

Die Chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED):

Colitis ulcerosa
und Crohn-Krankheit

1

Colitis ulcerosa

2

Psychodynamik und Pathogenese

- Ätiopathogenese weitestgehend unbekannt.
- Immunologische Faktoren spielen eine große Bedeutung.
- Familiäre Häufung.
- Die neusten Studien stellen eine psychosomatische Ätiologie in Frage.
- Jedoch klarer Zusammenhang zwischen Belastungsfaktoren und Krankheitsverlauf

3

Psychodynamisches Persönlichkeitsprofil

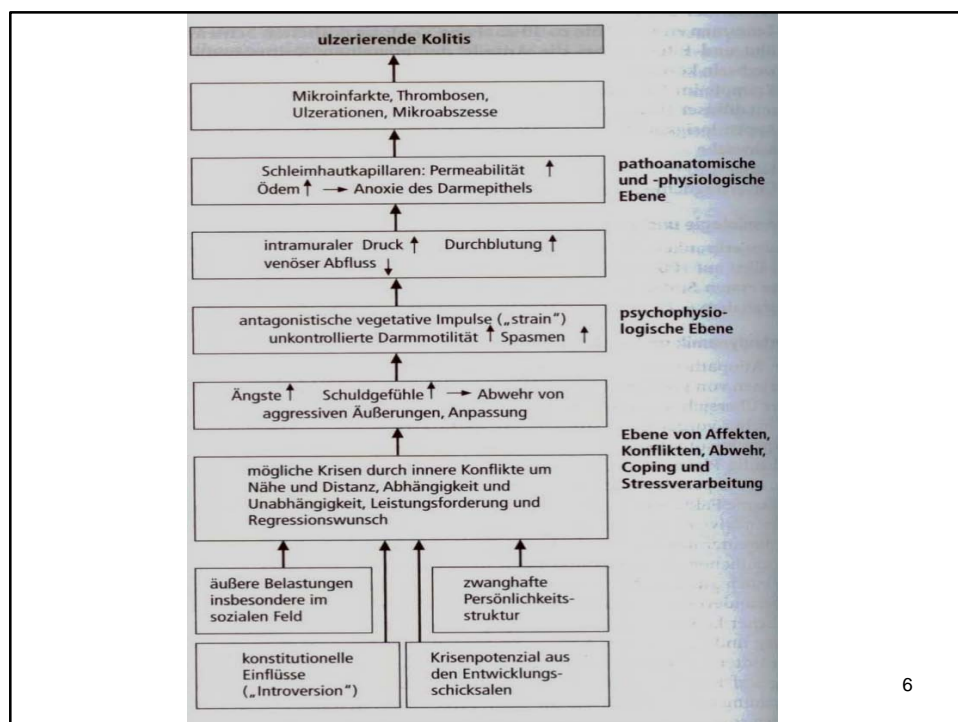
- Eher Vermeidung von Selbstständigkeit und Verantwortung.
- Aggressionen sind gehemmt oder unterdrückt.
- Starke soziale Anpassung.
- Gefälliges und konfliktvermeidendes sowie kompromissbereites Verhalten.
- Ausgeprägte Selbstwertprobleme.
- Aber CAVE !!!!

4

Zusammenhang von Emotionen (Stress) und segmentaler Kolonmobilität

- Zeigten sich bei volumetrischen Messungen im Sigmoid und im Rektum bei Kolitispatienten.
- Die Furcht als der entscheidende Affekt („man macht sich vor Angst in die Hose“).
- Abhängigkeits- und Unabhängigkeitskonflikte als entscheidend für den Anstieg der Darmmotilität.

5



6

Auslösung von kolitischen Schüben

- Durch unbewältigte Gefühle der Hilflosigkeit,
 - Das Gefühl von „given up und giving up“, das „ohnmächtige Überwältigtsein“
- >> induziere den schubauslösenden Stress (G.L. Engel, Psychosomatiker in Harvard)
- >> Stress und Krankheitssymptomatik ist von Fall zu Fall unterschiedlich und erlaubt keine generellen Aussagen.

7

Arzt-Patienten-Interaktion

- Pat. sind „angenehm und verlässlich“.
- Grobe Enttäuschungen in der Arzt-Patienten-Beziehung können zu Rückfällen führen.
- Der Arzt muss auf das Signalisieren von Bedürfnissen und Unbehagen achten und reagieren.

8

Therapie

- Stützende psychotherapeutische Gespräche.
- Bisher keine Hinweise darauf, dass PT bei der biologischen Störung etwas erreichen kann.
- Kombination aus internistischer und psychotherapeutischer Behandlung nachgewiesen besser gegenüber reiner internistischer Behandlung.
- Eine Psychotherapie kann jedoch Rückfälle bei genügend großen Belastungen nicht verhindern.

9

Ziel der Therapie

- Stabilisierung der psychischen Verarbeitungsmöglichkeiten, damit der Pat. weniger verletzlich in typischen Situationen wird.
- Stützende Psychotherapie.

10

Crohn-Krankheit

11

Psychodynamik und Pathogenese

- Ätiologie unbekannt.
- Auch hier immunologische Faktoren.
- Erst seit 1975 psychosomatische Betrachtung (später im Ggs. zur Colitis ulcerosa).

12

Biosozielles Modell der Crohn-Krankheit (Paar, 1988)

- Wichtige Ergebnisse der Psychoimmunologie.
- Frühe Deprivationen und psychische Traumata
- Psychosoziale Faktoren beeinflussen die Vulnerabilität aber sind keine direkten Auslöser der Krankheit.
- Die früher neurotischen Merkmale konnten letzten Endes nicht bestätigt werden.

13

Biosozielles Modell der Crohn-Krankheit

- Im Schub sind Angst und Depression erhöht und in der Remission nicht mehr.
- Bestehen jedoch neurotische Persönlichkeitszüge in der akuten Phase, so erscheint die Prognose schlechter bzgl. des Krankheitsverlaufes.
- Schlechtere Prognose auch unter depressiven Persönlichkeitsmerkmalen.
- Die Bedeutung psychischer Faktoren als Ursache für die Auslösung eines Schubes ist noch offen.

14

Biosoziiales Modell der Crohn-Krankheit

- Von einigen Autoren wird ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen psychischen Belastungen und Krankheitsschub beschrieben.
- Trennungängste (Situationen des Abschieds und Verlustes) habe evtl. eine gewisse Spezifität.

15

Arzt-Patienten-Interaktion

- Pat. sind weniger angepasst und konfliktfreudiger und somit „schwieriger für die ärztliche Betreuung“.
- Der Arzt muss dadurch die Probleme der Pat. regelmäßig aufgreifen und sich Zeit für die Bedürfnisse nach kritischer Aufklärung nehmen.

16

Therapie I

- Mehrdimensional
- Enge Zusammenarbeit zwischen internistischen, chirurgischen und psychotherapeutischen Behandlern.
- Med. Therapie und Diät
- Entspannungsverfahren
- Stützende konfliktzentrierte psychotherapeutische Gespräche.

17

Therapie II

- Psychotherapie zur Bearbeitung der Belastungen durch die häufig notwendigen Operationen und die sozialen Folgen.
- Durch zusätzliche PT weniger schwere Verläufe.

18

Das Modell differenzierter psychosozialer Interventionen

- Die Triade adaptiver Herausforderungen, die für die Patienten im Verlauf der Erkrankung entsteht:
- Die Unsicherheit des Krankheitsverlaufes.
- Die Thematik von Verlusten und gravierenden Veränderungen
- Das Leiden an der Krankheit selbst.

19

Das Modell differenzierter psychosozialer Interventionen

- Für die gezielte psychosoziale/psychotherapeutische Maßnahmen muss geklärt werden, welche Thematik gerade beim Pat. im Vordergrund steht.
- >> Darauf müssen die Interventionen ausgerichtet sein.

20