

Aus der Psychiatrischen Klinik des Bürgerhospitals Stuttgart  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. U. Spiegelberg

KONTROLLIERTE PSYCHOSOMATISCHE STUDIEN  
AN PATIENTEN MIT COLITIS ULCEROSA UND  
MORBUS CROHN MIT DEM FPI  
(FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR)  
UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG  
GESCHLECHTS- UND KRANKHEITSSPEZIFISCHER  
UNTERSCHIEDE

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin  
dem Fachbereich Klinische Medizin  
der Eberhard-Karls-Universität  
zu Tübingen

vorgelegt von  
Werner Rein  
aus Stuttgart-Hedelfingen

1975

Aus der Psychiatrischen Klinik des Bürgerhospitals Stuttgart  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. U. Spiegelberg

KONTROLLIERTE PSYCHOSOMATISCHE STUDIEN  
AN PATIENTEN MIT COLITIS ULCEROSA UND  
MORBUS CROHN MIT DEM FPI  
(FREIBURGER PERSÖNLICHKEITSINVENTAR)  
UNTER BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG  
GESCHLECHTS- UND KRANKHEITSSPEZIFISCHER  
UNTERSCHIEDE

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin  
dem Fachbereich Klinische Medizin  
der Eberhard-Karls-Universität  
zu Tübingen

vorgelegt von  
Werner Rein  
aus Stuttgart-Hedelfingen

1975

## INHALTSÜBERSICHT

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. LITERATURREFERAT	3
II.1. Zum Begriff der psychosomatischen Medizin	
II.2. Persönlichkeitsmerkmale in psy- chosomatischen Arbeiten zur Colitis ulcerosa	12
II.3. Persönlichkeitsmerkmale in psy- chosomatischen Arbeiten zur Enteritis regionalis CROHN	34
II.4. Persönlichkeitsmerkmale in verglei- chenden psychosomatischen Arbeiten über verschiedene Darmkrankheiten	50
III. MATERIAL UND METHODEN	62
IV. ERGEBNISSE	67
V. DISKUSSION	73
V.1. Geschlechtsspezifische Unterschiede	
V.2. Krankheitsspezifische Unterschiede	76
V.3. Unterschiede zwischen den beiden Darmkrankheiten	84
VI. ZUSAMMENFASSUNG	85
VII. LITERATURVERZEICHNIS	87

## I. EINLEITUNG

Beobachtungen über psychische Auffälligkeiten bei Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten finden sich erstmals 1930 bei MURRAY in einer kasuistischen Arbeit, die sich mit der Colitis ulcerosa befaßt, wobei schon Hypothesen über deren Psychogenese aufgestellt werden. BOCKUS berichtet dann 1945 in einer Übersicht über 19 Fälle mit Enteritis regionalis Crohn eher cursorisch von emotionalen Überempfindlichkeiten. Auf Ähnlichkeiten in den Persönlichkeitsmerkmalen bei Patienten mit Colitis ulcerosa und Enteritis regionalis Crohn weist PAULLEY 1949 hin.

Insgesamt zeigt sich im Überblick ein deutliches Überwiegen von psychosomatischen Arbeiten verschiedenster theoretischer und methodischer Ansätze, die sich mit der Colitis ulcerosa befassen, wogegen nur vereinzelt Untersuchungen über die Enteritis regionalis erschienen sind. Dies mag einerseits mit der erst relativ spät, nämlich 1932, erfolgten Erstbeschreibung der Enteritis regionalis als Krankheitseinheit zusammenhängen (CROHN et al.), andererseits mit der sehr schwierigen differentialdiagnostischen Abgrenzung der beiden Erkrankungen, vor allem der Ileocolitis Crohn gegen die Colitis ulcerosa. Aus diesem Grunde sind auch Zweifel an der Homogenität der Untersuchungskollektive im Hinblick auf die organische Diagnose bis in die 60er Jahre, die eine eindeutigere Differenzierung brachten, durchaus angebracht (MORSON et al.). Außerdem sind im klinisch-gastroenterologischen Bereich erst im letzten Jahrzehnt deutliche Zunahmen an Erkrankungsfällen vom Typ der Enteritis regionalis festzustellen (HEINKEL et al., MILLER et al.).

Eine vergleichende Untersuchung von MC KEGNEY et al. im Jahre 1970 ergab keine Unterschiede in verschiedenen psychosozialen, psychiatrischen, persönlichkeitspezifischen und demographischen Variablen zwischen Colitis ulcerosa und Enteritis regionalis. Diese Untersuchung und auch

die Ergebnisse von Arbeiten zur Ätiologie beider Erkrankungen (LANCET 1970, KRAUSPE et al., ASQUITH et al.) vor allem auf immunpathologischem Gebiet lassen eine Zusammenfassung von Patientenpopulationen mit Colitis ulcerosa und Enteritis regionalis für sinnvoll erscheinen.

In der vorliegenden Arbeit soll über die Persönlichkeitsprofile von männlichen und weiblichen Patienten mit entzündlichen Darmkrankheiten (Colitis ulcerosa und Enteritis regionalis) berichtet werden, die mit denen einer Kontrollgruppe internistisch kranker Männer und Frauen verglichen wurden. Besonders interessierten geschlechtsspezifische im Vergleich zu krankheitsspezifischen Merkmalen, über in der Literatur zu beiden Krankheiten kaum Angaben zu finden waren, während sie andererseits auf Grund soziokultureller Untersuchungen zu erwarten wären (CRISP et al.).

## II. LITERATURREFERAT

### II.1. Zum Begriff der psychosomatischen Medizin

Neuere Autoren definieren Psychosomatik eher weit und einem breiten Spektrum von Forschungsansätzen entsprechend. So ist sie für BRÄUTIGAM "die Richtung der Heilkunde, die den Einfluß des Seelischen auf körperliche Erkrankungen des Menschen verfolgt", oder für LIPOWSKI "eine Wissenschaft, die die Zusammenhänge zwischen psychologischen und biologischen Phänomenen am Menschen untersucht, so wie sie in einer menschlichen und nicht-menschlichen Umgebung auftreten und von ihr beeinflusst werden."

Weiterhin läßt sich eine deutliche Verschiebung in der wissenschaftlichen Anerkennung und in der praktischen Forschung von spekulativen, auf Kausalität hinzielenden, Arbeitshypothesen und Interpretationen hin zu Untersuchungen über Korrelation und Koinzidenz von Situationstypen, Persönlichkeitsmerkmalen und organischem Krankheitsgeschehen feststellen, worauf RICHTER sowie DIETSCH et al. hinweisen.

Das Problem der Spezifität einer bestimmten auslösenden Situation, einer Persönlichkeitsstruktur oder eines bestimmten psychodynamischen Konflikts, das für ein früheres Verständnis von Psychosomatik zum zentralen Bewährungspunkt geworden war, ist zunehmend von multifaktoriellen Entstehungskonzepten abgelöst worden (MC KEGNEY). Die Arbeiten ENGELS zur Psychosomatik der Colitis ulcærosa, auf die noch später einzugehen sein wird, sind dafür ein anschauliches Beispiel.

Die Vielfalt der Modelle und Methoden und das jeweils unterschiedliche dahinter stehende theoretische Vorverständnis, hat zu erheblicher Unübersichtlichkeit geführt. Das spiegelt sich auch in den Arbeiten von LIPOWSKI und BRÄUTIGAM et al. wieder, auf die sich dieser Überblick hauptsächlich bezieht. So unterscheiden BRÄUTIGAM et al. acht

verschiedene theoretische Ansätze, während es bei LIPOWSKI sechs Ansätze sind. Beidesmal werden gelegentlich Elemente eines Modells in einem anderen wieder verwendet (so impliziert z.B. das psychoanalytische Modell der Psycho-genese zwangsläufig den Begriff der Somatisierung, der bei LIPOWSKI aber dennoch getrennt abgehandelt wird), so wie sich auch in den Abstraktionsniveaus Unterschiede finden (so z. B. bei BRÄUTIGAM et al. die auf empirischen Feststellungen beruhende psychophysiologische Forschung und das metaphysische Konzept des Subjekts bei V.WEIZSÄCKER). Aus diesen Gründen erscheint es sinnvoller, nur von Modellelementen und Erklärungshypothesen zu sprechen, zumal die Globaltheorien im Hinblick auf die Vielseitigkeit empirischer Forschungsergebnisse als reduktionistisch gelten müssen und viele Forscher verschiedene Theorieelemente kombinieren (ROBBINS).

Im einzelnen lassen sich folgende Ansätze unterscheiden (ENGEL 1969, LOPEZ-IBOR, LIPOWSKI, BRÄUTIGAM et al.)

Für LIPOWSKI, der eine umfassende Synopsis der angloamerikanischen Psychosomatik gibt, ist der Dualismus Körper-Seele nur ein methodisch-semantischer, der der gegenwärtigen Forschungsstrategie entspricht, ohne metaphysischen Gehalt im Hinblick auf "wesensmäßige" Unterschiede zwischen Physischem und Psychischem. Psychosomatik müsse drei Abstraktionsmodi integrieren: den biologischen, den psychologischen und den sozialen. Er vertritt eine ganzheitliche Vorstellung mit der Person als Zentrum. Die Auftrennung in Abstraktionsmodi sei künstlich aber von heuristischer Nützlichkeit, da die begrenzten Möglichkeiten eines menschlichen Beobachters eine Auftrennung der Einheit des beobachteten Objekts bedingen. Er betont aber gleichzeitig den häufigen Widerspruch zwischen dem immer wieder durchdringenden Eifer in der Suche nach ausschließlich psychischen Ursachen von somatischen Störungen trotz ernsthafter Beteuerungen über Multikausalität und Ganzheit.

(1) Entsprechend den Anfängen der psychosomatischen For-

schung, die von Psychoanalytikern begründet wurde, soll zunächst das Konzept der PSYCHOGENESE besprochen werden, das von den psychoanalytischen Vorstellungen über Konversionshysterie übernommen wurde: somatische Symptome werden von psychischen Inhalten oder Affekten verursacht. ENGEL weist auf die Gefahr hin, daß auf Grund dieses Konzeptes "psychogenetisch" und "psychosomatisch" gleichgesetzt werden könnten, und Monokausalität, die zu eliminieren die psychosomatische Medizin bemüht sei, wieder an Bedeutung gewinne; ganz abgesehen von grundsätzlichen Zweifeln an der Richtigkeit dieses Kausalitätsbegriffs (STEGMÜLLER). Solche monokausalen Theorien sind auch von Seiten der Organmedizin durch immunbiologische und genetische Untersuchungen zweifelhaft geworden (PERLMANN et al., ASQUITH et al.). Auch das Problem der Unterscheidbarkeit von "kausalen" und "reaktiven" psychischen Faktoren wird von einigen Forschern als Scheinproblem angesehen. Eine solche Trennung sei eine methodisch-pragmatisch bedingte, insofern als psychosomatische Forschung auf Maßnahmen hinziele, die den Krankheitsverlauf verändern sollen, während dieser in Wirklichkeit ein Kontinuum psychosomatisch-somatopsychischer Prozesse darstelle (WALKER).

Beachtenswert am Modell der Psychogenese erscheint LIPOWSKI der Begriff der symbolischen Aktivität, der Bedeutung, die das Subjekt Wahrnehmungen aus der Außenwelt gibt (HINKLE et al., KIELY). Das weist auf die Bedeutung der kognitiven Prozesse hin (LADER), die bei der Entstehung von psychosomatischen Phänomenen das Geschehen mitbestimmen, im Gegensatz zu der z.B. von psychiatrischer Seite (LOPEZ-IBOR) betonten Wichtigkeit emotionaler Faktoren. Die heuristische Nützlichkeit dieses Konzepts der "Bedeutung des Wahrgenommenen" zeigt sich an seiner Anwendung bei so verschiedenartigen Ansätzen wie dem hermeneutischen BRÄUTIGAMS und dem psychophysiologischen LADERS. Seine Richtigkeit erweist sich durch die Unergiebigkeit von Ver-

suchen, durch standardisierte Skalen belastende Lebenssituationen allgemeingültig zu erfassen (RAHE et al.). LIPOWSKI stimmt abschließend bei der Beurteilung des Modells " Psychogenese" mit GRINKER überein, daß es eine der Grundannahmen der Psychosomatik sei, alleinige Psycho-, Sozio- oder Somatogenese abzulehnen.

(2) Das Konzept eigenständiger PSYCHOSOMATISCHER KRANKHEITEN im Sinne einer Klasse von Krankheiten mit einem sie von anderen unterscheidenden gemeinsamen Merkmal, soll als zweites besprochen werden. LIPOWSKI zitiert zur Definition HALLIDAY: eine solche psychosomatische Krankheit sei eine körperliche Krankheit, bei der die Anwendung psychologischer Forschungsmethoden zu Informationen von hoher ätiologischer Relevanz führe. Auch hier findet sich eine typische Einschränkung ursprünglich globaler Konzepte einer seelischen Dominanz über das Körpergeschehen, ENGELS Colitisstudien sind auch hier wieder beispielhaft in ihrer Ausgewogenheit. ALEXANDER vertritt eine ähnliche Ansicht, schließt aber daraus, daß es dann auch keine rein "biochemisch" oder "physiologisch" bedingten Krankheiten geben könne, was dann zu der wissenschaftlich unergiebigen Behauptung führt, daß alle Krankheiten psychosomatisch seien, indem sie das Individuum als Ganzes betreffen. BRÄUTIGAM zitiert COOPER zur Bekräftigung seiner Auffassung, daß es nur psychosomatische Fälle aber keine psychosomatischen Krankheiten gebe (s.a. ENGEL).

Im Hinblick auf ätiologische Überlegungen kommt LIPOWSKI zu ähnlichen Schlüssen: Aspekte cerebraler Aktivitäten, die in psychologischen Begriffen ausgedrückt werden, können als Klasse ätiologischer Faktoren angesehen werden. Sie sind für jede Krankheit von Wichtigkeit, allerdings variiert diese Relevanz von Krankheit zu Krankheit, von Individuum zu Individuum und von einer Episode derselben Krankheit bei einem Individuum zur anderen Episode.

(3) In den beiden vorher betrachteten Modellen steckt implizit ein weiteres theoretisches Element, das der SPEZII-

FITÄT. Für eine Form von Spezifität sind die Arbeiten ALEXANDERS typisch: bestimmte psychodynamische Konfliktkonstellationen, die größtenteils unbewußt sind, werden bestimmten Krankheitsbildern zugeordnet. Außer dieser psychoanalytischen Sicht der Spezifität intrapsychischer Konflikte bestehen weiterhin Konzepte spezifischer Persönlichkeitstypen (DUNBAR), so z.B. das der sogenannten Ulcuspersönlichkeit; bestimmter Einstellungen (GRACE, GRAHAM et al.) und bestimmter krankheitsauslösender Situationen (LINDEMANN). Auch hier ist wieder der implizite Anspruch auf Kausalität zu kritisieren, der den meisten Arbeiten über Spezifität anhaftet. Es fehlt der zu fordernde Beweis bestimmter zwischen seelischen und körperlichen Erscheinungen vermittelnder Mechanismen. Eine weitere pragmatische Kritik orientiert sich daran, daß die meisten Krankheiten auf die die Spezifitätshypothesen angewandt wurden, solche mit noch ungeklärter Ätiologie waren, möglicherweise also gar keine Krankheitseinheiten darstellen - was sich auch an der Kontroverse über die Abgrenzung der Colitis ulcerosa von der Enteritis regionalis Crohn zeigt.

(4) In der Psychiatrie finden sich Erklärungshypothesen über die Entstehung psychosomatischer Phänomene einmal durch den Begriff des AUSDRUCKSPHÄNOMENS (SCHNEIDER): körperliche Funktionen werden den Gemütsbewegungen zugeordnet. Also eine Theorie, die über die psychophysischen Interferenzen bei Affekten zur Erklärung der somatischen Störung kommt, wobei das vegetative Nervensystem als Bindeglied eintritt. LOPEZ-IBOR sieht ebenfalls eine Störung der Stimmung als zentralen Punkt, psychosomatische Krankheiten stehen den Gemütskrankheiten, also vor allem der Depression nahe. Durch eine Unterdrückung von Gemütsbewegungen entstehen vegetative Dysregulationen, in deren Folge funktionelle Störungen und schließlich morphologische Veränderungen eintreten. Zweifel an der Richtigkeit dieser Vorstellung gradueller Übergänge ergeben sich aber

z.B. bei der Colitis ulcerosa ,wo vom Verlauf her eine längere Vorgeschichte mit Beschwerden im Sinne eines Reizcolons so gut wie immer fehlt (MARTINI,HEGGLIN).

Im weiteren Rahmen psychiatrischer Untersuchungen wurden Beobachtungen über Syndrom-shift beschrieben (GROEN et al.,SPIEGELBERG et al.).

Unabhängig von Überlegungen zur Ätiologie und Pathogenese wurde die psychiatrische Symptomatik bei als psychosomatisch geltenden Krankheiten untersucht (SPIEGELBERG,DANIELS,KARUSH et al.,WHYBROW et al.,FELDMAN et al.). Der Schwerpunkt der gefundenen Ergebnisse lag bei dem Symptombereich Angst-Depression-Zwang.

(5) Ein ursprünglich aus der Physiologie stammender Begriff,der des STRESS,hat in erweiterter Form Eingang in die psychosomatische Forschung gefunden. Nach LAZARUS muß ein Stimulus,der zu einer psychologischen Streß-Reaktion führt,eine bedrohliche Bedeutung haben und auf symbolischem Wege übermittelt werden. Hier zeigt sich wieder die eminente Wichtigkeit des Problems der kognitiven Einschätzung eines solchen Stimulus,auf die früher schon hingewiesen wurde. ENGEL schränkt den Begriff des Streß auf drei nicht scharf voneinander abgrenzbare Bereiche ein: 1. Verlust oder drohender Verlust von Objekten,2. tatsächliche oder drohende körperliche Gefährdung und 3. Triebfrustration. Psychischer Streß und seine Folgen im Sinne einer Anpassungsreaktion werden als eine Kette von feedback Schleifen kognitiver,affektiver und physiologischer Prozesse gesehen (BOCKUS 1969).

In den Bereich der Untersuchungen über psychischen Streß gehören auch die Arbeiten der Rochester-Gruppe über auslösende Situationen bei somatischen und psychischen Krankheiten (ENGEL,SCHMALE). Sie verstehen darunter die Folgen von realen,drohenden oder imaginierten Objektverlusten,nämlich Gefühle von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. Dabei bleibt,wie bei den meisten psychologischen und soziologischen Studien ungeklärt,welches die Bindeglieder

zur somatischen Läsion sind. Die Hypothesen darüber be-  
fassen sich mit vegetativen Mechanismen und dispositio-  
nellen Faktoren auf immunologischem und endokrinologi-  
schem Gebiet (SOLOMON).

Vor allem epidemiologische und sozioökonomische Studien  
beschäftigen sich mit der Bedeutung sozialer Veränderun-  
gen für den Ausbruch einer Krankheit (RAHE et al., MENDE-  
LOFF et al.), die im Sinne einer Verminderung der allge-  
meinen körperlichen Widerstandsfähigkeit wirken könnten  
und somit als zumindest notwendige aber nicht hinreichen-  
de Bedingung für die Krankheitsentstehung zu betrachten  
wären.

Ein weiterer Ansatz, der von LIPOWSKI noch im Rahmen des  
Streß-Konzeptes geführt wird, von BRÄUTIGAM et al. als ei-  
genständig dargestellt wird, ist der von GRACE et al. und  
GRAHAM et al. propagierte der Spezifität der Haltung (atti-  
tude) für die Krankheitsentstehung, insofern als Patien-  
ten mit verschiedenen Erkrankungen ihre Situation jeweils  
typisch beschreiben, in der die Attacken aufgetreten sind.

(6) Dem Konzept des KÖRPERSCHEMAS mißt LIPOWSKI eine ge-  
wisse Bedeutung als verbindendes Konstrukt zwischen psy-  
chologischer, biologischer und soziologischer Betrachtungs-  
weise bei. Körperliche Veränderungen führten über abnorme  
Körperwahrnehmungen zu einer Änderung des Körperschemas,  
was vor allem für amputierte und plastisch operierte Pa-  
tienten von Wichtigkeit sei.

(7) In einer abschließenden Kritik des ursprünglich aus  
der Psychoanalyse stammenden Begriffs der SOMATISIERUNG,  
nach STEKEL auf Krankheiten zutreffend, bei denen eine tief-  
sitzende neurotische Ursache zu vermuten sei, erweitert LI-  
POWSKI den Begriff so, daß er allgemein die Tendenz be-  
schreibt, psychische Zustände oder Inhalte als körperliche  
Sensationen, funktionelle Veränderungen oder somati-  
sche Metaphern wahrzunehmen, mitzuteilen oder aufzufassen.  
Die psychoanalytische Definition SCHURs, Somatisierung tre-  
te auf, wenn eine Ich-Regression stattfindet, die das Ich

unfähig mache, Aggressionen zu neutralisieren, was zur Resomatisierung von psychischen Inhalten führe, wird wegen ihrer mangelnden empirischen Validierung und ungerechtfertigten Verallgemeinerung abgelehnt.

(8) BRÄUTIGAM et al. führen in ihrer Übersicht über Theorien und Modelle in der Psychosomatik außer den klassischen psychoanalytischen Vorstellungen ALEXANDERS noch das sogenannte FUNKTIONELLE ENTWICKLUNGSMODELL an, das sich auf Weiterentwicklungen der Psychoanalyse (ERIKSON) bzw. neoanalytische Theorien (SCHULTZ-HENCKE) beruft. Es werden einzelne kindliche Entwicklungsphasen angenommen, denen bestimmte Organmodi zugeordnet sind, die dann als psychosomatische Organsprache wiederkehren, wenn die Entwicklung auf einer der Stufen gestört wurde.

(9) Auch die psychosomatische Anwendung der Reflexologie und der Lerntheorie werden erwähnt. Die Grundannahme besteht darin, daß das organische Symptom durch physische Begleiterscheinungen bei bestimmten affektiven Verhaltensweisen, z.B. Angst, die durch Vermeidungsreaktionen bedingt sind, entstehen kann. Die Organwahl sei dabei durch individuelle Unterschiede in den Mustern vegetativer Reaktionsbereitschaft auf Belastungen zu erklären (MEYER et al., KIELY).

(10) Erwähnt sei noch die von V.v. WEIZSÄCKER ausgehende hermeneutische Betrachtungsweise, die die psychophysischen Wechselwirkungen über den Begriff des GESTALTKREISES und der Interpretation des Subjekts zu erklären sucht. Wegen dieses eher philosophischen und wenig zu pragmatischen Forsahungsstrategien führenden Ansatzes, kann seine Theorie hier nur gestreift werden, zumal ihr Appell zur Berücksichtigung des subjektiven Faktors in anderen Modellen zu besser realisierbaren Vorstellungen geführt hat (z.B. Betonung des kognitiven Moments oder der symbolischen Interaktion).

Wenn nun im Weiteren psychosomatische Studien über Colitis ulcerosa und Enteritis regionalis Crohn bzw. andere Darmerkrankungen besprochen werden, so liegt das Haupt-

augenmerk auf den Arbeiten, die sich mit Persönlichkeitsmerkmalen von Patienten mit diesen Krankheiten befassen, bzw. es werden Arbeiten mit mehrdimensionalem Ansatz im Hinblick auf Aussagen zur Persönlichkeit referiert. Darin drückt sich keine implizite Vorstellung von Kausalität in unserem eigenen Ansatz aus, der ebenfalls mehrdimensional war, sondern das geschieht im Bewußtsein, nur einen Aspekt des Gesamtproblems anzugehen. Über weitere Aspekte soll an anderer Stelle berichtet werden (WILLKE).

## II. 2. Persönlichkeitsmerkmale in psychosomatischen Arbeiten zur Colitis ulcerosa

FAHRLÄNDER definiert die Colitis ulcerosa folgendermaßen: "es handelt sich um eine Entzündung der Dickdarmschleimhaut, die vorwiegend zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahrzehnt bei beiden Geschlechtern etwa gleich häufig auftritt. Ersterkrankungen während der Kindheit sind weniger ungewöhnlich als solche im höheren Alter. Das Rectum ist in 98% zuerst und am stärksten betroffen. Ein Übergreifen auf proximale Darmabschnitte ist möglich. Ebenso kann die letzte Ileumschlinge in den Krankheitsprozeß mit einbezogen werden (backwash ileitis). Segmentäre Formen, die weder Coecum noch Rectum befallen, sind äußerst selten. Die gelegentliche Häufung von ulcerösen Colitiden in einer Familie spricht für das Vorhandensein genetischer Faktoren bei der Auslösung der Krankheit. Gesicherte genetische Beziehungen bestehen auch zur Enterocolitis regionalis CROHN. "Er unterscheidet grundsätzlich zwischen leichteren Formen mit vorwiegender Rectosigmoiditis im Gegensatz zur schwer verlaufenden oder fulminanten totalen Colitis (toxisches Megacolon). Leitsymptome sind blutig-schleimige Durchfälle und Tenesmen.

In MURRAYs historischer Arbeit über 12 Patienten finden sich als hervorstechende Merkmale Ängstlichkeit, emotionale Unreife und Infantilität. Im übrigen wird aber die Bedeutung auslösender, emotional belastender Situationen stärker betont.

1938 veröffentlichte WITTKOWER Persönlichkeitsstudien von Colitis-Patienten. Er untersuchte unausgewählt 15 Männer und 26 Frauen in zwei oder drei psychiatrischen Interviews. Auf eine Kontrollgruppe verzichtete er bemerkenswerterweise mit dem Hinweis auf die so eindeutige Psychopathologie der Patienten. Er fand einen deutlichen Zusammenhang zwischen belastenden Lebenssituationen und

Auslösung, Wiederkehr und Verschlechterung der Krankheiterscheinungen. Nach ihren psychischen Charakteristika, die schon in der Kindheit zu erkennen waren, teilt er die Patienten in drei Gruppen ein:

- 1) die Zwanghaften, die durch Gewissenhaftigkeit, Ordentlichkeit, übertriebene Sorgfalt und Sauberkeit charakterisiert sind,
- 2) die Hysteriker mit den Eigenschaften emotionale Labilität, Gefühlsausbrüche, Infantilität, Egozentrik und Suggestibilität,
- 3) eine weniger klar definierte Gruppe bestehend aus Schizothymen und Depressiven.

Gruppe 1 und 2 überschneiden sich beträchtlich, über die Hälfte der Patienten zeigen zwanghafte Züge, außerdem fand sich psychosexuelle Unreife in zwei Dritteln der Patienten. Er vergleicht seine Probanden mit den Fällen von ALEXANDER, die unter funktioneller Diarrhoe litten und als fordernd, besitzergreifend geschildert wurden, was zu Schuldgefühlen ihrer Umgebung gegenüber und in deren Folge zu Durchfällen geführt haben soll. WITTKOWER erscheint die Colitis als ein nur quantitativ verstärktes Phänomen im Vergleich zu diesen Fällen mit Diarrhoe.

Eine umfangreiche Übersicht über die bis zu diesem Zeitpunkt entstandenen Arbeiten, Details eigener Forschungen und den Entwurf einer psychosomatischen Entstehungshypothese gibt ENGEL im Jahre 1955. Er betont ganz entschieden, daß psychologische Beobachtungen allein nicht den Anspruch erheben können, von ätiologischer Bedeutung zu sein, sondern versucht nur die Bedingungen zu untersuchen, die zur Entwicklung der Colitis ulcerosa beitragen, eventuell sogar dazu notwendig sein können, aber nicht hinreichend für sie sind. Er referiert 44 Arbeiten mit Daten über mehr als 700 Patienten, sowie 39 eigene Fälle. Als wichtigstes Ergebnis von psychoanalytisch orientierten Langzeitstudien erscheint ihm die Feststellung, daß die hauptsächlich psychodynamischen Konstellationen der klinischen Mani-

festation einer Colitis ulcerosa lang vorausgehen, also ein Argument gegen die Theorie der sekundären psychischen Veränderungen durch den chronischen Krankheitsverlauf. Zur Persönlichkeitsstruktur gibt er aus der zusammengefaßten Literatur folgenden Merkmalskatalog an: zwanghafte Charakterzüge, Sauberkeit, Pünktlichkeit, Ordentlichkeit, Gewissenhaftigkeit, Unentschiedenheit, Beharrlichkeit und Konformität. Außerdem Zurückhaltung im affektiven Bereich, Überintellektualisierung, strenge moralische Grundsätze, Pedanterie im Sprachlichen, vermeiden "schmutziger" Ausdrücke, einen mangelnden Sinn für Humor, zwanghaftes Grübeln und Schüchternheit. Bemerkenswert scheinen ihm aber auch die Abweichungen von diesem Stereotyp: einige Patienten seien offensichtlich ungepflegt, unordentlich, schmutzig und einige davon wiederum psychotisch. Manche Patienten seien aufsässig, querulant, anspruchsvoll und provokant, aber klar gerichtete Aggressionen und deutliche Ausbrüche von Wut seien ungewöhnlich. Einem Teil der Autoren fiel noch die extreme Empfindlichkeit der Patienten auf, ihre äußerst feine Wahrnehmung für Feindseligkeit und Ablehnung durch andere. Als "unreif" werden sie von allen Untersuchern dargestellt, vor allem wegen ihrer Abhängigkeitstendenzen, ihrer geringen Frustrationstoleranz, ihrer geringen Verantwortungsbereitschaft und ihrer sexuellen Unreife. Einige geben sich auch den Anschein von Energie, Ehrgeiz und Effektivität, unter dem sich dann Insuffizienzgefühle verbergen. In Anbetracht der vorwiegend impressionistischen Schilderung der obigen Merkmale, gibt ENGEL selbst Zahlen für das Vorkommen bestimmter Züge bei seinen Patienten: 26 von 27 Patienten waren zwanghaft, keiner hatte aber eine richtiggehende Zwangsneurose und die Züge zeigten ein deutliches Nachlassen während der Krankheitsattacken, 23 von 25 waren angepaßt, nachgiebig, versuchten einen guten Eindruck zu machen, waren sehr empfindlich, vermieden direkte Forderungen und hatten eine niedrige Selbsteinschätzung. Trotz der