auf- grund körperlicher oder seelischer Beein- trächtigung vermindert, wird von den Patien- ten im Sinne des Selbstvorwurfes irrtümlich als Desinteresse und Lernschwäche gewertet, möglicherweise auch als Ausdruck einer feh- lenden Differenzierung verinnerlichter, rigi- der elterlicher Forderungen (s. Abschnitt 1.3.4, a) Ursprungsfamilie).

Die Arbeitsfähigkeit ist bei einem Viertel der Patienten eingeschränkt. Es kommt häufi- ger zu Fehlzeiten am Arbeitsplatz, und jeder sechste hat nach Krankheitsbeginn den Ar- beitsplatz wechseln müssen (FEIEREIS, 1990 a).

## 1.4 Prognose

Die *Mortalität der akuten Erkrankung* liegt seit Einführung der Kortikosteroide in die Thera-

pie bei etwa 1 Prozent. Bei der Komplikation eines toxischen Megakolons steigt die Letalität der Patienten auf fast 20 Prozent (GOEBELL et al., 1992).

Die *Langzeitprognose* der Colitis ulcerosa wird mit Behandlung als gut bezeichnet. Ohne remissionsfördernde Therapie mit 4- oder 5-Aminosalicylsäure-Präparaten beträgt die Rückfallrate aller Formen der Colitis ulcerosa etwa 80 Prozent (GOEBELL et al., 1992). Prognostisch bedeutsam sind die folgenden demographischen, Krankheits- und psychologischen Faktoren: Alter bei Beginn der Erkrankung, Schweregrad und Ausdehnung der Entzündung, Art und Schwere der Komplikationen, Behandlungsform und Ansprechbarkeit auf die Behandlung, Persönlichkeitsstruktur, reaktive psychische Veränderungen und psychosoziale Folgen der Erkrankung. Die Langzeitprognose ist um so ungünstiger, je früher die Erkrankung auftritt. Dennoch läßt sich keine strenge Abhängigkeit zwischen Krankheitsdauer, Lokalisation und Verlaufsform feststellen. Nach KARUSH et al. (1977) verbessert die Aufmerksamkeit für seelische Belange des Patienten die Langzeitprognose.

Durch Berechnung der kumulativen Mortalität ließ sich nachweisen, daß unter kontinuierlicher konservativer Langzeitbehandlung mit einer kombinierten somatischen Behandlung und Psychotherapie die Überlebenschancen für die Colitis-ulcerosa-Patienten verbessert werden konnten. Die Letalität infolge der Kolitis oder ihrer Komplikationen, gemittelt über alle Schweregrade (I–IV), wird mit 2,9 Prozent angegeben. Von 268 Patienten mit dem Schweregrad III und einer mittleren Beobachtungsdauer von 12,2 Jahren (Zeitspanne 0–33 Jahre) war bei 10 Prozent eine totale Kolektomie, bei 2 Prozent eine Hemikolektomie und bei 4 Prozent die Anlage eines Anus praeter bei belassenem Kolon notwendig. Von den übrigen Patienten waren 7 Prozent beschwerde- und symptomfrei, 43 Prozent hatten eine rückläufige Entzündung mit Restbefunden und klinisch normalen Nachuntersuchungsergebnissen, 13 Prozent wiesen ein unbefriedigendes Behandlungsergebnis auf und bei 4 Prozent lag ein unveränderter Befund vor. Die Mortalität lag in dieser Gruppe bei fast 15 Prozent, davon entfielen 3 Prozent auf eine Kolonkarzinom, 4 Prozent auf postoperative Mortalität und der Rest auf kolitisbedingte Komplikationen (FEIEREIS, 1990 a).

Das Krebsrisiko steht in direkter Beziehung zur Ausdehnung der Colitis ulcerosa im Kolon und zur Zeitdauer der Erkrankung und wird als zwanzigmal höher im Vergleich zu einer Kontrollpopulation angegeben.

Es betrifft mit fünf- bis zehnjähriger Verschiebung auch Patienten mit nur linksseitiger Colitis ulcerosa, vorzugsweise auch im symptomfreien Intervall. Alle Patienten sollten bei totalem Befall nach 10 Jahren beziehungsweise bei subtotalem Befall des Kolons nach 12 bis 15 Jahren in ein Überwachungsprogramm mit Kontrollkoloskopien in zweijährigen Abständen aufgenommen werden (GOEBELL et al., 1992).

Trotz der erzielten Fortschritte in der internistischen und chirurgischen Therapie ist die Colitis ulcerosa nach wie vor eine bedrohliche und beeinträchtigende Erkrankung, die frühzeitig in die Hände von Spezialisten gehört und bei schweren Verlaufsformen konsequent in enger Kooperation von Gastroenterologen, Chirurgen und Psychotherapeuten/Psychiatern behandelt werden sollte. Die höchste Letalität besteht nach Ansicht vieler Autoren innerhalb des auf die erste Krankenhausaufnahme folgenden Jahres (FEIEREIS, 1990 a).

## 1.5 Therapie

Eine Untersuchung zum Krankheitsverlauf zeigt, daß zwischen der Zufriedenheit des Colitis-ulcerosa-Patienten mit der Arzt-Patient-Beziehung und der Länge symptomfreier Intervalle ein signifikanter Zusammenhang besteht. Die Zufriedenheit mit der Arzt-Patient-Beziehung enthält das Empfinden des Patienten, langfristig Verständnis und Anteilnahme von seiten des behandelnden Arztes zu erhalten, und ist unabhängig vom Patientenurteil über die Behandlungsqualität der körperlichen Therapie (LIEDTKE et al., 1972).

### 1.5.1 Psychotherapie

Die Fortschritte in der internistischen und chirurgischen Therapie der Colitis ulcerosa haben den Leidensdruck und die Psychotherapiemotivation der Patienten deutlich vermindert. Darüber hinaus gibt es nach wie vor Differenzen zwischen Gastroenterologen und Psychotherapeuten über die Bedeutsamkeit der prämorbid psychischen und sozialen Bedingungen für das Auftreten und den Verlauf der Colitis ulcerosa. Unter diesen Voraussetzungen ist es nicht einfach, kontrollierte

interdisziplinäre Therapiestudien durchzuführen.

KARUSH et al. (1977) berichten über die Langzeitverläufe einer Psychotherapiestudie von 30 Colitis-ulcerosa-Patienten, die kombiniert mit *analytisch orientierter Psychotherapie* behandelt wurden. Diese Patienten waren schon vor der Erkrankung psychisch auffällig, wobei die psychische Diagnose erst zum Zeitpunkt des Beginns der Colitis gestellt wurde. 16 Patienten hatten Persönlichkeits- oder psychoneurotische Störungen, 14 hatten frühe «schizophrene» oder Borderline-Störungen mit psychotischen Episoden. Patienten ohne psychotische Störungen hatten deutlich bessere Prognosen hinsichtlich der Besserung der physischen Symptome, von Verhaltensänderungen und/oder strukturellen Veränderungen der Persönlichkeit. Von 16 Patienten mit leichteren Symptomen waren zum Nachuntersuchungszeitpunkt 12 körperlich gebessert, davon hatten 7 keine Krankheitszeichen; 12 zeigten Verhaltensänderungen und 8 strukturelle Veränderungen. Von den 14 Patienten mit psychotischer Fragilität zeigten 8 eine körperliche Besserung, ein Patient war ohne Krankheitszeichen; 11 zeigten Verhaltensänderungen und 4 strukturelle Veränderungen der Persönlichkeit. Patienten, die vor Krankheitsbeginn belastende Ereignisse angaben, hatten eine bessere Prognose als diejenigen, die keine Belastungen nannten. Allgemein galt für die Psychotherapie der Patienten: Je länger die Therapie, desto besser die Ergebnisse. Aber auch nach kürzerer Therapiedauer von weniger als einem Jahr zeigten 56 Prozent der Patienten eine körperliche Besserung; die Erfolgsrate stieg auf 83 Prozent bei einer Therapiedauer von einem bis drei Jahren. Die Ergebnisse von jährlichen Follow-up-Untersuchungen über mehr als acht Jahre zeigten eine günstigere Entwicklung für Patienten mit Psychotherapie im Vergleich zu einer nur internistisch behandelten Patientengruppe, für die keine psychischen Symptome bei Krankheitsbeginn registriert wurden. Zu den wichtigsten Tugenden erfolgreicher Therapeuten zählten nach Aussage der Autoren Interesse, Empathie und Hoffnung. Auch ANDREWS et al. (1987) betonen die Notwendigkeit gezielter psychotherapeutischer und/oder psychopharmakolo-

gischer Mitbehandlung bei psychischen Komplikationen, da sich diese nur bei 10 Prozent der Patienten spontan zurückbildeten.

BRUCE (1986), der stationär Eltern und Kinder betreute, berichtet, daß Eltern ärgerlich waren, wenn sie aufgefordert wurden, mit ihrem Kind den Psychiater aufzusuchen. Er weist darauf hin, daß konsequente Mitbehandlung durch Psychotherapeuten nur bei Integration des Psychotherapeuten in das Behandlungsteam möglich ist und gute Kenntnisse über Art, Verlauf und Therapie der Krankheit von seiten des Psychotherapeuten notwendig sind.

#### a) Psychotherapie im akuten Schub

FREYBERGER u. KÜNSEBECK (1992) beschreiben, daß zu Beginn der stationären Behandlung starke depressive Verstimmungen, Ohnmachtsgefühle und deutlich spürbare Abhängigkeitswünsche, verbunden mit der Suche nach stützenden Bezugspersonen aus dem Kreis des medizinischen Personals oder der Familie, charakteristisch für Colitis-ulcerosa-Patienten sind. Sie weisen aber die Argumentation als Trugschluß zurück, die Depressivität und das Anlehnungsbedürfnis der Patienten sei ausschließlich Folge der körperlichen Erkrankung. Gerade im Zustand der floriden Erkrankung könnten die Patienten nicht ihre sonst so stabile Verleugnung psychischer Konflikte aufrecht erhalten. Es ist deshalb ohne Kenntnis von längerfristigen Verläufen nicht möglich, den Anteil an krankheitsreaktiven Störungen korrekt abzuschätzen. Die Patienten sind in der klinischen Situation oft so hilflos und ängstlich, daß ihre Ängste über die aktuellen Symptome, die Krankenhaussituation, die Diagnostik und die Therapie alle anderen Probleme in den Hintergrund drängen.

Während der akuten Krankheitsphase stehen stützende *Gespräche* (im Sinne der supportiven Psychotherapie) zum Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung im Vordergrund, darüber hinaus ist Krisenintervention bei schwerer Depressivität und stark ängstigenden diagnostischen und therapeutischen Eingriffen angezeigt (s. Kap. III.F.). Erfahrungsgemäß gehören hierzu die Koloskopie, die Steroidbehandlung, die parenterale oder Sonden-Ernährung und die Operationsvor- und -nachbetreuung. Weitere seelische Gründe,

die nicht selten einer psychotherapeutischen Mitbehandlung bedürfen, sind Ängste vor der Ungewißheit der Krankheitsentwicklung, unklare diagnostische Mitteilungen, Angst vor Krebs und fehlende Anerkennung bei familiären Bezugspersonen, daß die Betroffenen wirklich krank sind.

Das Autogene Training hat sich als Entspannungsmethode im stationären Setting im Rahmen weiterer psychotherapeutischer Gesprächsangebote bewährt (FEIEREIS, 1990 a).

#### *b) Psychotherapie im symptomfreien Intervall*

Psychotherapie, welche auf längerfristige Veränderungen in der Körperwahrnehmung, im Ausdrucksverhalten und in der Einstellung zum Leistungs- und Freizeitverhalten sowie dem Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten abzielt, sollte im symptomarmen oder symptomfreien Intervall stattfinden. Patienten mit Proktosigmoiditis und subtotaler Colitis ulcerosa sind für eine aufdeckende Psychotherapie im symptomfreien Intervall eher motiviert als Patienten mit totalem Kolonbefall. Die eindeutige Förderung und Unterstützung begleitender Psychotherapie durch die internistisch oder chirurgisch tätigen Ärzte ist für die Motivation der Patienten sehr wichtig.

Unter den günstigen Bedingungen einer interdisziplinären Kooperation in der Klinik sollte die Psychotherapie der Colitis ulcerosa als supportive Psychotherapie auf der gastroenterologischen Station beginnen und – im symptomarmen Intervall entsprechend den persönlichen und lokalen Gegebenheiten – als stationäre Psychotherapie in einer psychosomatischen Klinik und/oder ambulant fortgesetzt werden. Da aus ökonomischen und sozialen Gründen stationäre Psychotherapie zeitlich begrenzt ist, wird, wenn keine ausreichende psychische Stabilisierung erreicht wurde, eine längerfristige ambulante Psychotherapie notwendig. Die meisten positiven Erfahrungen liegen hinsichtlich tiefenpsychologisch orientierter Psychotherapie vor (s. Kap. III.C.). Sie dient dem Abbau von Angst und Depressivität, der Verarbeitung innerer Konflikte und der Korrektur der narzißtischen

Verletzbarkeit durch alternative Erfahrungen in der Therapeut-Patient-Beziehung.

Die stationäre analytisch orientierte Psychotherapie hilft vor allen den Patienten, die aufgrund ihrer ungenügenden Introspektions- und Kommunikationsfähigkeiten große Schwierigkeiten haben, mit ihren verborgenen Bedürfnissen und Gefühlen in Kontakt zu kommen. Diese Patienten somatisieren ihre Konflikte, ohne sie als solche wahrnehmen zu können. Der Grundgedanke stationärer psychoanalytisch orientierter Gruppenpsychotherapie ist es, den Patienten die Möglichkeit zu geben, ihre seelischen Schwierigkeiten in einem nach außen geschützten Raum darzustellen. Die psychodynamischen Prozesse steuern auch die Krankheits symptomatik und bestimmen im Stationsalltag die zwischenmenschlichen Beziehungen zu Mitpatienten, Pflegepersonen und Therapeuten. Sie können auf diese Weise in der Gruppe bewußt erlebt, angesprochen und korrigiert werden (s. hierzu Kap. III.C.).

Wegen der Gehemmtheit im körperlichen und sprachlichen Ausdruck stellen nonverbale Therapieformen wie Mal-, Gestaltungs-, Musik- und Bewegungstherapie weitere Zugänge zur Äußerung und zum Verständnis des eigenen Erlebens dar. Diese Verfahren werden, ergänzend zur konfliktbearbeitenden Therapie, überwiegend in stationären Einrichtungen angeboten.

Frühe Studien in den fünfziger und sechziger Jahren haben gezeigt, daß die Therapieerfolge sich erst längerfristig auf den somatischen Verlauf auswirken und deshalb langjährige Nachuntersuchungen notwendig sind, um den Therapieerfolg nachzuweisen. Die Auswirkungen auf das seelische und körperliche Befinden stehen nicht in direkter Beziehung zueinander. Während die Besserung emotionaler Störungen von Dauer und Intensität der Psychotherapie abhängig ist, kommt es bei der Entwicklung des Krankheitsverlaufs darauf an, ob es einer Person gelingt, ihre psychosozialen Bedingungen langfristig zu verändern. Besonders gefährdet sind Patienten, deren psychischer Befund Anzeichen einer psychotischen Spaltung mit deutlichem Realitätsverlust zeigt. Diese Patienten haben eine erhöhte Mortalität und schwerere Ver-

läufe. Ihre Behandlung erfordert spezielle psychotherapeutische Kenntnisse. Zu dieser Gruppe gehörten in den USA etwa 20 Prozent der Colitis-ulcerosa-Patienten (KARUSH et al., 1977).

Die kombinierte medikamentöse, Ernährungs- und Psychotherapie führt zu einer Verlängerung der Remissionsphasen, zur Verkürzung der Erkrankungsschübe, zu einer Abnahme des Leidensdruckes und zu einer Förderung der rehabilitativen Eingliederung der Patienten (KARUSH et al., 1977).

### 1.5.2 Operative Therapie

Die operative Therapie bei der Colitis ulcerosa ist dann angezeigt, wenn schwere Komplikationen dies erforderlich machen.

Solche Komplikationen sind unstillbare Blutungen, Darmlähmung (Toxisches Megakolon), Darmwanddurchbruch oder therapierefraktäre Erkrankung. Bei etwa 3 Prozent der Erkrankten tritt nach jahrelanger Krankheit und ausgedehntem Darmbefall eine bösartige Entartung der Schleimhaut auf, die eine Entfernung des Dickdarms erforderlich macht. In einigen Fällen beeinträchtigen die chronische Erkrankung und die notwendige Therapie die Lebensqualität der Patienten so sehr, daß sie sich entschließen, der Dickdarmoperation den Vorzug vor weiterer konservativer Therapie zu geben. Wegen der zehnfach höheren Mortalität bei Notoperationen sollte nicht übermäßig lange mit einer Operation gewartet werden (HERFARTH et al., 1993).

Die operative Entfernung des Dickdarms ist heute nur noch ausnahmsweise mit Inkontinenz durch Anlegen eines Dünndarmanausgangs (Ileostoma) verbunden. Neuere Operationsmethoden, wie das Anlegen von Dünndarmreservoirs, das aus einer Dünndarmschlinge gebildet wird, können heute zu einer relativen Kontinenz führen. Seit etwa 20 Jahren gibt es die Kock-Tasche im Bereich des Ileostomas. Hier hat der Patient die Möglichkeit, das Reservoir selbst zu entleeren. In den letzten Jahren besteht die Möglichkeit, diese Tasche im Analbereich zu implantieren, indem der Enddarm belassen und nur die Schleimhaut entfernt wird (Ileoanostomie). Bei dieser Methode kann die Kontinenz durch den Schließmuskel erhalten bleiben (GOEBELL et al., 1992).

Das Anlegen eines Ileostomas, passager oder dauerhaft, kann für die Betroffenen eine schwer zu bewältigende Maßnahme sein. Von einem Teil der Patienten wird die chronische Krankheit aber als so belastend erlebt, daß für

sie die Ileostomie eine Erleichterung bedeuten kann. Die Anlage eines Ileostomas sollte, wenn es sich nicht um eine Notfallentscheidung handelt, eingehend mit dem Patienten und seinen Angehörigen besprochen werden. Die Unterstützung durch Betroffene, die selbst mit einem Ileostoma leben gelernt haben, kann dabei sehr hilfreich sein. Genauso wichtig sind die postoperative seelische Unterstützung und eine gute Versorgung des künstlichen Darmanausgangs. Hier sollte dem Patienten auch über den Entlassungszeitraum hinaus Hilfe angeboten werden. Wegen mangelnder Beratungsstellen übernehmen, z.B. in Hamburg, Sanitätshäuser mit speziell geschulten Kräften diese Betreuungsarbeit. Proktologische Spezialsprechstunden an den chirurgischen Kliniken sind für alle operativ zu behandelnden Komplikationen wichtig. Überraschenderweise suchen nur relativ wenige Patienten (3 bis 6%) Unterstützung in Selbsthilfegruppen wie die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung (ILCO), die 1972 in Freising gegründet wurde. Daneben gibt es seit 1982 die Deutsche Morbus-Crohn/Colitis-ulcerosa-Vereinigung e.V. (DCCV). Die Selbsthilfegruppen für jüngere und ältere Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen findet man heute bundesweit. Sie sind über die Bundesvereinigung oder regionale Kontaktstellen für Selbsthilfegruppen zu erreichen. Der behandelnde, stationär tätige oder niedergelassene Arzt sollte über die aktuellen lokalen Kontakt- und Beratungsmöglichkeiten informiert sein.

## 2. Morbus Crohn

### 2.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

Der Morbus Crohn wurde 1932 als eigene Krankheitseinheit unter dem Namen Ileitis terminalis beschrieben und nach dem Erstautor der entsprechenden Veröffentlichung benannt (CROHN et al., 1932). Die Entzündung kann im gesamten Magen-Darm-Trakt vorkommen, von der Mundhöhle bis zum Anus, in 20 Prozent der Erkrankungsfälle ist ausschließlich der Dickdarm betroffen. Der Befall des Dickdarms ist bei 60- bis 79-jährigen

häufiger als bei 20- bis 39jährigen. Die Erkrankung beginnt häufig im terminalen Ileum und wird leicht als Blinddarmentzündung verkannt. Die Entzündung betrifft alle Darmwandschichten. Abszeß- und Fistelbildung sind häufig. Die Beschwerden wechseln nach dem Sitz der Erkrankung. Bei Befall des Dünndarms stehen starke Schmerzen, Blähbauch und Durchfälle, teilweise mit Erbrechen und Fieber einhergehend, im Vordergrund. Bei Mitbefall des Dickdarms finden sich häufiger auch Schleim- und Blutbeimischungen zum Stuhl.

Die Diagnose des Morbus Crohn wird klinisch, röntgenologisch, endoskopisch und histologisch gestellt. Makroskopisch fällt eine ungleichmäßige segmentale Entzündung der Schleimhaut mit umschriebenen Nekrosen und Läsionen auf, die ein kopfsteinpflasterähnliches Relief bilden können. Im Spätstadium finden sich Wandstarre, -verdickung, -verkürzung und -einengung, die im Röntgenbild sichtbar sind. Die Schwere der Erkrankung wird am häufigsten mit Hilfe des CDAI (Crohn's Disease Activity Index) bestimmt, auch «Bestindex» genannt. Bei einem CDAI von > 150 besteht eine behandlungsbedürftige Situation (GOEBELL et al., 1992).

Als Komplikationen findet man die gedeckte Perforation, die zur Abszeß- und Fistelbildung führen kann. Fisteln können von einem Darmabschnitt zu einem anderen führen oder vom Darm in die Umgebungsorgane und die Haut. Die Beschwerden richten sich nach dem Verlauf der Fisteln. Analfisteln können den Schließmuskel zerstören, was zu teilweiser oder vollständiger Stuhlinkontinenz führen kann. Bei einem Drittel der Patienten bestehen perianale Beschwerden. Der Befall des Rektums wird mit 14 Prozent bis 25 Prozent angegeben. Eine zunehmende Einengung des Darmlumens führt zu Passagestörungen, unter Umständen bis zum Darmverschluß. Die Gefahr einer Krebserkrankung auf dem Boden der chronischen Entzündung wird mit 1.8 Prozent bis 3 Prozent beziffert (FEIEREIS, 1990b).

Neben den Darmsymptomen finden sich häufig extraintestinale Symptome der Haut (Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum), der Augen (Iridozyklitis, Episkleritis, Uveitis) und Entzündungen der großen Gelenke. Ein Teil der Patienten hat ein positives Histokompatibilitätsantigen HLA-B27, welches zu Morbus Bechterew prädisponiert. Wie bei der Colitis ulcerosa kommt es bei einem Drittel der Patienten zu einer entzündlichen oder nichtentzündlichen Mitbeteiligung der Leber und Gallengänge. Das Spektrum

möglicher differentialdiagnostisch in Frage kommender Erkrankungen macht die Diagnose des Morbus Crohn schwierig. Sie wird oft erst viele Jahre nach den ersten Krankheitssymptomen gestellt.

## 2.2 Epidemiologie

Die Neuerkrankungsrate zeigt zwischen 1976 und 1985 in einer stationären Erhebung im Ruhrgebiet ein stabiles Plateau mit 5 bis 7/100000 Einwohner pro Jahr (DIRKS, 1991). Frauen erkranken etwa gleich häufig wie Männer. Der Altersgipfel für beide Geschlechter liegt zwischen 20 und 30 Jahren (DIRKS, 1991). 13.4 Prozent der untersuchten Patienten in einer Morbus-Crohn-Populationsstudie hatten Familienangehörige mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Am häufigsten sind Angehörige ersten Grades betroffen, in zweiter Linie Vetter und Basen aus derselben Generation. Vier von sechs monozygoten Zwillingen sind konkordant erkrankt. Patienten mit familiärer Häufung erkranken früher (MONSEN et al., 1991).

## 2.3 Psychosomatik

### 2.3.1 Psychische Auffälligkeiten

Psychische Störungen bei Morbus-Crohn-Patienten werden in Abhängigkeit von der Untersuchungsstichprobe und den -methoden mit 21 Prozent bis 100 Prozent angegeben. Sie werden nach neueren Untersuchungen häufiger für Morbus Crohn-Patienten beschrieben als für die Patienten mit Colitis ulcerosa, mit anderen chronischen Erkrankungen oder für körperlich gesunde Personen (TARTER et al., 1987). Es finden sich vor allem Angstsyndrome und Depression. ANDREWS et al. (1987) beschreiben nach DSM-III-Kriterien gleich viele psychische Auffälligkeiten (33 %) wie bei Colitis-ulcerosa-Patienten (34 %), finden aber eine deutliche Zunahme bei Morbus-Crohn-Patienten im Schub im Vergleich zum symptomfreien Intervall (50 % versus 8 %).

WOOD et al. (1987) dagegen sind der Meinung, daß die psychischen Auffälligkeiten bei Kindern nicht abhängig von der Krankheitsaktivität sind. Krankheitsabhängig seien aber

die Art des Ausdrucks seelischer Probleme. Erkrankte Kinder zeigen mehr Angstsymptome, Depression und Rückzugsverhalten (39%) im Vergleich zu ihren gesunden Geschwistern (24%).

Eigene Untersuchungen sprechen dafür, daß Patienten mit Dünndarmbefall bei stärkeren Beschwerden von einem Zusammenbruch der Angstabwehr stärker bedroht sind (FEDERSCHMIDT et al., 1994). KÜCHENHOFF (1993), der die Krankheitsbewältigung von Morbus-Crohn-Patienten untersuchte, fand, daß Bewältigungs- und Abwehrmechanismen bei Untergruppen im Schub und im symptomarmen Intervall deutlich verschieden waren. Auch die Struktur der Beziehung von Bewältigungs- und Abwehrfaktoren änderte sich in Abhängigkeit von der Krankheitsaktivität. Er beschreibt eine kleinere Untergruppe psychisch sehr gefährdeter Patienten, die Angst im Schub mittels Spaltung und projektiver Identifizierung abwehrten.

### 2.3.2 Persönlichkeitsmerkmale

Morbus-Crohn-Patienten werden in der Literatur in ihrer Persönlichkeit heterogener dargestellt als Colitis-ulcerosa-Patienten. Im Zustand des akuten Schubs beschreiben sie sich im Freiburger-Persönlichkeits-Inventar (FPI) als weniger gesellig, irritierbarer, gehemmter, verschlossener, introvertierter und weniger maskulin im Vergleich zu einer parallellisierten chirurgischen Kontrollstichprobe. Die Selbstbeschreibung ist abhängig von der Krankheitsaktivität (PROBST et al., 1990).

Im symptomarmen Intervall fallen die Patienten dagegen durch Aggressionshemmung und eine betonte Unabhängigkeit in der Selbstbeschreibung auf. Dieses Phänomen wird von zahlreichen Autoren als *pseudounabhängig* bezeichnet, weil es nicht einer emotionalen Unabhängigkeit im Handeln entspricht (PAULLEY, 1974; BIEBL et al., 1984; FEIEREIS, 1990b). Es gibt klinische Hinweise, daß die fehlende frühe emotionale Bindung an eine verlässliche und stützende Elternfigur zu einer langfristigen Abhängigkeit von äußeren Einflußfaktoren mit magischem Wunsdenken und kritikloser Übernahme elterlicher oder

gesellschaftlicher Einstellungen und Maßstäbe führt. Zur Aufrechterhaltung der positiv gestimmten Befindlichkeit werden Konflikte unterschiedlich stark verleugnet. Eine Reihe von Morbus-Crohn-Patienten neigt aufgrund ihrer *Verleugnungstendenz* dazu, Krankheitssymptome spät wahrzunehmen und/oder zu bagatellisieren. Möglicherweise fanden WOOD et al. (1987) aufgrund dieser Verleugnungstendenz keine nachweisbar positive Beziehung zwischen objektivem medizinischen Befund und subjektiver körperlicher Wahrnehmung.

Anders als Colitis-ulcerosa-Patienten, die sich im Erstinterview oft vorsichtig und zurückhaltend ausdrücken, verstecken Morbus-Crohn-Patienten ihre Unsicherheit eher hinter einer Flut von Mitteilungen. Sie sind emotional ähnlich eng an ihre Bezugspersonen gebunden und zeigen sich in Abhängigkeit von der Zuverlässigkeit und Unterstützung durch diese Vertrauenspersonen als mehr oder weniger ängstlich-depressiv oder emotional stabil. In Gegenwart unterstützender Partner gelingt es Morbus-Crohn-Patienten gut, Belastungen situationsbezogen zu kontrollieren, während Patienten ohne Partner eher dazu neigen, anderen die Schuld an Konflikten zu geben und Ersatzbefriedigung zu suchen (DETER et al., 1991). Die Ich-Schwäche (s. Kap. III.F) wird von zahlreichen Therapeuten gravierender eingeschätzt als bei Patienten mit Colitis ulcerosa.

Neuerkrankte und langfristig kranke Patienten unterscheiden sich in der Verwendung unterschiedlicher Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Krankheit. Die Bewältigungsstrategien sind bei Neuerkrankten, die handlungsorientierte Strategien bevorzugen, homogener. Bei längerer Krankheit ändert sich der Stellenwert dieser Strategien zugunsten einer breiteren Palette von sowohl aktiven als auch mehr passiven Bewältigungsmustern. Frauen geben häufiger «Religiosität und Sinnsuche» und «Ablenkung und Selbstaufbau» an, Männer mit langfristigem Verlauf entsprechen mit der Strategie «Gefühle unterdrücken, Selbstbeherrschung» eher geschlechtsspezifischen Merkmalen. Bei Neuerkrankten greifen Frauen häufiger als Männer zu dieser Strategie im Umgang mit der Krankheit (NORMANN u. KORDY, 1991).

### 2.3.3 *Psychodynamische Modellvorstellungen zur Krankheitsgenese*

Für die Entstehung des Morbus Crohn werden ähnliche psychodynamische Konstellationen angenommen wie für die Entstehung der Colitis ulcerosa (vgl. Abschn. 1.3.2). Die Konflikte liegen im Bereich instabiler oder ungelöster aktueller oder biographischer Bindungen. Sie betreffen nach KÜCHENHOFF (1993) im wesentlichen drei Bereiche: Angst vor Verletzung eines internalisierten familiären Tabus, Angst vor Verlust einer versorgenden Instanz und Angst vor der Ausweglosigkeit einer «in-between»-Situation. Die Patienten scheitern an diesen Konfliktsituationen mit einem Gefühl von Ausweglosigkeit. Eigene und fremde Konfliktanteile können nicht realistisch gesehen werden und führen durch eine Orientierungskrise in die Krankheit. Wie bei den Colitis-ulcerosa-Patienten bestehen Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikte, die nach FREYBERGER und KÜNSEBECK (1992) bei einem Drittel der Morbus-Cohn-Patienten von Nähe-Distanz-Konflikten überlagert werden. Durch die Erkrankung ist es diesen Patienten möglich, sich den strengen Forderungen oder der bedrohlichen Nähe wichtiger Bezugspersonen zu entziehen. Sie gewinnen Freiräume, ohne daß sie sich aktiv abgrenzen müssen, was sie aufgrund ihrer emotionalen Abhängigkeit extrem ängstigen würde. Der Abhängigkeits-Unabhängigkeits-Konflikt wird oft geleugnet. Wenn Patienten aus ihrer inneren Isolation herauskommen und mehr Nähe suchen und ertragen lernen, sollte dies als Anzeichen einer positiven Persönlichkeitsentwicklung gesehen werden. Durch die bewußte Wahrnehmung eigener Abhängigkeitswünsche haben die Patienten die Möglichkeit der Neuorientierung in ihren Beziehungen.

BIEBL et al. (1984) sind der Meinung, daß Morbus-Crohn-Patienten versuchen, zwei unvereinbare Bedingungen durch Leistung zu integrieren. So wollten sie einerseits enge symbiotische Bindungen, andererseits völlige Unabhängigkeit. Die Labilisierung dieses Systems erfolgt immer dann, wenn Konflikte entweder die Nähe zu engen Bezugspersonen (Abhängigkeitswünsche) oder das eigene

Unabhängigkeitsstreben bedrohen. Krankheitsauslösend im Sinne von kritischen Lebensereignissen können deshalb sowohl der Beginn einer wichtigen Beziehung – wie z. B. das Verlieben in einen neuen Partner oder die Geburt eines Kindes – als auch das Ende einer solchen Beziehung – wie z. B. bei Verlust oder Trennung von einer wichtigen Bezugsperson – sein. Wie bei den Patienten mit Colitis ulcerosa fehlt den Morbus-Crohn-Patienten die Fähigkeit, sich emotional von einer wichtigen Bezugsperson abzugrenzen und eigene Interessen, wenn nötig auch offen aggressiv, durchzusetzen.

### 2.3.4 *Kritische Lebensereignisse als Krankheitsauslöser*

Im Vorfeld der Erkrankung und der Erkrankungsschübe findet man vermehrt belastende Lebensereignisse. Die oft schleichende Krankheitsentwicklung macht eine sehr sorgfältige Erhebung der prämorbid Situation erforderlich. Einmalige Interviews reichen oft nicht aus, um dies zu erreichen. WHYBROW et al. (1968) fanden bei 64 Prozent ihrer Patienten einen Zusammenhang zwischen Belastungszeiträumen und Verschlechterung der Erkrankung. MC KEGNEY et al. (1970) finden bei 68 Prozent gut definierbare Lebenskrisen im Vorfeld von Erkrankungsschüben. Eigene Beobachtungen zeigten, daß Patienten auf Reisen, mit neuem Partner oder Ehepartner, oft erstmalig erkranken oder wiedererkranken, wobei in südlichen Ländern häufig gastrointestinale Infekte für die Durchfälle angeschuldigt werden, ohne daß vom Patienten selbst oder seiner Umwelt an Bindungs- und Trennungsprobleme als Auslöser gedacht wird.

SCHMITT (1985) beschreibt für 20 psychotherapeutisch mitbetreute Kinder die Probleme im Vorfeld der Erkrankung. Nur ein Kind war keinen außergewöhnlichen familiären Belastungen ausgesetzt.

Die Anpassungsprobleme an belastende Lebensereignisse stehen nach GAZZARD et al. (1978) in einer engen Beziehung zur Persönlichkeit des Patienten und sind weniger ab-

hängig von der Krankheitsaktivität oder der Ausdehnung des Darmbefalls.

### 2.3.5 Soziale Beziehungen

#### a) Ursprungsfamilie

Die Ursprungsfamilien von Morbus-Crohn-Patienten werden in der Literatur am häufigsten mit den Familien von Colitis-ulcerosa-Patienten verglichen (BALCK, 1989). Eigene unveröffentlichte Untersuchungen zeigen eine auffällig enge Beziehung zwischen einigen Patienten, ihren Eltern, Großeltern sowie anderen entfernteren Familienmitgliedern, welche die Ursprungsfamilie erweitern, wobei die Generationsgrenzen oft verwischt sind. Die engsten Bezugspersonen sind häufig nicht die Eltern, sondern Großeltern oder ältere Geschwister. PAULLEY (1974) beschreibt, daß Morbus-Crohn-Patienten leicht zwischen den unterschiedlichen Positionen der Eltern aufgerieben werden, was er als «in-between»-Situation bezeichnet. Die unklaren Familienkonstellationen in Morbus-Crohn-Familien lassen zahlreiche solcher «in-between»-Situationen zu.

Frühe Verluste eines Elternteils durch Tod, Scheidung oder Trennung vom Partner, teilweise schon vor der Geburt der Patienten, finden sich ähnlich häufig wie bei Patienten mit Colitis ulcerosa. Nach eigenen Untersuchungen fand die Scheidung der Eltern bei den Morbus-Crohn-Patienten im Vergleich zu den Colitis-ulcerosa-Patienten (14 %) in der Mehrheit vor Erreichen des sechsten Lebensjahres (79 %) statt. Die frühen Verluste tragen zu der großen emotionalen Verletzbarkeit und den Bindungs- und Trennungsschwierigkeiten dieser Patientengruppe bei (vgl. Abschnitt 1.3.4, a).

#### b) Partnerschaft und Sexualität

In der Partnerschaft suchen Morbus-Crohn-Patienten in erster Linie Sicherheit und Geborgenheit. Die Befriedigung sexueller Wünsche spielt bei ihnen selbst eine geringere Rolle. Im Vergleich zu einer chirurgischen Kontrollstichprobe geben sie häufiger Probleme beim Geschlechtsverkehr an und empfin-

den diesen seltener als angenehm. Sexuelle Unzufriedenheit wird von den Morbus-Crohn-Patienten dann als bedeutsam angegeben, wenn sie sich nach Ausbruch der Erkrankung in der Partnerschaft unglücklicher fühlen (PROBST et al., 1990). Kritisch anzumerken ist, daß eine Abnahme sexueller Wünsche auch für Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen berichtet wird.

#### c) Nichtfamiliäre Beziehungen

Die enge Beziehung der Patienten zu ihren Familien kontrastiert häufig mit einem im Vergleich zu Gesunden eingeschränkten nichtfamiliären, sozialen Netz. Viele Patienten wünschen sich einen besseren kommunikativen Zugang zu Gleichaltrigen, sind aber oft selbst ängstlich, ambivalent und uneindeutig in ihrem Verhalten. Partnerlose Morbus-Crohn-Patienten haben seltener ein Rendezvous als ungebundene Colitis-ulcerosa- und allgemein chirurgische Patienten (PROBST et al., 1990).

### 2.3.6 Berufliche Integration

Morbus-Crohn-Patienten haben im Mittel höhere Schulabschlüsse als Colitis-ulcerosa-Patienten (PAAR et al., 1988). Nach eigenen Beobachtungen treffen sie ihre Berufswahl oft fremdbestimmt und/oder unter emotionalen Sicherheitsgesichtspunkten. Durch die Erkrankung erfahren sie teilweise Rückschläge in Ausbildung und Beruf. Knapp ein Viertel der Morbus-Crohn-Patienten war in einer Studie von FEUERLE et al. (1983) teilzeitbeschäftigt, 10 Prozent bezogen Zeit- oder Frührente. Viele Patienten klagen über schnelle Erschöpfbarkeit. Vollzeitätigkeit ist oft nur unter erheblicher Einschränkung der Freizeitaktivitäten möglich. Nach PROBST et al. (1990) haben die Morbus-Crohn-Patienten eine höhere Arbeitslosigkeit (11,1 %) als Colitis-ulcerosa-Patienten (5,2 %) und Patienten einer chirurgischen Kontrollgruppe (4,8 %). Dies liegt nicht nur an der durchschnittlich geringeren Belastbarkeit der Morbus-Crohn-Patienten, sondern auch daran, daß sie aufgrund ihrer Dissimulationstendenz und Konflikt-

scheu zu Fehleinschätzungen des beruflichen Umfeldes beitragen. In einer britischen Studie stellen MAYBERRY et al. (1992) fest, daß Morbus-Crohn-Patienten sowohl in der Ausbildung als auch im Beruf aufgrund der Erkrankung diskriminiert werden, obwohl sie, bezogen auf die parallelisierte Kontrollgruppe, vergleichbare Abschlüsse erzielten und geringere Fehlzeiten am Arbeitsplatz hatten.

## 2.4 Prognose

Die Prognose des Morbus Crohn wird uneinheitlich beurteilt. Versicherungsrechtlich wird von einer 3,7-fach erhöhten Mortalität ausgegangen. Die Mortalität nimmt mit der Dauer der Erkrankung zu. Unter den Todesfällen, die auf die Erkrankung zurückzuführen sind, ist die Gruppe der unter 45 Jahre alten Patienten mit 25 Prozent vertreten. Prognostisch ungünstig sind ein ausgedehnter Darmbefall, schwere Komplikationen, Alter bei Ersterkrankung sowie primäre und sekundäre seelische Störungen (FEIEREIS, 1990 b). OVERBECK (1992) fand in einer prospektiven Studie bei stärkerem Ileumbefall und höheren Werten für «Psychosomatische Gestörtheit» sowie niedrigeren Werten für «Maskulinität» im Freiburger-Persönlichkeits-Inventar einen ungünstigeren Krankheitsverlauf.

## 2.5 Therapie

### 2.5.1 Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie richtet sich nach der Art der klinischen Symptome, der Lokalisation der Erkrankung im Darm und der Krankheitsaktivität. Zur Standardtherapie im akuten Schub zählen die Glukokortikoide und bei Kolonbefall die 4- und 5-Aminosalicylsäure-Präparate, lokal und/oder oral appliziert, sowie die Ernährungstherapie. Die 4- und 5-Aminosalicylsäure-Präparate werden auch zur Rückfallprophylaxe im symptomarmen Intervall gegeben. Bei einigen Patienten, die nicht positiv auf die Standardtherapie ansprechen, ist häufig Azathioprin hilfreich. Metronidazol wird bei Fisteln und anstelle von 5-Aminosalicylsäure eingesetzt, ist aber zeitlich begrenzter (in der Regel 4 Wochen) anwendbar. Begleitende Psychotherapie wird von einigen Gastroenterologen inzwischen mit zur Standardtherapie gezählt.

### 2.5.2 Psychotherapie

Wie bei der Colitis ulcerosa ist die Psychotherapie bei Morbus Crohn immer eine Ergänzung zur internistischen und chirurgischen Behandlung. Nicht jeder Patient braucht eine Psychotherapie, aber jeder Patient braucht seelische Unterstützung in Krankheitsphasen. PAULLEY (1974) hat wiederholt auf den positiven Effekt seelischer Unterstützung für den klinischen Verlauf hingewiesen. Bei komplizierten Verläufen, operativen Eingriffen, anhaltenden Konflikten und negativen sozialen Entwicklungen sollte immer ein Psychotherapeut hinzugezogen werden. Dies kann je nach lokaler Gegebenheit ein im Umgang mit diesen Patienten erfahrener ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut oder ein Psychiater mit psychotherapeutischer Ausbildung sein.

Die Wahl des therapeutischen Vorgehens ist bei Morbus-Crohn-Patienten besonders wichtig. Die Verletzlichkeit der Morbus-Crohn-Patienten kann mindestens so groß sein wie die der Colitis-ulcerosa-Patienten. Anders als bei diesen ist dagegen die Akzeptanz psychotherapeutischer Angebote bei Morbus-Crohn-Patienten geringer. Sie haben sehr viel mehr Mühe, feste Absprachen einzuhalten. Der Einstieg in ein therapeutisches Setting ist deshalb oft mühsam und erfordert mehr Sensibilität, Geduld und Entgegenkommen auf Seiten der Therapeuten, als diese in der Regel gewohnt sind.

#### a) Psychotherapie im akuten Schub

In der Klinik ist die Therapie der Wahl im akuten Schub die psychische Unterstützung und Führung des Patienten. Psychoanalytische Psychotherapie wird in der Regel als ambulante Mitbehandlung bei leichteren Verlaufsformen oder bei schwereren Verläufen im symptomarmen oder -freien Intervall erfolgreich angewandt.

Die integrierte psychosomatische Therapie, die von Beginn der stationären Behandlung an Psychotherapie umfaßt, gibt es nur selten. FEIEREIS (1990 b) empfiehlt neben Kontaktgesprächen frühzeitig Autogenes Training und im Verlauf der Mobilisation weitere Körper-

therapiemethoden (Konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie) sowie den Einsatz kreativer Medien (Musiktherapie, Maltherapie) als weiteren Zugang zum seelischen Erleben der Patienten. Je nach Indikationsstellung werden Ängste und Konflikte, die im therapeutischen Prozeß auftauchen, im Einzel- und/oder Gruppengespräch behandelt.

Die konsequente begleitende Psychotherapie auf der internistischen Station und die sorgfältige Wahl der Therapiemethoden haben nach FEIEREIS (1990 b) neben der internistischen und chirurgischen Behandlung einen positiven Einfluß auf die Kurz- und Langzeitprognose des Morbus Crohn. In einer multizentrischen Studie des Bundesministeriums für Forschung und Technologie scheint sich dies nach vorläufigen Zwischenergebnissen nicht bestätigen zu lassen.

Ein Teil der erwachsenen Morbus-Crohn-Patienten steht einem Psychotherapieangebot auf der internistischen Station ablehnend gegenüber, während bei einer weiteren Gruppe der psychotherapeutische Kontakt ambivalent bleibt und zum Abbruch der Psychotherapie beim Wegfall der stationären Bedingungen führt. Nur die Hälfte der psychotherapeutisch mitbehandelten Patienten zeigt eine ähnlich positive Therapiemotivation wie die Patienten mit Colitis ulcerosa (FREYBERGER u. KÜNSEBECK, 1992). Die von den Autoren beschriebene Leere unmotivierter Patienten entspricht einer besonderen Form der Abwehr unerträglicher Gefühle von «verlassen und hoffnungslos sein». Als besonders schwierig wird die Behandlung von Patienten beschrieben, die stark untergewichtig sind und gleichzeitig wenig Krankheitseinsicht zeigen. Bei diesen Patienten findet man deutliche autoaggressive Züge. Hier ist es für alle behandelnden Teammitglieder wichtig zu erkennen, daß diese Patienten unter extremer innerer Anspannung stehen, die sie nicht alleine aushalten können.

FREYBERGER und KÜNSEBECK (1992) berichten über eine Abnahme der Angst- und Depressionssymptomatik bei Morbus-Crohn-Patienten, die während des stationären Aufenthalts stützende Psychotherapie erhielten, im Vergleich zu den Patienten, die nur diätetisch und medikamentös behandelt wurden.

Die Besserung der Angst und Depressionssymptomatik war im Gruppenvergleich auch noch in Einjahreskatamnesen nachweisbar. Die Patienten der Psychotherapiegruppe waren darüber hinaus im Jahr nach der Entlassung seltener in ambulanter und stationärer ärztlicher Behandlung.

Als wichtige Erfahrung in der Behandlung von Kindern mit Morbus Crohn empfiehlt SCHMITT (1985), den Eltern keine psychische Begründung für die begleitende Psychotherapie zu geben, um keine zusätzlichen Ängste und Schuldgefühle entstehen zu lassen. Die Gespräche sollten «die Ängste des Kindes und Sorgen der Eltern zum Inhalt haben». Die Psychotherapeuten sollten «viel Geduld und psychologische Zurückhaltung» zeigen, da erst nach langer vorsichtiger Behandlung intrafamiliäre Konflikte angesprochen werden können. Unter diesen Bedingungen akzeptierten 20 von 35 Eltern die Verlegung der an Morbus Crohn erkrankten Kinder auf die psychosomatische Abteilung.

Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen, bei denen familienbezogene Beziehungsmuster den Genesungsverlauf und eine Weiterentwicklung behindern, kann systemische Familientherapie prognostisch günstiger sein als eine Einzelpsychotherapie. Bei Morbus-Crohn-Familien muß häufiger als bei anderen Krankheitsbildern infolge der engen Verflechtung der Generationen eine Therapie in der Drei-Generationen-Gruppe durchgeführt werden (FREYBERGER u. KÜNSEBECK, 1992).

#### *b) Ambulante Beratung und Psychotherapie*

Prognose und Verlauf der Erkrankung hängen von einer konsequenten Nachbehandlung und regelmäßigen Kontrolluntersuchungen ab. Gerade die Verleugnungstendenz der Morbus-Crohn-Patienten verhindert oft die frühzeitige Behandlung von Rezidiven. FEIEREIS (1990 b) ist der Meinung, daß so mancher soziale Abstieg durch regelmäßige Kontrolluntersuchungen verhindert werden könne. Er empfiehlt die ambulante Fortsetzung der Psychotherapie. Erst im Alltag zeigt sich wirklich, inwieweit Anspruch an die eigene Person und reale Möglichkeiten des Patienten auseinanderklaffen und welche Konflikte durch ungelöste Bindun-

gen an Eltern- oder Großelternfiguren entstehen. Morbus-Crohn-Patienten sind oft schneller erschöpfbar als ihre Altersgenossen. Dies ist nicht immer auf den körperlichen Zustand zurückzuführen. Depressivität wird oft als körperliches Erschöpfungssyndrom wahrgenommen. Umgekehrt bessert sich manche Depression mit der Verschlechterung der Darmerkrankung. Die Unterschiede werden oft erst im Verlauf der Psychotherapie deutlich. Auch ambulant ist die Psychotherapie immer eine Mitbehandlung, die in enger Kooperation mit den Hausärzten und den in Spezialambulanzen behandelnden Gastroenterologen und Chirurgen stattfinden muß.

Als weitere Hilfe gibt es heute bundesweit Selbsthilfegruppen (vgl. Kap. V.C.) für Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, die eine wichtige Quelle der Information und Unterstützung für Betroffene und ihre Angehörigen sind. Auskünfte über lokale Kontaktstellen geben die Deutsche Ileostomie-Colostomie-Urostomie-Vereinigung (ILCO) und die Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung (DCCV e.V.), die ihre Mitglieder über Weiterentwicklungen in der Therapie, Versorgungsmöglichkeiten und Rechtsfragen in eigenen Zeitschriften informieren.

### 2.5.3 Operative Therapie

Bis zu 80 Prozent der Patienten müssen sich irgendwann im Verlauf der Erkrankung einer Operation unterziehen. Heute besteht weitgehend Übereinstimmung, daß operativ nur so wenig wie nötig vom Darm entfernt werden sollte, da eine Heilung durch die Operation nicht erreicht werden kann.

Operationsindikationen sind Stenosen, Perforationen, toxisches Megakolon, viszero-viszerale Fisteln mit und ohne Abszeßbildung und große Morbidität. Bei 50 Prozent der operierten Patienten tritt ein Rezidiv auf (GOEBELL et al., 1992). Nach RUTGEERTS et al. (1990) haben endoskopisch gefundene Läsionen im operativ neu gebildeten terminalen Ileumabschnitt während des ersten postoperativen Jahres die beste Vorhersagekraft für den postoperativen Verlauf. Die präoperative Krankheitsaktivität, die Operationsindikation und die Anzahl der Operationen sind weitere prognostische Faktoren.

Bei Befall des Enddarms mit Fistelbildung kann es zur Zerstörung des Schließmuskelapparates kommen, und die Anlage eines

künstlichen Darmausgangs kann notwendig werden. Dies ist für viele Patienten eine schwere seelische Belastung, da die Operation eine vorübergehende oder bleibende Inkontinenz bewirkt. Die behutsame Aufklärung der Patienten und ihrer nächsten Angehörigen ist von großer Wichtigkeit und sollte bei Bedarf zu mehreren Zeitpunkten erfolgen. Neuere Operationstechniken können durch Bildung künstlicher Darmreservoirs helfen, den Stuhlgang dennoch kontrollieren zu können.

Bezüglich der emotionalen Unterstützung und Information der Patienten durch Selbsthilfegruppenmitglieder vor und nach einer solchen Operation sei auf die Ausführungen zur Colitis ulcerosa verwiesen (vgl. Abschnitt 1.5.3).

Aber auch ohne Anlage eines künstlichen Darmausgangs kann die Notwendigkeit einer Operation für den Kranken als Schock erlebt werden, wenn ein Patient bis zuletzt nicht wahrhaben will, daß eine Operation unumgänglich ist. Hier spielt die schon mehrfach erwähnte Verleugnungstendenz eine wichtige Rolle. Bei der Vorbereitung des Patienten auf eine Operation sollte der Arzt deshalb immer prüfen, ob der Patient wirklich innerlich auf eine Operation eingestellt ist.

## Literatur

- ANDREWS H, BARCZAK P, ALLAN RN: Psychiatric illness in patients with inflammatory bowel disease. *Gut* 28, 1600–1604, 1987
- ARAPAKIS G, LYKETSOS CG, GEROLYMATOS K, RICHARDSON SC, LYKETSOS GC: Low dominance and high intropunitiveness in ulcerative colitis and irritable bowel syndrome. *Psychother Psychosom* 46, 171–176, 1986
- BALCK F: Strukturbeschreibung in Familien mittels Selbst und Fremdbeschreibung. In SPEIDEL H, STRAUSS B (Hrsg.) *Zukunftsaufgaben der psychosomatischen Medizin*, S. 355, Springer, Berlin, Heidelberg 1989
- BIEBL W, PLATZ T, KINZL J, JUDMAIER G: Psychosomatische Untersuchung bei Patienten mit Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Prax Psychother Psychosom* 29, 184–190, 1984
- BOWLBY J: The making and breaking of affectional bonds I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *Brit J Psychiat* 130, 201–210, 1977

- BRUCE T: Emotional sequelae of chronic inflammatory bowel disease in children and adolescents. *Clinic Gastroenterol* 15, 89–104, 1986
- CROHN BB, GINZBURG L, OPPENHEIMER GD: Regional ileitis. A pathological and clinical entity. *J Am Med Ass* 99, 1323–1328, 1932
- DETER HC, MANZ R, BECKER M, GLADISCH R: Soziale Unterstützung in ihrer Beziehung zu körperlichen und seelischen Befunden bei Morbus Crohn-Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 37, 45–59, 1991
- DIRKS F: Die Epidemiologie des Morbus Crohn und der Colitis ulcerosa. *Verdauungskrankheiten* 9, 162–167, 1991
- ENGEL GL: Biologic and psychological features of the ulcerative colitis patient. *Gastroenterology* 40, 13–17, 1961
- ENGEL GL, SCHMALE AH Jr.: Eine psychoanalytische Theorie der somatischen Störung. In OVERBECK G, OVERBECK A (Hrsg.) *Seelischer Konflikt – körperliches Leiden*, S. 246, Rowohlt, Reinbek 1978
- FEDERSCHMIDT H, HUSE-KLEINSTOLL G, BOSSE B, COMER U, SUDECK M, VON KEREKJARTO M: Kann die Differenzierung einer Krankheitsentität in somatische Untergruppen bei der Suche nach «spezifischen» Persönlichkeitsmerkmalen hilfreich sein? Eine Darstellung am Beispiel des M. Crohn. In HAHN P, WERNER A, BERGMANN G, DRINKMANN A, EICH W, HAYDEN M, HERZOG W (Hrsg.) *Modell und Methode in der Psychosomatik*, S. 195, Deutscher Studien Verlag, Weinheim 1994
- FEIEREIS H: Colitis ulcerosa. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONEKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIAK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 782, Urban & Schwarzenberg, München 1990 a
- FEIEREIS H: Morbus Crohn. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONEKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIAK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 798, Urban & Schwarzenberg, München 1990 b
- FEURLE GE, KELLER O, HASSELS K, JEDINSKY HJ: Soziale Auswirkungen des Morbus Crohn. *Dt Med Wschr* 108, 971–975, 1983
- FREYBERGER H, KÜNSEBECK H-W: Beziehungen zwischen Psyche und Magen-Darm-Trakt. In GOEBELL H (Hrsg.) *Gastroenterologie*. Teil A/B, S. 65, Urban & Schwarzenberg, München 1992
- GARRETT VD, BRANTLEY PJ, JONES GN, MCKNIGHT GT: The relation between daily stress and Crohn's disease. *J Behavior Med* 14, 87–95, 1991
- GAZZARD BG, PRIZE HL, LIBBY GW, DAWSON AM: The social toll of Crohn's disease. *Br Med J* 2, 1117–1119, 1978
- HERFARTH C, STERN J, SCHÜRMAN G: Prophylaktisches Operieren bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. *Dt Arztebl* 90, 682–685
- GOEBELL H, KÖLBEL CBM, ZEITZ M: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. In GOEBELL H (Hrsg.) *Gastroenterologie*. Teil C/D, S. 631, Urban & Schwarzenberg, München, Wien 1992
- KARUSH A, DANIELS GE, FLOOD CF, O'CONNOR JF: *Psychotherapy in chronic ulcerative colitis*. Saunders, Philadelphia 1977
- KÖHLE K, GAUS E: Psychotherapie von Herzinfarktpatienten während der stationären und poststationären Behandlungsphase. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONEKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIAK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 697, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- KÜNSEBECK H-W, SITTARO N, ZEPF S: Interpersonelle Wahrnehmung und Anpassungstendenzen bei Patienten mit Colitis ulcerosa. *Z Klin Psych Psychother* 29, 255–262, 1981
- KÜCHENHOFF J: *Psychosomatik des Morbus Crohn*. Enke, Stuttgart 1993
- KUTTER P: Phantasie und Realität bei psychosomatischen Störungen. *Prax Psychother Psychosom* 33, 225–232, 1988
- LIEDTKE R, SCHEMMELE K, ZEPF S: Behandlungsmodalität der Colitis ulcerosa im symptomfreien Intervall. *Med Klinik* 67, 1666–76, 1972
- LIEDTKE R: *Familiäre Sozialisation und psychosomatische Krankheit*. Springer, Heidelberg 1987
- MARTY P, DE M'UZAN M: Das operative Denken («Pensée opératoire»). *Psyche* 32, 974–984, 1978
- MAYBERRY MK, PROBERT C, SRIVASTAVA E, RHODES J, MAYBERRY JF: Perceived discrimination in education and employment by people with Crohn's disease: A case control study of educational achievement and employment. *Gut* 33, 312–314, 1992
- MCKEGNEY FP, GORDON RO, LEVINE SM: A psychosomatic comparison of patients with ulcerative colitis and Crohn's disease. *Psychosom Med* 32, 153–160, 1970
- MONSEN U, BERNELL O, JOHANNSSON C, HELLERS G: Prevalence of inflammatory bowel disease among relatives of patients with Crohn's disease. *Scand J Gastroenterol* 26, 302–306, 1991
- MURRAY CD: Psychogenic factors in the etiology of ulcerative colitis and bloody diarrhea. *Amer J Med* 180, 239–248, 1930
- NEMIAH JC, SIFNEOS PE: Affect and fantasy of patients with psychosomatic disorders. In HILL OW (ed) *Modern trends in psychosomatic medicine*, S. 26, Butterworths, London 1970
- NORMANN D, KORDY H: Coping bei Morbus Crohn Patienten unter differentieller Perspektive: Ein Beitrag zur Spezifitätsdiskussion. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 11–21, 1991
- NORTH CS, CLOUSE RE, SPITZNAGEL EL, ALPERS D: The relation of ulcerative colitis to psychiatric factors: A review of findings and methods. *Am J Psychiatry* 147, 974–981, 1990

- OVERBECK G: Diskussion. In OVERBECK G (Hrsg.) Familien mit psychosomatisch kranken Kindern, S. 380, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1985
- OVERBECK A: Rezidiv auslösende Faktoren und dreijähriger Krankheitsverlauf bei Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. Inauguraldissertation, Lübeck 1992
- PAAR G, BEZZENBERGER H, LORENZ-MEYER H: Über den Zusammenhang von psychosozialem Streß und Krankheitsaktivität bei Patienten mit Morbus Crohn und Colitis ulcerosa. *Z Gastroenterol* 26, 648–657, 1988
- PAULLEY JW: Psychological management of Crohn's Disease. *Practitioner* 213, 59–64, 1974
- PROBST B, V. WIETERSHEIM J, WILKE E, FEIEREIS H: Soziale Integration von Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 36, 258–275, 1990
- RUTGEERTS P, GEBOES K, VANTRAPPEN G, BEYLS J, KEREMANNS R, HIELE M: Predictability of the postoperative course of Crohn's disease. *Gastroenterol* 99, 956–963, 1990
- SCHMITT GM: Colitis ulcerosa und Morbus Crohn aus psychosomatischer Sicht. *Monatsschr Kinderheilkd* 133, 119–122, 1985
- TARTER RE, SWITALA J, CARRA J, EDWARDS KL: Inflammatory bowel disease: Psychiatric status of patients before and after disease onset. *Int J Psychiat Med* 17, 173–181, 1987
- WADSWORTH MEJ: A lifetime prospective study of human adaptation and health. In CULLEN J, SIEGRIST L (eds) Breakdown in human adaptation to stress. Vol. I Part 1: Psychological and sociological parameters for studies in human adaptation, S. 122, Martinus Nijhoff Publ. for the CEC, Boston/The Hague 1984
- WEINER H: *Psychobiology and human disease*. Elsevier, Amsterdam 1977
- WHYBROW PC, KANE FJ, LIPTON MA: Regional ileitis and psychiatric disorder. *Psychosom Med* 30, 209–221, 1968
- WIJSENBECK H, MAOZ B, NITZAN I, GILL R: Ulcerative colitis. *Psychiat Neurol Neurochir* 71, 409–420, 1968
- WIRSCHING M: Familientherapeutische Aspekte bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn. *Zschr Psychosom Med* 30, 238–246, 1984
- WOOD B, WATKINS JB, BOYLE JT, NOGUEIRA J, SIMAND E, CARROLL L: Psychological functioning in children with Crohn's disease and ulcerative colitis: Implications for models of psychobiological interaction. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 26, 774–781, 1987
- ZEPF S, TSCHIRCH L: Zur empirischen Überprüfung der Alexithymie mit dem semantischen Differential. *Psychother Med Psychol* 37, 15–22, 1981

## C.4 Lebertransplantation

THOMAS KÜCHLER

### 1. Historische Entwicklung

Die erste erfolgreiche Lebertransplantation (im folgenden wird das international übliche Kürzel LTX verwandt) wurde bereits 1963 von STARZL durchgeführt. Heute stellt die LTX ein zwar aufwendiges, aber Routine-Therapieverfahren dar. Dies wurde durch Standardisierung der Operationstechniken erreicht sowie durch die Einführung des Immunsuppressivums Ciclosporin A im Jahre 1982. Die durchschnittliche Überlebensrate aller lebertransplantierten Patienten liegt derzeit weltweit bei etwa 65 Prozent (European Liver Transplantation Registry, Ergebnisse von 15 712 Transplantationen). Als kritisches Maß wird die Ein-Jahres-Überlebensrate angegeben, weil der Anteil derjenigen Patienten, die später versterben, derzeit weltweit lediglich bei 10 Prozent liegt; diese Überlebensrate variiert erheblich in Abhängigkeit von primärer Diagnose, Operationszeitpunkt und (Erfahrung des) Transplantationszentrum, in geringerem Maße in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht der Patienten.

1993 wurden im Bereich von Eurotransplant (der zentralen Koordinationsstelle für Organtransplantationen für Deutschland, Österreich und die Beneluxländer in Leiden/Holland) fast 800 LTX durchgeführt.

Anders als im Bereich der Nierentransplantation ist der tatsächliche Bedarf an LTX schwer abzuschätzen: Durch Erweiterung der Indikationsstellung ist der potentielle Bedarf

gestiegen, wobei gleichzeitig die tatsächlichen Transplantationskapazitäten (bestimmt im wesentlichen durch Organspenderaufkommen und Operations-/Intensivbetten-Kapazität) nicht im gleichen Maße zugenommen haben. Dies führt dann gleichzeitig dazu, daß sich die Wartezeiten verlängern und mehr Patienten auf der Warteliste versterben, weil es für den Ausfall der Leberfunktion keine Ersatz- bzw. Überbrückungsbehandlung gibt. In Anbetracht dieser Entwicklung rückt die Frage nach der (Begrenzung der) Indikationsstellung wieder zunehmend in den Mittelpunkt des klinischen Interesses.

### 2. Indikation und bestmöglicher Zeitpunkt zur Lebertransplantation

Die Indikation zur LTX stellt sich prinzipiell bei allen chronischen Lebererkrankungen, die zu einer Endstadiumzirrhose geführt haben. Zu diesem Endstadium können etwa 60 unterscheidbare Erkrankungen führen.

Eine detaillierte Übersicht geben KREMER et al. (1992). Die häufigsten zugrundeliegenden Erkrankungen sind: autoimmune Lebererkrankungen (primär biliäre Zirrhose – PBC, primär sklerosierende Cholangitis – PSC, chronisch autoimmune Hepatitis), Virushepatitis (chron. Virushepatitis B, C, NANB, Delta), Stoffwechselerkrankungen (z. B. Morbus Wilson, Alpha-1-Antitrypsinmangel) so-

wie die kryptogene und die äthyltoxische Zirrhose. Tumorerkrankungen wie Hepatozelluläre oder Cholangiozelluläre Karzinome stellen heute aufgrund der schlechten Langzeitergebnisse nur in Ausnahmefällen eine Indikation zur LTX dar. Bei Transplantationen im Kindesalter stellen Gallengangsatresien und angeborene metabolische Lebererkrankungen die häufigste Indikation dar.

Neben der Grunderkrankung der Leber stellt der Zeitpunkt der Indikationsstellung bzw. der Transplantation einen wesentlichen prognostischen Faktor dar. Es wird prinzipiell unterschieden zwischen elektiver, spät-elektiver und Notfall-Indikation, wobei elektiv bedeutet, daß der Patient in der Spätphase einer Leberzirrhose bei laborchemisch nachweisbarer Abnahme der Leberfunktion noch in relativ gutem körperlichen Allgemeinzustand ist (Überlebensprognose ohne LTX < 6–12 Monate). Spät-elektive Indikation impliziert manifeste Komplikationen der Grunderkrankung mit Ausbildung von Ascites, beginnender Muskeldystrophie und rezidivierender Dekompensation der Leberfunktion (Überlebensprognose ohne LTX < 3–6 Monate). Die Notfall-Indikation verweist auf ein akutes Leberversagen, welches z. B. bei Intoxikationen, fulminant verlaufenden Hepatitiden oder primärem Transplantatsversagen beobachtet wird. Entsprechend der genannten Begleitsymptomatik sind die Kurz- und Langzeitergebnisse der LTX bei elektiver Indikation deutlich besser als bei der Notfall-Indikation, so daß bis heute eine wesentliche Aufgabe der Transplantationszentren in der Aufklärung und Information der überweisenden Ärzte liegt mit dem Ziel, den Anteil spät-elektiver Operationen weiter zu verringern.

### 3. Transplantationsverlauf

Im Idealfall erfolgt die Vorstellung des Patienten bei elektiver Indikationsstellung im Transplantationszentrum lange vor der eigentlichen Transplantation, um den bestmöglichen Operationszeitpunkt unter Berücksichtigung des individuellen Krankheitsverlaufes zu gewährleisten. Der LTX-Kandidat kann

sich dadurch sowohl mit der Entscheidung zur Transplantation als auch mit dem Transplantationsteam langsam vertraut machen.

Ist die Entscheidung zur TX getroffen, werden umfangreiche diagnostische Untersuchungen und eventuell Behandlungen (z. B. Ausschluß einer Tumorerkrankung, Sanierung von möglichen Infektionsherden im Zahn- und HNO-Bereich) durchgeführt. Nach Abschluß dieser Maßnahmen wird der Kandidat Eurotransplant gemeldet und dort mit seinen wichtigsten persönlichen Daten registriert.

Die eigentliche Transplantation ist zwar langwierig (zwischen 5 und 18 Stunden), aber dank des mittlerweile standardisierten Ablaufes und des hochspezialisierten OP-Teams relativ komplikationslos. Schwieriger gestalten sich die direkt postoperativen Tage auf der Intensivstation, in denen es sich zeigen muß, ob das Transplantat die erforderliche Funktionsfähigkeit besitzt und der Patient ausreichende Reserven hatte, um die Belastungen des großen chirurgischen Eingriffes zu überstehen. Für den oder die unterstützenden Verwandten stellt das bei einigen Patienten auftretende Durchgangssyndrom (amnestisch, delirante und paranoide Syndrome) eine starke Irritation dar. Der Hinweis auf die vorübergehende Natur dieser Störung (1–3 Tage) ist meist hilfreich.

Angestrebt wird die frühestmögliche Verlegung des Patienten auf eine allgemeinchirurgische Station mit speziell ausgebildetem Pflegepersonal, um die psychisch belastende intensivmedizinische Behandlung so kurz wie möglich zu halten. Hier kommt der Patient zunächst in ein «halb-intensivmedizinisches» Einzelzimmer mit Kreislauf-Überwachungs- und Atmungsunterstützungsgeräten, in dem die infektionsprophylaktischen Maßnahmen für den Patienten (Mundschutz usw.) so lange fortgesetzt werden, bis die Immunsuppression stabil eingestellt ist. Hier kann der Patient wieder relativ normalen Kontakt zu Mitpatienten und Familienangehörigen, deren Unterstützung gerade in den ersten zwei bis drei kritischen postoperativen Wochen eine hohe Bedeutung zukommt, aufnehmen. Diese familiäre Unterstützung ist auch bei den in 40 bis 80 Prozent aller Fälle (Angaben der Zen-

tren variieren) auftretenden Abstoßungsreaktionen, deren Therapie – meist mit monoklonalen Antikörpern gegen T-Lymphozyten – körperlich und psychisch belastend ist, wichtig.

Die Anpassung an das Alltagsleben wird in einer hepatologisch orientierten Rehabilitationsklinik durch individuelle Betreuung und körperliches Training unter kurähnlichen Bedingungen merklich beschleunigt. Gleichzeitig ist durch eine enge Kooperation mit dem Transplantationsteam ein unmittelbares Reagieren auf Krisensituationen möglich, so daß sich der Patient relativ frei und doch medizinisch engmaschig kontrolliert bewegen kann.

Unbedingt erforderlich für die zeitlebens notwendige Überwachung des Patienten ist seine aktive Mitarbeit und Selbstbeobachtung. Nur so kann das Transplantationsteam in Zusammenarbeit mit dem nach Entlassung aus der Reha-Klinik verantwortlichen Hausarzt schnell und effektiv auf gesundheitliche Veränderungen reagieren.

#### 4. Psychotherapeutische Begleitung

Neben der somatischen spielt die psychologische Diagnostik und begleitende, supportive Therapie eine wichtige Rolle.

Die präoperative Diagnostik sollte zum Zeitpunkt der Erstvorstellung im TX-Zentrum beginnen. Im Erstinterview werden zunächst Fragen nach der Krankengeschichte unter dem Aspekt der bisherigen Krankheitsverarbeitung, des Erlebens der Mitteilung der Notwendigkeit einer LTX, der allgemeinen Informiertheit über Lebertransplantation und nach speziellen Informationsdefiziten gestellt. Weiterhin wird beurteilt, ob eine ausreichende emotionale Stabilität, ausreichende kognitive Funktionen und insbesondere ein ausreichendes Ausmaß an sozialer Unterstützung vorhanden sind. Dazu werden die Art der Abwehrmechanismen und – im Falle einer äthyltoxischen Genese – die Prognose der Entwicklung der Alkoholabhängigkeit eingeschätzt, wobei zweites wohl die schwierigste Aufgabe der präoperativen Diagnostik ist.

Bei der Beurteilung der kognitiven Funktionen ist – nicht immer einfach – zu unterscheiden, ob es sich um vorbestehende oder sekundäre, durch die nachlassende Entgiftungsfunktion der Leber bedingte Einschränkungen handelt. Daher ist vor der endgültigen Beurteilung der Blutammoniakspiegel (norm. < 100 µg/ 100 ml) als ein Parameter einer beginnenden hepatischen Enzephalopathie heranzuziehen, um hier nicht zu falschen Schlüssen zu kommen. Es ist jedoch festzuhalten, daß die Pathogenese der zerebralen Funktionsstörung beim Versagen oder Ausfall der Stoffwechselfunktion der Leber komplex, multifaktoriell und noch weitgehend unbekannt ist (EISENBURG, 1992). Andererseits stellen vorbestehende Einschränkungen der kognitiven Funktionen, hier besser eingeschränkte Intelligenz genannt, nicht unbedingt ein Ausschlusskriterium dar. Eine solche Situation erfordert jedoch besondere Maßnahmen: Mit einem entwicklungsretardierten 20jährigen jungen Mann mit einem Intelligenzquotienten (HAWIE) von 90, der von seinen Sonderschullehrern fälschlicherweise als prädebil eingeschätzt worden war, wurde präoperativ ein verhaltenstherapeutisches Training im Hinblick auf seine spätere Medikamenten- und Therapiecompliance durchgeführt, deren Fehlen natürlich fatale Konsequenzen hätte. Die Transplantation verlief erfolgreich, derzeit, vier Jahre postoperativ, hat der Patient seinen Volksschulabschluß nachgeholt und eine weiterführende Ausbildung begonnen.

Wenn möglich wird nach dem Erstgespräch mit dem Patienten eine weiteres Gespräch mit seiner Familie vereinbart, um alle Betroffenen in gleicher Weise über den TX-Ablauf und insbesondere über zu erwartende psychische Vorgänge zu informieren. Im Hinblick auf Überlebenschancen und postoperative Komplikationen wird ebenfalls umfassend aufgeklärt. Der Patient und seine Angehörigen werden ermutigt, Kontakt mit anderen, bereits transplantierten Patienten aufzunehmen und sich insgesamt während der folgenden Wartezeit aktiv mit allen Aspekten der LTX auseinanderzusetzen. Für Rückfragen oder eventuell notwendige psychotherapeutische Gespräche in dieser Zeit erhalten die Patienten entsprechende Telefonnummern.

In der direkt postoperativen Betreuung steht zunächst die Wiederaufnahme des Kontaktes auf der Intensivstation im Vordergrund. Zeitliche und örtliche Orientierung sowie der Umgang mit den oben genannten Durchgangssyndromen bilden den Schwerpunkt. Auf der peripheren Station geht es

dann um emotionale Unterstützung beim schwierigen Prozeß der körperlichen Erholung vom Operationstrauma, um Stärkung der kämpferischen Haltung besonders im Fall von postoperativen Komplikationen, Virusinfekten oder Abstoßungsreaktionen, genauso aber auch um die Stützung der in dieser Zeit hochbelasteten Angehörigen. In der Regel in der zweiten postoperativen Woche beginnt, nachdem der körperliche Erholungsprozeß eingesetzt hat, die retrospektive Auseinandersetzung mit der Transplantation. In dieser Phase ist insbesondere die Unterstützung bei der emotionalen Annahme des neuen Organs zur Verhinderung «psychischer Abstoßungsreaktionen» wesentlicher Aspekt der psychologischen Betreuung: Die Auseinandersetzung mit dem unbekanntem Spender beginnt meist mit einer Mischung aus Dankbarkeit und Schuldgefühlen. Hier sollten die generellen Prinzipien der Organspende noch einmal in aller Deutlichkeit und immer wieder herausgestellt werden, da trotz (oberflächlicher) kognitiver Einsicht Schuldgefühle im Sinne von: «jemand ist meiner wegen gestorben» persistieren können. Angestrebt wird die schrittweise Annahme des Fremdorgans als eigenes Organ. Diese aktive Auseinandersetzung mit dem neuen Organ wird bei LTX-Patienten im Vergleich zu Herztransplantierten eventuell dadurch erleichtert, daß die Leber weniger stark emotional besetzt ist (vgl. KÜNSEBECK, Kap. IV.A). In jedem Fall ist festzuhalten, daß sich diese Phase der Auseinandersetzung bis über die Entlassung aus der Akutklinik hinaus fortsetzt, einige Patienten noch Jahre nach der eigentlichen Transplantation beschäftigt.

Später, in der Zeit vor Entlassung in die Reha-Klinik, verändert sich meist der Themenschwerpunkt in Richtung Zukunftsorientierung. Berufliche und familiäre Reintegration, aber auch von den Patienten selbst als Persönlichkeitsveränderung erlebte Verhaltensänderungen, die durch die allgemeine Leistungssteigerung ebenso bedingt sind wie durch die oftmals erst sehr spät einsetzende Erkenntnis, «dem Tod noch einmal von der Schippe gesprungen» zu sein, bestimmen dann die (meist telefonischen) Kontakte während des ersten postoperativen Jahres.

In diesem Zusammenhang ist es erwähnenswert, daß bei etwa einem Fünftel unserer weiblichen Transplantationspatienten in diesem ersten postoperativen Jahr eine Eheberatung erfolgen mußte, weil sie sich mit ihrer neugewonnenen Leistungsfähigkeit und Lebensfreude nicht mehr mit den lange aufgrund ihres eingeschränkten körperlichen Befindens reduzierten Aktivitäten bzw. dem Zustand des Passiv-Umsorgtwerdens abfinden wollten. Die jeweiligen Ehemänner hatten wiederum zum Teil erhebliche Schwierigkeiten, diese Veränderungen bei ihren Frauen zu akzeptieren.

Nahezu alle erfolgreich transplantierten Patienten berichten, daß sich durch die Transplantation ihre Sicht auf das Leben verändert habe. Diese Veränderungen der Qualität des Lebens lassen sich kaum zusammenfassend beschreiben, vielleicht aber in den Worten eines 54jährigen Patienten charakterisieren: «Ich freue mich heute an jeder Blume, an jedem Vogel, an jedem Lebewesen. Dies ist eine Art von Erfahrung, die Gesunde vielleicht nie machen!» Indirekt läßt sich diese Aussage dadurch unterstreichen, daß mehr als die Hälfte unserer Patienten ähnlich wie andere Transplantierte derzeit zwei Geburtstage feiern, den normalen und den ihrer «Wiedergeburt», wie sie es nennen.

Zusammenfassend läßt sich in bezug auf die psychotherapeutische Betreuung von LTX-Patienten sagen, daß sie von den allermeisten Patienten als notwendige und hilfreiche Unterstützung angesehen wird. Diese Einschätzung bezieht sich auf den gesamten Transplantationsprozeß, also von Indikationsstellung bis hin zu Jahren nach Operation. Darüber hinaus trägt ein solches Betreuungsprogramm, wie es in Hamburg am UKE schon bei der Konzeption des LTX-Programmes 1982 einbezogen wurde, nicht nur zur Verbesserung der Lebensqualität post operationem bei, sondern tendenziell auch zur Verbesserung der Überlebensrate (HENNE-BRUNS et al., 1993). Diese Ergebnisse des Hamburger LTX-Programmes müssen allerdings von anderen Gruppen repliziert werden. Wichtig ist bei dieser Langzeitbegleitung, daß der (die) psychotherapeutischen Mitarbeiter fest ins Transplantationsteam integriert sind (statt lediglich konsiliarisch tätig zu sein), da sich die Betreuung in der Akutphase ebenso wie in den Jahren nach LTX wesentlich, wenn auch nicht ausschließlich am körperlichen Befinden der

betroffenen Patienten orientieren muß. Denn das Ziel einer integrierten somatopsychischen Behandlung von Lebertransplantationspatienten, Überleben und verbesserte Lebensqualität, läßt sich nur durch enge und konstante Kooperation aller Beteiligten erreichen.

## Literatur

- EISENBURG J: Coma hepaticum. In HORNBOSTEL H, KAUFMANN W, SIEGENTHALER W (Hrsg.) *Innere Medizin in Praxis und Klinik*, Band IV. Thieme, Stuttgart 1992
- HENNE-BRUNS D, KRAEMER-HANSEN H, KREMER B: Historische, rechtliche und ethische Aspekte der Organtransplantation. *Z Transplantationsmedizin* 5, 32–41, 1993
- KREMER B, HENNE-BRUNS D, KRAEMER-HANSEN H: Lebertransplantation. In HORNBOSTEL H, KAUFMANN W, SIEGENTHALER W (Hrsg.) *Innere Medizin in Praxis und Klinik*, Band IV. Thieme, Stuttgart 1992