

Die chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Colitis ulcerosa und Morbus Crohn

Die chronisch – entzündlichen Darmerkrankungen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa sind durch eine, in akuten Schüben verlaufende, geschwürige Entzündung der Darmschleimhaut charakterisiert, die bei der Colitis ulcerosa auf den Dickdarm beschränkt ist, beim M. Crohn aber den ganzen Magen-Darm-Trakt befallen kann.

Meist tritt die Erkrankung mit einem akuten entzündlichen Schub in Erscheinung. Der weitere Verlauf ist dann sehr individuell verschieden, wobei in unterschiedlichen Zeitabständen immer wieder akute Schübe auftreten können. Prinzipiell begleiten die Erkrankungen die Betroffenen ihr Leben lang und sind somit Teil ihrer Biografie.

Colitis ulcerosa

Charakteristischerweise beginnt die Entzündung der Darmschleimhaut im Enddarmbereich und kann dann kontinuierlich fortschreitend, den ganzen Dickdarm befallen, wobei es unterschiedliche Verteilungsmuster gibt, deren Zustandekommen nicht geklärt ist.

Vom Befallsmuster werden die Proktitis, die Linksseitencolitis mit Befall bis zur linken Flexur und die ausgedehnte, den gesamten Dickdarm befallende Colitis ulcerosa unterschieden.

Die Colitis ulcerosa tritt vornehmlich zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr mit einem Häufigkeitsgipfel um das 21. Lebensjahr auf, kann aber prinzipiell in jedem Lebensalter auftreten. Ca. 50-200 Menschen von 100.000 Einwohnern sind von der Erkrankung betroffen. Die Tendenz ist gleich bleibend. Es besteht weltweit und in Europa ein deutliches Nord-Süd-Gefälle.

Krankheitssymptome

Die Erkrankung beginnt im akuten Schub meist sehr plötzlich mit blutigen, schleimigen Durchfällen, die auch des Nachts auftreten. Die Zahl der Entleerungen beläuft sich nicht selten über 20 Mal in 24 Stunden. Häufig bestehen krampfartige Bauchschmerzen, die nach dem Stuhlgang besser werden. Plötzlicher massiver Stuhldrang und die Unmöglichkeit den Stuhl länger zu halten, führt zu einem charakteristischen Verhaltensmuster der Patienten. Sie vermeiden Orte, bei denen sie nicht sicher sind, dass sich in unmittelbarer Nähe eine Toilette befindet. Für die Betroffenen bedeutet dies eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität und Lebensgestaltungsmöglichkeit.

Im akuten Schub bestehen oftmals Temperaturen, vornehmlich am Abend. Auch kann ein so genanntes Erythema nodosum – bläulich-rötliche Knoten meist im Bereich der Schienbeine – den akuten Schub begleiten. Schmerzhafte Gelenkentzündungen, entzündliche Veränderungen der Gallenwege in der Leber, der Bauchspeicheldrüse oder auch eine Augenbeteiligung kann bei der Colitis ulcerosa zusätzlich auftreten.

Ein immer wieder zu beobachtendes Phänomen ist, dass die Patienten über eine erstaunliche Vitalität verfügen und trotz massiven Durchfällen, mit dadurch auch meist erheblich gestörter Nachtruhe, Schmerzen und erhöhten Temperaturen, immer noch versuchen ihrer Arbeit und Aufgaben nachzugehen.

Der Krankheitsverlauf ist sehr individuell verschieden. Allgemein kann festgestellt werden, dass etwa bei der Hälfte der Patienten die Erkrankung intermittierend verläuft. D.h. Phasen der Remission, der Ruhe der Erkrankung, werden durch akute entzündliche Schübe unterbrochen. Bei der anderen Hälfte muss die Erkrankung mit entzündungshemmenden Medikamenten dauerhaft behandelt werden.

Die Erkrankung ist nicht heilbar. Sie begleitet den Patienten sein Leben lang. Lediglich die Operation mit totaler Entfernung des Dickdarmes führt zu einem Ende des Entzündungsprozesses.

Komplikationen

Gefürchtete aber seltene Komplikationen sind das so genannte toxische Megacolon, eine Lähmung und Aufweitung des Dickdarms mit Auflösung der Schleimhautgrenze und nachfolgendem Übertritt von Giftstoffen aus dem Darm in das Blut, der Darmdurchbruch, eine massive unstillbare Blutung. Bei diesen Komplikationen ist eine sofortige operative Versorgung meist unumgänglich.

Weitere Komplikationen, die vor allem nach längerem Verlauf auftreten können sind Eine durch Narbenbildung bedingte Schrumpfung und Einengung des Darmes, sowie die Entwicklung des Darmkrebses.

Ursache

Die Ursache der Colitis ulcerosa ist bis heute nicht geklärt. Ein genetischer Einfluss - wie auch Umwelt- und Lebensstilfaktoren werden als wahrscheinlich angesehen.

Das vermutete Grundprinzip für die Entwicklung einer Colitis ulcerosa wird in einer Barrierestörung der Schleimhautgrenze und in einer immunologischen entzündlichen Fehlregulation gegenüber der normalen Darmflora gesehen.

Morbus Crohn

Der Morbus Crohn ist durch eine chronische, alle Darmwandschichten erfassende Entzündung charakterisiert. Er kann alle Abschnitte des Mund-Magen-Darmtraktes befallen, wobei typischerweise der Befall vornehmlich segmental, d.h. lokal begrenzt in verschiedenen Darmabschnitten und nicht kontinuierlich auftritt. Bevorzugt ist der letzte Teil des Dünndarms, das terminale Ileum, mit betroffen. Die Art der Entzündung führt zur Verdickung der gesamten Darmwand mit Einengung, so dass die Stuhlpassage beeinträchtigt wird.

Verklebungen mehrerer befallener aneinander liegender Darmschlingen, sowie Fisteln und Abszesse können durch die Wandübergreifende Entzündung entstehen.

Der Morbus Crohn tritt vornehmlich zwischen dem 15. und 40. Lebensjahr mit deutlichem Gipfel um das 20. Lebensjahr in Erscheinung. Prinzipiell kann er aber in jedem Lebensalter auftreten. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer. Ca. 30 – 90 Menschen von 100.000 Einwohnern sind betroffen mit ansteigender Tendenz, insbesondere in den industrialisierten Ländern.

Krankheitssymptome

Die Symptome des akuten Schubes sind unterschiedlich, je nach Lokalisation der Entzündung im Magen-Darm-Trakt. Meistens stehen heftige krampfartige Bauchschmerzen im Zusammenhang mit dem Stuhlgang oder auch dem Essen im Vordergrund. Ist auch der Dickdarm, insbesondere die enddarmnahen Abschnitte mit befallen, so bestehen auch Durchfälle mit Blut und Schleim Beimengungen. Fieber und Gewichtsabnahme sind weitere die Entzündung begleitende Symptome. Zudem können Fisteln und Abszesse auftreten.

Wie bei der Colitis ulcerosa können Entzündungen im Bereich der Gelenke, der Gallenwege, der Bauchspeicheldrüse, der Augen, den M. Crohn begleiten. Auch eine Häufung mit dem Morbus Bechterew, eine zu dem rheumatischen Formenkreis gehörende Erkrankung, und mit Nierensteinen findet sich beim M. Crohn.

Der Krankheitsverlauf ist individuell. Manche Patienten haben einmalig einen akuten Schub, werden eventuell sogar operiert und haben dann jahrzehntelang keinerlei Krankheitssymptome mehr. Bei anderen Patienten bleibt der entzündliche Schub, trotz entzündungshemmender Maßnahmen, aktiv. Dazwischen gibt es alle Varianten.

Im Allgemeinen nimmt die Aktivitätsintensität mit dem Alter ab. Eine Heilung der Erkrankung ist nicht möglich, auch nicht durch eine Operation.

Komplikationen

Komplikationen, die zu einem raschen operativen Vorgehen zwingen sind beim M. Crohn in erster Linie Engstellungen des Darmes, die zu einem Darmverschluss führen und der Darmdurchbruch. Aber auch Abszesse und Fisteln müssen des Öfteren operativ behandelt

werden. So ist die Wahrscheinlichkeit der an M. Crohn erkrankten Patienten, im Laufe ihres Lebens operiert werden zu müssen, recht groß. Man schätzt sie auf 75%

Ursache

Die Ursache des m. Crohn ist bis heute nicht geklärt. Als wahrscheinlich wird der Einfluss genetischer- wie auch Umweltfaktoren angesehen. Für den genetischen Einfluss spricht die familiäre Häufung, insbesondere bei eineiigen Zwillingen von 50-60%, gegenüber ca. 4 % bei zweieiigen Zwillingen.

Umweltfaktoren, die mit einem erhöhten Risiko an M. Crohn zu erkranken einhergehen sind ein hoher Hygienestandard in der Kindheit mit selteneren Infektionen. Auch das Rauchen ist ein Risikofaktor, auch im Hinblick auf den Verlauf der Erkrankung. Hoher Zuckerkonsum, wie auch gehärtete Fette werden als Risikofaktoren eingestuft.

Psychische Faktoren, wie Stress, seelische Belastung haben bei manchen Patienten einen Einfluss auf den Krankheitsverlauf, weniger auf die Auslösung.

Diagnose der CED

Die Sicherung der Diagnose erfolgt durch die Spiegelung des Dickdarms und des letzten Teils des Dünndarms, wobei Gewebeentnahmen zur feingeweblichen, histologischen Untersuchung entnommen werden. Die Colitis ulcerosa wird hierdurch immer sicher diagnostiziert.

Lediglich in den seltenen Fällen, in denen der M. Crohn den Dickdarm und das terminale Ileum nicht befallen hat, entgeht er der Aufdeckung. Um den Befall im insgesamt 5 m langen Dünndarm aufzuzeigen wird eine Kernspinnuntersuchung mit spezieller Kontrastmittelfüllung des Dünndarms durchgeführt. Hierbei können auch Fisteln mit aufgedeckt werden.

Eine wichtige Methode auch zur Beurteilung des Verlaufes des Darmbefalls der Erkrankung ist, in der Hand des erfahrenen Untersuchers, die Sonografie.

Weiterhin wichtig, insbesondere zur Beurteilung der Schwere der Erkrankung, sind Blutuntersuchungen. Neben dem Blutbild, den Entzündungsparametern, den Elektrolyten, den Leber- und Nierenwerten sind auch das Speichereisen und die Spurenelemente wie Zink und Selen, sowie insbesondere wenn ein Befall des terminalen Ileums vorliegt, Vitamin B12.

Therapie der Chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen

Die Therapie der naturwissenschaftlich orientierten Medizin ist vornehmlich auf die **Unterdrückung** der Entzündungsvorgänge ausgerichtet. Entsprechend ist die Behandlung sowohl der Colitis ulcerosa als auch des M. Crohn mit entzündungshemmenden Mitteln nahezu gleich. Neben der 5-Aminosalicylsäure (5-ASA) kommt dabei vor allem dem Cortison eine entscheidende Bedeutung zu. Gelingt es damit nicht den entzündlichen Schub erfolgreich zu behandeln, so werden stärkere, die körpereigene Abwehr unterdrückende, Medikamente eingesetzt. War die Unterdrückung der Entzündung erfolgreich, so wird bei der Colitis ulcerosa eine Dauertherapie mit 5-ASA, bei Unverträglichkeit, mit Mutaflor, durchgeführt. Beim M. Crohn ist eine entsprechende Dauertherapie nicht hilfreich.

Gemeinsamkeiten und Unterschiede

Beide Erkrankungen haben etliche Gemeinsamkeiten:

- Sie zeigen einen chronischen Verlauf mit intermittierenden akut entzündlichen Schüben
- Sie treten gehäuft um das 20. Lebensjahr auf
- Ihre Ursache ist letztlich nicht geklärt, obwohl beide eine Störung im Zusammenwirken der Darmflora mit dem Abwehrsystems an der Schleimhaut aufweisen
- Sie begleiten den Patienten sein Leben lang und sind so Teil seiner Biografie, da es keine endgültige Heilungsmöglichkeit gibt.
- Bei beiden Erkrankungen ist die rhythmische Funktion des Darmes aufgehoben.

- Beide Erkrankungen sind entzündlich und neigen im chronischen Verlauf zur Verhärtung.
- Sie können mit extraintestinalen Manifestationen einhergehen

Neben den Gemeinsamkeiten bestehen erhebliche, teils polare Unterschiede:

Colitis ulcerosa	M. Crohn
ist auf den Dickdarm beschränkt	Befällt den gesamten Mund-Magen-Darm-Trakt
Die Entzündung und Geschwüre sind oberflächlich auf der inneren Schleimhaut	Die Entzündung betrifft alle Wandschichten, vornehmlich die mittlere Schleimhautschicht
Imponiert zunächst durch eine Auflösungsstendenz der Schleimhaut	Zeigt schon zu Beginn, in der Stenosebildung, eine Verhärtungstendenz
zeigt einen kontinuierlichen Befall, mit Beginn im Enddarm, aufsteigend bis zum Übergang zum Dünndarm	zeigt einen diskontinuierlichen Befall, oft mit Beginn im terminalen Ileum und fortschreitend über den Dünn- und Dickdarm
Leitsymptom ist der blutig-schleimige Durchfall	Leitsymptom ist der Schmerz
Die Patienten befinden sich, auch im akuten Schub, oft noch in einem erstaunlich guten Allgemeinzustand	Schon früh ist der Allgemeinzustand erheblich reduziert

Anthroposophische Medizin

Während die naturwissenschaftlich orientierte Medizin ihr Augenmerk mehr oder weniger ausschließlich auf die objektive Befundseite und die entzündliche Aktivität, d.h. auf die Ebene der materiellen Vorgänge lenkt und die Therapie danach ausrichtet, werden in der Anthroposophischen Medizin darüber hinaus auch die Lebensvorgänge, die sich in den Krankheitsprozessen und der Krankheitsgestik ausdrücken, und die individuelle seelische und geistige Dimension der Patienten mit einbezogen.

Die Anthroposophische Medizin ist somit keine Alternative zur Schulmedizin, sondern sie erweitert diese um die seelisch-geistige Seinsebene des Menschen und Gedanken zu den Krankheitsprozessen, die auf Beobachtungen der Gesetzmäßigkeiten des Lebendigen beruhen.

Gesetzmäßigkeiten der Ebene des Physischen und des Lebendigen

Betrachtet man die Ebene des Physischen so zeigt sich:

- Sie ist geprägt durch Substanz und Form.
- Sie repräsentiert das Gewordene.
- Sie unterliegt der Schwerkraft.
- Es gelten Maß, Zahl und Gewicht.
- Sie wird erforscht durch Analyse und Untersuchung der Teile
- Sie bildet den Raum

Die Beobachtung der Ebene des Lebendigen dagegen offenbart:

- Sie ist geprägt durch Prozesse und Bewegung.
- Sie bildet Substanzen und Formen.
- Sie repräsentiert das Werdende.
- Sie wirkt der Schwerkraft entgegen.
- Sie integriert die Stoffe in eine dynamische Ganzheit.
- Sie kann nicht durch Analyse und Untersuchung der Teile erforscht werden.
- Sie wirkt in der Zeit.

Die Beobachtung der Gesetzmäßigkeiten im Physischen und Lebendigen zeigt deutlich polare Charakteristika.

Prozesse des Lebendigen

Betrachtet man nun die Prozesse des Lebendigen genauer, so zeigt sich, je intensiver die Lebensprozesse wirksam sind, desto stärker treten Wachstum und Stoffbildung in Erscheinung. Man denke nur an das Frühjahr, wenn die Lebensprozesse in der Natur erwachen und eine unglaubliche Substanzbildung und Wachstum zu beobachten ist. Andererseits beobachten wir, dass, wenn sich die Lebensprozesse abschwächen, wie z. B. im Herbst, das Wachstum und Substanzbildung in der Natur nachlässt und vermehrt die Formen dominieren. Den Aufbaukräften des Frühjahrs stehen Abbau- und Verhärtungskräfte im Herbst gegenüber.

Man kann das auch in den verschiedenen Klimazonen der Erde beobachten. Während in den Tropen intensive Lebensprozesse mit enormer Stoffbildung und Wachstum zu beobachten sind, zeigt sich in den Polen oder im Gebirge eine verstärkte Formgebung, bei geringerer Substanzbildung.

Auch im Menschen findet man diese unterschiedlichen Prozesse. Überall dort, wo Stoffwechsel- und Aufbaukräfte wirksam sind, wirken die Lebensprozesse intensiv. Dies findet im Stoffwechselsystem statt, das vornehmlich im Bauchraum lokalisiert ist. Im Nerven-Sinnessystem, mit vornehmlicher Lokalisation im Kopfbereich, dagegen sind die Stoffwechselvorgänge reduziert. Dafür findet man aber dort eine ausgeprägte Struktur- und Formbildung.

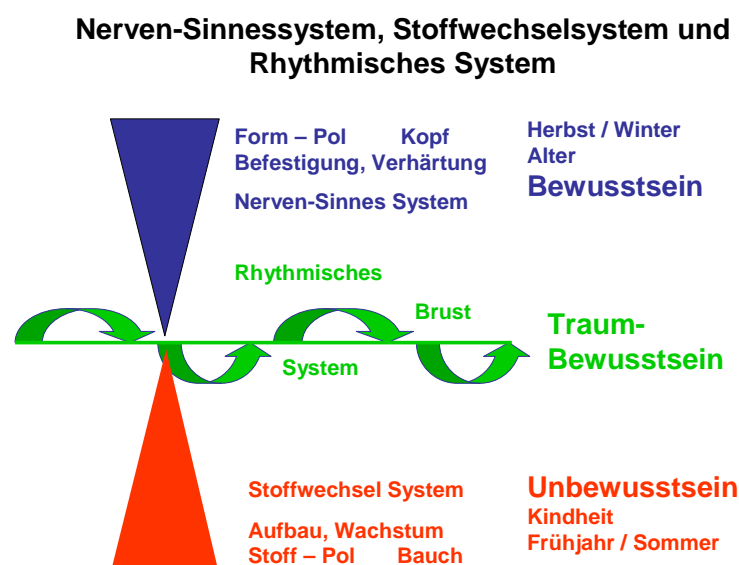
Auch im Lebenslauf kann man in der frühen Kindheit die Dominanz der Aufbaukräfte und im Alter dagegen die zunehmende Formbildung und Verhärtungstendenz bei einem Rückgang der Stoffwechselkräfte beobachten.

Bewusstsein und Unbewusstsein

Dabei kommt nun ein weiteres hinzu, wenn das Bewusstsein mit einbezogen wird.

Bewusstsein ist an das Nerven-Sinnessystem gebunden und kann sich dort entfalten, wo die Lebensprozesse sich zurückgezogen haben. In dem Stoffwechselsystem dagegen wird es von den Lebensprozessen übertönt und gleitet in das Unbewusstsein ab.

Zwischen den beiden Polen des Nerven-Sinnessystems einerseits und dem Stoffwechselsystem andererseits ist ein dritter Bereich zu beobachten, der zwischen den beiden vermittelt und in dem vornehmlich die rhythmischen Prozesse dominieren. Es ist dies das Rhythmische System, das vorzugsweise im Brustkorb konzentriert ist.



Der im allgemeinen Sprachgebrauch als „Kopfmensch“ bezeichnete, handelt vornehmlich bewusst und überlegt, während der „Bauchmensch“, polar dazu, dem unbewussten „Bauchgefühl“ folgt.

Die Krankheitsgestik der chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

Der organische Befund zeigt die Krankheitsgestik auf der physischen Ebene.

Bei der Colitis ulcerosa ist der Befund mehr an der Oberfläche gelegen und nach Außen gerichtet. Er zeigt eine die Schleimhaut auflösende Gestik.

Bei dem M. Crohn ist der Befund mehr nach Innen gerichtet. Dies veranschaulicht der Befall des Dünndarms, vorzugsweise des terminalen Ileums, des mittleren Bereichs des Magen-Darm-Traktes und die Lokalisation der Entzündung in der mittleren Schicht der Schleimhaut. Die Gestik ist eher ein Festhalten und Verhärtung als Auflösung.

Auf der Ebene der Symptome dominieren bei der Colitis ulcerosa die blutigen Durchfälle, die wiederum eine Gestik des „Sich Verlierens“ und der Auflösungstendenz ausdrücken. Beim M. Crohn dagegen steht der krampfartige Schmerz im Vordergrund, der ein Ausdruck des „Festhaltens“ und der Steigerung des Bewusstseinspols ist.

Bei der Colitis ulcerosa sind zu wenig Abgrenzungs- und Strukturbildungsprozesse vorhanden. D.h. die Prozesse des Nerven-Sinnessystem sind nicht genügend anwesend mit der Folge, dass das Stoffwechselsystem übermäßig seine Prozesse entfaltet. Beim M. Crohn dagegen sind die Prozesse des Nerven-Sinnessystem zu stark mit der Folge der Verhärtung und Bewusstseinsbildung an falscher Stelle, wofür die Schmerzwahrnehmung Ausdruck ist.

Seelisch-geistige Konstitution

Betrachtet man die seelisch-geistige Konstitution der Patienten mit Colitis ulcerosa und M. Crohn, so zeigen sich, hinsichtlich der Emotionalität, dem Verhalten und der Führung und Gestaltung der Biografie, auffällige, wiederum polare Unterschiede. Diese werden allerdings merkwürdigerweise undeutlich, wenn der M. Crohn ähnlich der Colitis ulcerosa einen Befall vornehmlich des Dickdarms zeigt.

Die an Colitis ulcerosa erkrankten Patienten sind eher extrovertiert. Sie sind im Allgemeinen sehr offen, gerne zum Gespräch bereit. Sie suchen ein von Harmonie geprägtes Umfeld und können Konflikte schwer ertragen. Eigene Bedürfnisse werden zum Erhalt der Harmonie zurückgestellt. Es fällt ihnen schwer alleine zu sein. Sie suchen enge Bezugspersonen, die ihnen Orientierung geben können und im Elternhaus oder in der Partnerschaft gefunden werden. Die Ansprüche an die eigene Leistung werden sehr hoch gestellt. Die Vorstellung die gesetzten Erwartungen nicht zu erfüllen, verursacht Ängste und emotionale Ohnmachtsgefühle. Gegenüber von Außen kommenden unerwarteten Einwirkungen können sich die Patienten weniger gut behaupten.

Patienten mit M. Crohn sind dagegen eher introvertiert. Sie sind weniger offen, wirken skeptischer und verschlossener. Sie sind eher Einzelgänger und suchen weniger die Gemeinschaft. Sie sind vornehmlich „Kopfmenschen“ die selbstbewusst sind und verstärkt versuchen mit Bewusstsein alles zu durchdringen, zu analysieren und zu verstehen.

Zusammenfassend kann man konstatieren, dass Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen interessanterweise somit auch eine Gestik in ihrer seelisch-geistigen Konstitution zeigen, die ähnlich der Gestik der Befunde und Symptome ist.

Patienten mit Colitis ulcerosa charakterisiert ein vermehrtes sich öffnen und nach Außen wenden. Sie sind extrovertiert. Es fällt ihnen schwer sich gegenüber dem Äußeren zu behaupten. Die M. Crohn Patienten dagegen schließen sich eher von dem Außen ab. Sie sind introvertiert und selbstbestimmt.

Die Colitis ulcerosa Patienten sind seelisch zu sehr in der Welt und drohen den Bezug zu sich selbst zu verlieren. Die M. Crohn Patienten sind seelisch zu sehr bei sich selbst und drohen den Bezug zur Welt zu verlieren.

Durch die vermehrte Hinwendung auf das äußere Umfeld in Wahrnehmung und Bewusstsein bei der Colitis ulcerosa, ist das Nerven-Sinnessystem weniger auf den Leib gerichtet und die Prozesse des Stoffwechselsystems werden nicht ausreichend strukturiert und begrenzt und neigen zur Neubildung und Auflösung. Umgekehrt ist es beim M. Crohn, bei dem die Wahrnehmung, das Bewusstsein, d.h. die Nerven-Sinnesprozesse, stärker auf den eigenen Leib gerichtet sind und so die Stoffwechselprozesse eine vermehrte Begrenzung und Verhärtung erfahren und zudem eine vermehrte Eigenwahrnehmung auftritt.

Dies eröffnet für die Therapie einen weiteren und neuen Ansatz, der sich primär an den individuellen Patienten und seine seelisch-geistige Dimension wendet.

Therapieansatz

Es wurde schon darauf hingewiesen, dass in der klassischen, naturwissenschaftlich orientierten Medizin, die Therapie lediglich eine Hemmung der entzündlichen Aktivität bewirkt. Dieser Ansatz ist symptomatischer Natur und kann im akuten Schub hilfreich sein. Er bezieht sich aber nur auf die Befundsituation und nimmt keine Rücksicht auf die Besonderheit des einzelnen Patienten.

Dazu ergeben sich nun weitere Therapieoptionen, die die Ebene der Lebensprozesse und der seelisch-geistigen Dimension der einzelnen Patienten berücksichtigen. Je nach Krankheitsaktivität haben die Therapien dabei eine unterschiedliche Gewichtung.

Bei akutem Schub und starker Entzündungsaktivität wird die schulmedizinische, leitliniengerechte Behandlung im Vordergrund stehen und die anderen Therapien begleitend sein. Im schubfreien Intervall dagegen können die Therapien besonders wirksam sein, die die Eigenaktivität der Patienten ansprechen.

Auf den Bereich der Lebensvorgänge wirken Medikamente der Naturheilkunde, der Homöopathie und Anthroposophischen Medizin. Hierbei kommt es nicht nur auf die stoffliche Zusammensetzung der Pflanze oder der Mineralien an, sondern auch auf die Gestik, die diese im Naturzusammenhang zeigen. So kann bei der Colitis ulcerosa die ungenügende innere Abgrenzung und Strukturbildung, mit zu starker Auflösungsstendenz, beispielsweise durch die Wurzel der Nelkenwurz und besonders durch Quarz oder Antimon unterstützt werden. Beim M. Crohn kann die verstärkte Nerven/Sinnesaktivität im Stoffwechselbereich, z.B. durch Nikotiana tabacum, sowie grundlegend durch Kupfer abgemildert werden. Eine Vielzahl von Medikamenten steht dabei in der Anthroposophischen Medizin zur Verfügung, die unter diesen Aspekten eingesetzt werden können.

Zu erwähnen sind noch lokale Maßnahmen, die die Heilungsvorgänge unterstützen. Hierzu gehören beim M. Crohn, wenn er, wie es häufig geschieht, den Analbereich mit befällt, z.B. Sitzbäder mit Eichenrinde, oder auch Kamille.

Bei der Colitis ulcerosa haben sich Klysmen mit Haferschleim und Lebertran bewährt.

Neben der medikamentösen Behandlung haben dabei nun auch die künstlerischen Therapien, die Heileurythmie und die Gesprächstherapie einen hohen Stellenwert.

Kunsttherapie

Hierbei ist der Patient selbst eigenaktiv tätig und arbeitet dabei an seiner Konstitution.

Das **Plastizieren** mit Ton, bzw. auch das Töpfern, stärkt bei der Colitis ulcerosa die Struktur- und Grenzbildenden Kräfte. Beim M. Crohn wird man eher durch das **Malen**, oder vor allem auch durch **Musiktherapie** erreichen, dass sich die verhärtenden, nerven-sinnesartigen Kräfte aus dem Stoffwechselbereich lösen und eine, im wahren Sinne des Wortes, innere Umstimmung erfolgt.

In der **Heileurythmie** schließlich ist eine vorzügliche Therapie gegeben, in der direkt auf die Lebenskräfteorganisation gewirkt wird. In der konsequenten wiederholenden Ausübung bestimmter Lautbewegungen kann nachhaltig die Konstitution beeinflusst werden und eine Entwicklung erfahren, so dass die Patienten sich seelisch und körperlich in einer neuen „Mitte“ erleben.

Eine weitere Hilfe können die Patienten in einer **Gesprächstherapie** erfahren. Sie lernen sich in einer objektiveren Art kennen und können mit Hilfe bestimmter seelischer Übungen ihre seelische Konstitution fördern und entwickeln.

Ernährung

Eine spezifische Diät gibt es für diese Erkrankungen nicht. Dennoch sollte der Ernährung Aufmerksamkeit gezollt werden. Relativ häufig wird, vor allem während der Entzündungsphase, eine Unverträglichkeit gegenüber Milchzucker beobachtet, weshalb ein diesbezüglicher Auslassversuch sinnvoll ist. Auch eine vermehrte Histaminkonzentration im Darm ist nicht selten und führt zu krampfartigen Bauchschmerzen, Blähungen, Durchfall, bzw. wechselndem Stuhl. Um einen Einfluss einer Histaminintoleranz auf die Beschwerdesymptomatik zu erkennen, sollte deshalb eine Reduktion der Histaminhaltigen Nahrungsmittel versuchsweise vorgenommen werden.

Alkohol ist zu meiden, da der Alkohol die Grenzbildung der Schleimhaut negativ beeinflusst. Vermieden werden sollte generell der Zuckerkonsum. Dies ist für die Patienten oftmals schmerzlich, da gerade sie ein starkes Verlangen nach Süßigkeiten zeigen.

Im Prinzip sollte eine Ernährung angestrebt werden, die reich an Vitaminen und Spurenelementen, frei von künstlichen Zusatzstoffen, wie Konservierungsmittel und Geschmacksstoffen, vielseitig ist und reichlich Ballaststoffe enthält und den Organismus in der Verdauungstätigkeit fordert.

Doch auch in der Ernährung ist individuell vorzugehen. Man wird zunächst sehen müssen was der betreffende Patient verdauen kann. Je mehr die Entzündung im Vordergrund steht, desto weniger Verdauungskräfte stehen ihm zur Verfügung und entsprechend leichtverdaulich muss die Kost gewählt werden. Mit abklingendem Schub kann dann Schritt für Schritt versucht werden, diese in Richtung einer schlackenreichen Vollwerternährung zu erweitern.

Dr. med. Andreas Goyert

Weitere Ausführungen zu den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen

