

spannt auf Ihren Artikel. Doch je weiter ich las, um so größer wurde die Enttäuschung.

Ich kann nicht verstehen, wieso man heute noch einen „aktuellen“ Artikel über Morbus Crohn schreiben kann, ohne auf die psychobiologischen Aspekte gerade dieser Erkrankung einzugehen. Ich will jetzt nicht die neueren Erkenntnisse der Immunologie, vor allem in neurophysiologischer Hinsicht referieren, auch möchte ich nicht die vielfältigen psychosomatischen Theorien über Morbus Crohn erläutern, sondern vielmehr mein völliges Unverständnis ausdrücken.

Natürlich sind die beschriebenen ätiologischen Wirkungsmechanismen von ganz wesentlicher Natur. Doch man kann gerade bei dieser Erkrankung mit ihren oft ja auch sekundären neurotischen und reaktiven Verarbeitungsmechanismen erhebliche therapeutische Fortschritte erzielen bei zusätzlicher Anwendung psychiatrisch-psychotherapeutischer Möglichkeiten.

Zumindest darüber hätte ich einige Worte erwartet.

Hans-Martin Schuchardt
Arzt für Psychiatrie
Frankfurter Straße 716
5000 Köln 91

4. Psychotherapeutische Verfahren

Es fehlt in dem Artikel, gerade weil er eine aktuelle Übersicht geben soll, der psychosomatische Aspekt des Morbus-Crohn.

In die Ätiopathogenese sind neben den von dem Autor genannten Faktoren auch psychische Anteile einzubeziehen. So scheint in der Primärfamilie der emotionale Umgang hinter Sachlichkeit und Leistungsaspekten verborgen, nach außen entsteht der Eindruck einer unechten Solidarität. Die Mütter werden in der Regel als dominant angegeben, als kontrollierend und zwanghaft beschrieben. Die prämorbid Persönlichkeitsstruktur ist gekennzeichnet durch Infantilität, Narzißmus und depressiv-aggressive Reaktionsbereitschaft. Gegenüber den Eltern be-

stehen starke Abhängigkeitskonflikte mit der Folge von späteren Störungen in den sozialen Bezügen. Emotionelle Konflikte (vor allem Angst, phantasierte oder reale Trennungserlebnisse) gehen dem Ausbruch der Erkrankung oft voraus. Die Vorstellung ist, daß diese die „Pseudo-Unabhängigkeit“ gefährden, die reparativen Kräfte der schwachen Identität überfordern und es zur Symptombildung kommt.

Die Behandlung dieser „somatopsychosozialen“ Erkrankung sollte auf einem mehrdimensionalen Ansatz beruhen, der nicht nur aus diätetischen und medikamentösen Verordnungen, sondern auch aus Entspannungs- und psychotherapeutischen Verfahren besteht; im weiteren sind nicht selten auch rehabilitative und nachsorgende Maßnahmen einzubeziehen.

Regressionsfördernde Maßnahmen stehen am Anfang der Psychotherapie, können auch die im weiteren stützenden oder mehr konfliktzentrierten Angebote (Gesprächspsychotherapie) begleiten. Körperbezogene Gruppenpsychotherapie tiefenpsychologischer Orientierung hat sich als wesentliches therapeutisches Element bewährt. Sie ermöglicht Erweiterung und Vertiefung der Erlebnismöglichkeiten innerhalb der Wahrnehmung des eigenen (gestörten) Körperbildes, gleichzeitig erleichtert sie Zugang und therapeutische Einflußnahme auf die primären und sekundären psychischen Veränderungen. Das Autogene Training, vor allem im Liegen, ist als Entspannungstherapeutisches Verfahren anerkannt. Das Setting der Gruppentherapie ermöglicht das Entstehen und Bearbeiten therapeutisch wichtiger Übertragungsbeziehungen. In der Interaktionalen Gruppenpsychotherapie können spezifische soziale Interaktionsmuster selbsterfahrend erkannt und übend verändert werden. Körperlich trainierende, Phantasie und Kreativität fördernde Maßnahmen sind sinnvolle, die Psychotherapie begleitende Angebote.

Ziele der Psychotherapie sind Abbau der ausgeprägten ambivalenten Haltungen mit Entwicklung des Selbst und Aufbau der Identität, so-

wie Angstreduktion durch Erweiterung sozialer Beziehungs- und Erlebnisfähigkeit.

Die Einflußnahme auf psychosoziale Folgen einschließlich Fragen der Rehabilitation ergänzt die psychotherapeutische Behandlung.

Die bisher vorliegenden Erkenntnisse sprechen sehr für diesen mehrdimensionalen Therapieansatz und dessen positive Auswirkung auf Krankheitsverlauf und -prognose.

Dr. med. Olaf Samland
Arzt für Neurologie und Psychiatrie
– Psychotherapie, Psychoanalyse –
Ärztlicher Direktor
Psychosomatische Klinik
Salzburger Leite 1
8740 Bad Neustadt an der Saale

5. Inzidenz und Prävalenz

Der Autor geht unter anderem sehr ausführlich auf die Epidemiologie des M. Crohn ein. Dabei wird – soweit dies dem Text zu entnehmen ist – jeweils auf die nicht standardisierte Prävalenz und Inzidenz (jeweils Anzahl der Erkrankungen pro 10 000 Einwohner) Bezug genommen. Wir halten Schlußfolgerungen über die Veränderung der Erkrankungshäufigkeit, die sich auf derartige „rohe“ Erkrankungsdaten stützen, für problematisch, da es in der Nachkriegszeit zu erheblichen Verschiebungen in der Altersstruktur der Bevölkerung gekommen ist, die nach wie vor anhalten. Bei Erkrankungen, die vorwiegend bestimmte Altersgruppen betreffen, wie dies beim M. Crohn und den meisten anderen internistischen Erkrankungen der Fall ist, sind daher die „rohe“, das heißt nicht standardisierte Inzidenz und Prävalenz nicht hinreichend aussagekräftig. Da der M. Crohn – wie der Autor richtig feststellt – bevorzugt im zweiten und dritten Lebensjahrzehnt auftritt, mußte infolge des Geburtenbooms der Nachkriegszeit mit Gipfel in den Jahren 1960–65 mit einer Zunahme der Erkrankung bis ca. 1985 gerechnet werden. Infolge des deutlichen Geburtenrückgangs nach 1965 ist in naher Zukunft auch mit einem Rückgang der Inzidenz und

(später) auch der Prävalenz des M. Crohn zu rechnen, was der Autor mit dem Vermerk einer „Abnahme in manchen Gegenden“ anzudeuten scheint. Auch wenn der Anstieg der Inzidenz seit den fünfziger Jahren nicht allein auf demographische Änderungen zurückzuführen ist, kommt diesem Faktor doch Bedeutung zu – insbesondere hinsichtlich der künftigen, durch den Geburtenrückgang gekennzeichneten Entwicklung.

In einer überschlagsmäßigen Rechnung, die allerdings keinen Anspruch auf Repräsentativität erheben kann, haben wir zur Veranschaulichung anhand der Alters- und Geschlechtsstruktur der in unserem Zentrum Innere Medizin behandelten Patienten und der früheren und künftig prognostizierten Struktur der Wohnbevölkerung der Bundesrepublik (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes) mit Hilfe der epidemiologischen Standardisierungsrechnung den Einfluß der demographischen Entwicklung auf die rohe Inzidenz der Krankenhausfälle für die Jahre 1975–2005 geschätzt. Dabei ergibt sich, daß von 1975 bis 1985 ein Anstieg der Krankenhausfälle um 10 Prozent zu erwarten war. Von 1985 bis 2005 ist dagegen mit einem Rückgang um 19 Prozent zu rechnen, der – bei fehlender Standardisierung – eventuelle andere Entwicklungen (zum Beispiel Einfluß von Ernährungs- oder Umweltfaktoren) überlagern oder sogar völlig verdecken kann.

Diese Veränderungen sind also allein aufgrund der Änderungen der Bevölkerungsstruktur zu erwarten. Darüber hinausreichende, auf andere, oben genannte Faktoren zurückzuführende Änderungen sind somit nur erkennbar, wenn man die standardisierte Inzidenz und Prävalenz der Krankheit berechnet. Dies gilt übrigens auch für Regionalvergleiche. So erwähnt der Autor beispielsweise die höhere Inzidenz in Marburg Stadt (6,56/10 000) gegenüber Marburg Stadt- und Landkreis (4,25/10 000), die sich – soweit erkennbar – offenbar auch auf nicht standardisierte Zahlen bezieht. Die höhere Inzidenz in Marburg Stadt könnte durchaus auf den höheren Anteil von Einwohnern der Haupttrikogruppe (zweites und drittes Le-

bensjahrzehnt) zurückzuführen sein, wie er in einer typischen kleinen Universitätsstadt mit hohem Studentenanteil natürlich zu erwarten ist.

Aufgrund des geschilderten Sachverhaltes möchten wir anregen, bei Langzeit- oder Regionalvergleichen Angaben der rohen Inzidenz und Prävalenz zu vermeiden oder auf jeden Fall durch die Angabe standardisierter oder aber alters- und geschlechtsspezifischer Raten zu ergänzen.

Dr. med. Thomas Mansky
Professor Dr. med. Michael Otte
Professor Dr. med. Hubert Feiereis
Medizinische Universität zu Lübeck
Ratzeburger Allee 160
2400 Lübeck 1

6. Schlußwort

Ich war überrascht von dem lebhaften Echo, das die knappe Übersicht gefunden hat, was ich unter anderem aus der großen Zahl der Sonderdruckerfordernungen schließe und aus der damit verbundenen Korrespondenz. Daraus geht auch hervor, daß diese früher so seltene Erkrankung auch dem niedergelassenen Arzt viel häufiger begegnet als bis etwa 1960. Den Lübecker Autoren Mansky, Otte und Feiereis ist durchaus zuzustimmen, daß es wünschenswert wäre, die epidemiologischen Aussagen durch die Angaben standardisierter oder alters- und geschlechtsspezifischer Daten zu ergänzen. Diese Notwendigkeit zeigt sich zum Beispiel auch an den Zahlen, die in dem sehr lesenswerten Beitrag von Feiereis in von Uexkülls Buch: Psychosomatische Medizin (Urban & Schwarzenberg, München 1986) gegeben werden, in dem, entgegen der allgemeinen Erfahrung, ein deutliches Überwiegen von Frauen im dortigen (selektionierten?) Krankengut von M. Crohn auffällt.

Daß ich vieles nur kurz oder gar nicht ansprechen konnte, hängt mit der Auflage der Schriftleitung zusammen, einen ursprünglich längeren Text zu kürzen und im wesentlichen auf die pathogenetischen und epidemiologischen Probleme zu beschränken mit einer kurzen Zusammenfassung der jetzt weitgehend

standardisierten Therapie. Letztere war bereits früher durch eine Arbeitsgruppe unter Federführung von Demling dargestellt worden (Dt. Ärzteblatt Heft 38, S. C41–43, 1987). Außerdem war von der Schriftleitung beabsichtigt, einen gesonderten chirurgischen Beitrag in absehbarer Zeit zu bringen. Daß bei einer Erkrankung wie dem M. Crohn eine interdisziplinäre Zusammenarbeit (siehe den Leserbrief von Prof. Horn), das heißt das Konsil, nicht nur wünschenswert, sondern unabdingbar ist, sollte eigentlich so selbstverständlich geworden sein, daß eine besondere Erwähnung überflüssig erscheint. An dem Marburger Klinikum wurde bereits 1969 ein internistisch-chirurgisches Kolloquium eingerichtet, das regelmäßig jede Woche stattfindet, in dem unter anderem alle Patienten mit M. Crohn oder Colitis ulcerosa vorgestellt werden, um den Therapieplan gemeinsam festzulegen. Außerdem gibt es eine nachgehende Ambulanz für diese Patienten, die über mehrere Jahre von ein und demselben Arzt verantwortlich geleitet wird.

Zu der interdisziplinären Behandlung möchte ich selbstverständlich auch die psychosomatische Behandlung rechnen, dort wo sie angezeigt ist. Es besteht, glaube ich, kein „blinder Fleck“ bei Internisten und Chirurgen für die psychosomatischen Zusammenhänge. Aber ich kann meinem Auftrag nur gerecht werden, wenn ich über die Auffassungen zur Epidemiologie und Pathogenese berichte, die ich kenne, und die Darstellung der außerordentlich widersprüchlichen Auffassungen zur Psychosomatik der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen einem Berufeneren überlasse. Allerdings kann ich die Meinung des Kollegen Bartels nicht teilen, „daß die Heilquote für M. Crohn bei psychotherapeutischer Behandlung mindestens genauso hoch ist wie bei herkömmlicher internistisch-chirurgischer“.

Ich kenne auch keine Veröffentlichung, die dieses belegen könnte, ganz abgesehen davon, daß der Ausdruck „Heilquote“ bei M. Crohn nicht angebracht erscheint, weil eigentlich kaum je von einer „Heilung“