

Die Fragen und Antworten

Warum gerade ich? – Warum bin ich nicht gesund wie die vielen „normalen“ Mitmenschen?

1

„Gesund, glücklich, zufrieden“ – das lesen wir in der Regel auf Glückwunschkarten, das erscheint aus der Sicht des Kranken „normal“. Wie vielen Menschen, die Sie besser kennen und denen Sie eine solche Selbstbeschreibung glauben, sind Sie schon begegnet? Selbst der philosophisch bewanderte Preußenkönig Friedrich II. („der Große“) nannte seinen Schlossneubau „Sanssouci“ („sorgen-frei“), Wunschtraum auch eines erfolgreichen Königs.

Die folgenden Antworten sollen sich nicht durch idealisierte Wunschvorstellungen leiten lassen, sondern durch die Normalität und die Realität des Krankenalltags. Aber nicht Resignation, sondern die ähnlichen Schicksalen entlehnte Kundigkeit leitet uns; meine Mitarbeiter und ich wollen die Ermutigung weitergeben, die ähnlich Betroffene aus gewonnenen Kämpfen geschöpft haben. Wir wollen Ihnen Wissen und Sicherheit weitergeben, die einen gelassenen Umgang mit der Krankheit erst ermöglichen.

Sie sind krank: Vielleicht gelingt es Ihnen, dies als eine Herausforderung anzusehen.

Sie leben in einem sozialen und immer noch wohlhabenden Rechtsstaat: Das bleibt eine Herausforderung an andere, auch an uns Ärzte, an das Reha-Team, an Sozialversicherungen und -politiker, an Nachbarn, Mitmenschen und Mitbürger. Das bewahrt Sie vor der Rolle des Verlierers, des Bettlers. Das begründet Rechte und auch berechnete Ansprüche, die Sie kennen müssen.

Ihr Leben mit Colitis ulcerosa, mit Morbus Crohn ist lebenswert. Ziehen Sie sich nicht zurück, leben Sie es nicht allein!

A. Fragen zur Häufigkeit dieser Krankheiten

2 Wie häufig kommt die Colitis ulcerosa vor?

In Deutschland derzeit ca. 50 Erkrankte auf 100 000 Einwohner („Prävalenz“) bei jährlich ca. 4-6 Neuerkrankungen („Inzidenz“). Weltweit beträgt die Prävalenz 80-230/100 000 und die Inzidenz 1,5-24,5/100 000. Diese Werte sind stabil für die Industrienationen, in den Entwicklungsländern beobachtet man jedoch einen deutlichen Anstieg. In Europa finden sich die höchsten Prävalenzraten in Nordeuropa (Nord-Süd-Gefälle). Insgesamt ist die Colitis ulcerosa häufiger als der Morbus Crohn.

3 Wie häufig kommt der Morbus Crohn vor?

Ca. 40 (30-90) Erkrankte auf 100 000 Einwohner („Prävalenz“) bei jährlich ca. 4-5 Neuerkrankungen („Inzidenz“).

4 Nimmt die Häufigkeit dieser Krankheiten zu?

Nach Anstieg der Inzidenz in den letzten Jahren zeigt sich in den Industrienationen jetzt eine Stabilisierung, in Entwicklungsländern ist jedoch eine Zunahme zu beobachten (► Frage 2). Zwar wird die Colitis ulcerosa in den letzten Jahrzehnten etwas seltener, der Morbus Crohn etwas häufiger diagnostiziert. – Das kann aber auch mit den verbesserten diagnostischen Möglichkeiten und den besseren Kenntnissen über den Morbus Crohn zusammenhängen, da man früher den Dickdarmbefall bei Morbus Crohn oft der Colitis ulcerosa zurechnete.

Eindeutig ist die Zunahme dieser Krankheiten – vor allem des Morbus Crohn – im Vergleich zur ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts.

Ist die Lebenserwartung durch die Colitis ulcerosa beeinträchtigt?**5**

Grundsätzlich nicht. Die Colitis ulcerosa ist keine Erkrankung, an der man stirbt. Allerdings gibt es auch sehr schwere Krankheitsverläufe und Komplikationen, die zu lebensbedrohenden Situationen führen können. Deshalb ist – statistisch gesehen – durch solche Krankheitsverläufe die Lebenserwartung von Colitis ulcerosa-Patienten geringfügig verkürzt.

Ist die Lebenserwartung durch Morbus Crohn beeinträchtigt?**6**

Grundsätzlich nicht. Der Morbus Crohn ist keine Erkrankung, an der man stirbt. Allerdings gibt es auch sehr schwere Krankheitsverläufe und Komplikationen, die zu lebensbedrohenden Situationen führen können. Deshalb ist – statistisch gesehen – durch solche Krankheitsverläufe die Lebenserwartung von Morbus Crohn-Patienten geringfügig verkürzt.

Wie viele Patienten mit Colitis ulcerosa oder Morbus Crohn betreut im Durchschnitt ein Allgemeinarzt in der Praxis?**7**

Im statistischen Mittel betreut ein Hausarzt einen Patienten mit chronisch-entzündlicher Darmerkrankung in seiner Praxis (im Vergleich zu ca. 80 Patienten mit Zuckerkrankheit). Seine „Erfahrung“ mit dieser Erkrankung wird also wesentlich vom Verlauf der Krankheit bei diesem einen Patienten geprägt.

B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn – Gemeinsames, Unterschiede

8 Was bedeutet eigentlich „Colitis ulcerosa“?

Der Begriff ist lateinisch und bedeutet „geschwürige Dickdarmentzündung“. Gleichbedeutend sind „(chronische) ulzeröse Kolitis“ und „Proctocolitis ulcerosa“. Es handelt sich um eine Krankheit, bei der (in einem bestimmten Stadium) die Dickdarmschleimhaut ohne erkennbare infektiöse oder physikalische Ursache innere Geschwüre bildet. Den Namen trägt die Krankheit auch in all ihren anderen Erscheinungsformen und auch während der erscheinungsfreien Intervalle.

9 Was bedeutet eigentlich „Morbus Crohn“?

„Morbus“ ist lateinisch und heißt „Krankheit“. Herr Dr. B. B. Crohn hat 1932 zusammen mit seinen Mitarbeitern L. Ginzburg und G. D. Oppenheimer diese Krankheit erstmalig und mit noch heute gültigen Beobachtungen beschrieben als „regionale Enteritis“ (= örtlich begrenzte Dünndarmentzündung). Gleichbedeutend werden auch die Bezeichnungen „(chronische) Ileitis terminalis“ und „granulomatöse“ Enteritis oder Ileitis verwendet. – Diese Begriffe leiten sich ab vom häufigsten Ort der chronischen Entzündung, dem Dünndarm (Enteritis) oder dem Endstück des Dünndarms (Ileitis) oder von einer typischen feingeweblichen (mikroskopischen) Veränderung, der Ausbildung entzündlicher Granulome (= Knötchen bestimmter Entzündungszellen).

10 Handelt es sich bei Colitis ulcerosa und Morbus Crohn um zwei unterschiedliche oder letztlich um dieselbe Krankheit?

Zwei unterschiedliche ähnliche Krankheiten. Die Ähnlichkeiten dieser beiden Krankheiten und die bis heute unbekannten Ursachen lassen diese Diskussion zwar nie ganz enden, aber die meisten Befunde und wissenschaftlichen Beobachtungen sprechen für die Trennung in zwei unterschiedliche Krankheitsbilder. Häufigkeitsbeobachtungen lassen vermuten, dass beiden Krankheiten eine gemeinsame Veranlagung zugrunde liegt. In den letzten Jahren konnten humangenetische Untersuchungen zeigen,

dass oft eine erbliche Veranlagung in Form einer Veränderung des NOD2/Card15-Genes auf Chromosom 16 und ggf. andere begünstigende Genveränderungen vorliegen. (➡ Frage 26)

Wie sicher kann man Colitis ulcerosa und Morbus Crohn unterscheiden?

11

In vielen Fällen sehr sicher. Wenn die Krankheit mit typischen Erscheinungen an der Darmschleimhaut einhergeht und einen typischen Verlauf zeigt, ist diese Unterscheidung bereits zu Krankheitsbeginn möglich. Bei einigen Patienten klärt sich die sichere Zuordnung erst im Verlauf, d.h. innerhalb von Monaten oder von einigen Jahren. Vor allem bei Patienten mit Morbus Crohn und ausschließlichem Dickdarmbefall wird anfangs oft eine Colitis ulcerosa diagnostiziert. Manchmal ergibt sich anlässlich einer Operation aus dem dabei entnommenen Darmgewebe eine sichere Zuordnung. Schließlich verbleiben einige wenige Patienten, bei denen die eindeutige Zuordnung auch nach Jahren noch nicht möglich ist („Colitis chronica indeterminata“ = nicht zuzuordnende chronische Dickdarmentzündung).

Wie bedeutungsvoll ist für den Erkrankten eine sichere Unterscheidung von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn?

12

Bezüglich der Therapie nahezu ohne Bedeutung. Die Behandlung richtet sich vorwiegend nach dem Befallsmuster (Dickdarm oder Dünndarm) und nach der Schwere des Schubes und der Begleiterscheinungen. Die diagnostischen Verfahren sind identisch. Es kommen bei der Colitis ulcerosa und beim Dickdarmbefall des Morbus Crohn mit wenigen Ausnahmen dieselben Medikamente zum Einsatz. Die rehabilitativen und sozialmedizinischen Konsequenzen sind gleich.

Lediglich für wenige langfristige Überlegungen hat die Unterscheidung Bedeutung: Ob auch im beschwerdefreien Intervall eine medikamentöse Langzeitbehandlung sinnvoll ist (➡ Frage 77), ob nach 10-jährigem Verlauf Kontrolluntersuchungen (Koloskopien) empfehlenswert sind (➡ Frage 63 und ➡ Frage 145) und ob bei der Notwendigkeit der Dickdarmentfernung (Kolektomie) eine Pouchoperation möglich ist (➡ Frage 117 und ➡ Frage 118). Auch bezüglich Beschwerdebild und Komplikationen gibt es Unterschiede (➡ Kapitel F).

13 Welche Untersuchungen soll man zur Unterscheidung von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn durchführen und wie oft soll man sie wiederholen?

Wenn bei der Erstdiagnose das Krankheitsbild nicht zweifelsfrei einer Colitis ulcerosa zuzuordnen ist, sollte auch der obere Verdauungstrakt auf Veränderungen im Sinne eines Morbus Crohn untersucht werden. Hierzu sind eine Ultraschalluntersuchung der Bauchorgane, eine Magenspiegelung und ggf. eine Röntgenuntersuchung des Dünndarms erforderlich (➡ Frage 59, ➡ Frage 60, ➡ Frage 64 und ➡ Frage 65). Die Dünndarmfunktion ist durch Laboruntersuchungen zu klären. Nach Fisteln (➡ Frage 48) muss gefragt werden. Offene Fistelöffnungen sollten Anlass zu weiterer Klärung geben.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung sind Untersuchungen allein mit dieser Frage nur sinnvoll, wenn sich daraus gut begründete Konsequenzen ergeben.

14 Worin bestehen Gemeinsamkeiten von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn?

Die genauen Krankheitsursachen sind unbekannt. Beide Erkrankungen sind selten. Endogene (genetische Veränderungen, autoimmune Reaktion, Schleimhautbarriere) und exogene (Infektion, bakterielle Darmflora) Faktoren scheinen bei beiden Erkrankungen eine Rolle zu spielen. Sie äußern sich beide meist als chronische Darmentzündungen mit den Hauptscheinungen Durchfall, Bauchschmerzen und Gewichtsabnahme. Gelenkschmerzen (und -schwellungen), Fieberschübe, Augen-, Haut- und Gallengangsentzündungen können begleitend hinzukommen. Beide Krankheiten verlaufen schubweise. Das Auftreten, die Häufigkeit und die Dauer von Schüben sind nicht vorhersehbar. Die Untersuchungsverfahren zur Feststellung der beiden Krankheiten sind identisch. Es kommen zur Behandlung überwiegend dieselben Medikamente in ähnlicher Dosierung zum Einsatz.

15 Worin bestehen Unterschiede von Colitis ulcerosa und Morbus Crohn?

Zum Zeitpunkt des Erstauftretens der Krankheit sind Morbus Crohn-Patienten durchschnittlich jünger und die ersten Schübe verlaufen schwerer. Demzufolge sind die psychischen und sozialen Belastungen oft einschneidender. – (Solche statistischen Daten sind für den einzelnen Betroffenen wenig bedeutsam!)

Anfangs stehen beim Morbus Crohn zumeist Fieber, Bauchschmerzen und Gewichtsabnahme im Vordergrund, Durchfälle können ein Leitsymptom sein, müssen es aber nicht. Bei der Colitis ulcerosa überwiegen Durchfälle, die zunehmend blutig werden. Das erkrankte Organ wird deshalb bei der Colitis ulcerosa schnell entdeckt, während Morbus Crohn-Patienten oft mehrjährige diagnostische Irrwege durchlaufen. Der unbekannte Morbus Crohn wird anfangs oft mit einer Appendizitis (= Wurmfortsatz-, „Blinddarm“-Entzündung) oder einer rechtsseitigen Eierstocksentzündung (Adnexitis) verwechselt oder es stehen Rücken- oder Gelenkschmerzen im Vordergrund.

Das Befallsmuster der Colitis ulcerosa beschränkt sich auf den Dickdarm. Beim Morbus Crohn ist zu Beginn zu über 50% das Dünndarmende (= terminales Ileum) (mit)befallen, in 5-10% können auch höhere Dünndarmabschnitte, Magen (2-3%) und Speiseröhre (<1%) beteiligt sein.

Die Schleimhautveränderungen bei der Colitis ulcerosa sind flächenhaft, zusammenhängend, betreffen (nur) die inneren Schichten der Darmwand, bluten leicht bei Berührung und schließen i.d.R. den Enddarm ein. Beim Morbus Crohn sind die Schleimhautveränderungen unregelmäßig über den Darm verteilt, betreffen auch tiefere Schichten und führen deshalb zu tieferen Geschwüren, zu Verdickungen und Vernarbungen der Darmwand, in deren Folge Verengungen („Stenosen“, ➡ Frage 41 und ➡ Frage 47) und Fisteln (➡ Frage 47 und ➡ Frage 48) auftreten können. Blutungen sind beim Morbus Crohn seltener.

Bei der Behandlung kommen beim Morbus Crohn häufiger Glukokortikoide („Kortison“) und Azathioprin (z. B. Imurek®, Azafalk®) zum Einsatz, wenn Darmabschnitte oberhalb des Dickdarms (mit)befallen sind. Wegen der Neigung zu Verengungen und zu Fisteln muss häufiger operiert werden.

Wie sicher kann man eine Colitis ulcerosa diagnostizieren?

16

Während eines Schubes sind die Schleimhautveränderungen sehr typisch und endoskopisch nicht zu übersehen. Da der Enddarm i.d.R. mitbefallen ist, zeigt bereits die Spiegelung der untersten Darmabschnitte (Proktoskopie, Sigmoidoskopie, ➡ Frage 59) den Befund. Röntgenologisch werden erst ausgeprägtere und fortgeschrittene Stadien nachweisbar. Blut- und Stuhluntersuchungen helfen, andere Krankheiten auszuschließen. Laborchemisch existieren allerdings bislang keine zuverlässigen und spezifischen Parameter sowohl zur Erstdiagnose als auch zur Verlaufskontrolle.

Gleich aussehende Schleimhautveränderungen werden allerdings auch durch eine Reihe bakterieller und viraler Infektionen, durch medikamentöse oder physikalische Schäden hervorgerufen, so dass beim Krankheitsbeginn die Abgrenzung von derartigen akuten Dickdarmentzündungen oft noch nicht möglich ist. Auch der feingewebliche (mikroskopische) Befund entnommener Darmpartikel ist gleichartig. Erst nach ca. 6-monatigem Krankheitsverlauf wird die Diagnose sicher („chronisch“!).

In beschwerdefreier Zeit (schubfreies Intervall, Remission) können die Schleimhautveränderungen so weit ausheilen, dass endoskopisch, röntgenologisch und feingeweblich (!) kein wesentlicher krankhafter Befund mehr nachweisbar ist. Die Diagnose ist damit nicht widerlegt, kann dann aber erst beim nächsten Schub gesichert werden.

17 Wie sicher kann man einen Morbus Crohn diagnostizieren?

Da das Endileum bei 75% der Erkrankten (mit)befallen ist, konzentriert sich die Diagnostik zunächst auf diesen Darmabschnitt. Oft ist bereits der verdickte und schmerzhafte Darmabschnitt im rechten Unterbauch tastbar. Die Ultraschalluntersuchung kann Hinweise geben und gewinnt einen zunehmenden Stellenwert in der Diagnostik auch bei der Suche nach Stenosen (entzündlich/narbig) und Fisteln. Zum Beweis der entzündlichen Veränderungen und zur Gewinnung von Gewebeproben zur mikroskopischen Untersuchung ist jedoch in der Regel die Ileokoloskopie (➡ [Frage 59](#)) erforderlich. Eine Röntgenuntersuchung des Dick- und /oder Dünndarms zeigt fortgeschrittene Darmwandveränderungen und kann bei der Suche nach Fisteln und beim Vorliegen höhergradiger Engstellen („Stenosen“) notwendig werden. Der feingewebliche (= mikroskopische) Befund kann sehr krankheitstypische Veränderungen zeigen („Granulome“), die allerdings auch bei intensiver Gewebeentnahme und Suche nur in ca. 40% der Fälle gesehen werden.

Auch die Schleimhautveränderungen des Morbus Crohn können durch bakterielle oder Virus-bedingte akute Entzündungen und durch einige Medikamente imitiert werden. Durch Blut-, Stuhl- und Gewebeuntersuchungen wird versucht, diese Krankheiten voneinander abzugrenzen. Letztlich geben erst der Krankheitsverlauf (länger als 6 Monate) und das Auftreten typischer Krankheitsveränderungen (Erkrankung zusätzlicher Darmabschnitte, Fisteln, Stenosen, Befunde von Operationspräparaten) diagnostische Sicherheit. Im Gegensatz zur Colitis ulcerosa bleiben viele Darmwandveränderungen beim Morbus Crohn auch im schubfreien Intervall nachweisbar.

Welche Organe werden betroffen?

18

Colitis ulcerosa: Der Enddarm (fast immer), zu 50% ausschließlich, der Dickdarm (häufiger links- als rechtsseitig), der Blinddarm (= Zökum), manchmal und wenig ausgeprägt auch der letzte Dünndarmabschnitt (das Endileum: „back wash ileitis“).

Morbus Crohn: Endileum (anfangs >50%, im Verlauf bis zu 90%), Dickdarm (ausschließlich in 15-35%), übrige Dünndarmabschnitte (5-10%), Magen (bis 5%), Speiseröhre (<1%) Mundschleimhaut („aphthöse Stomatitis“, ca. 7%), Fisteln (➡ Frage 48) am After (anfangs 16%, im Verlauf bis zu 40%), zur vorderen Bauchhaut, zur Harnblase, zur Gebärmutter oder Scheide, zum Gesäß, zur vorderen Innenseite des Oberschenkels. Die Prozentangaben variieren in den verschiedenen wissenschaftlichen Veröffentlichungen.

Die innere Mangelernährung kann beim Morbus Crohn

- zur Entstehung von Gallen- und Nierensteinen beitragen,
- die Aufnahme fettlöslicher Vitamine (u.a. Vitamin D) und von Kalziumsalzen vermindern mit der Folge einer mangelhaften Knochenverkalkung,
- die Aufnahme von Vitamin B₁₂ erschweren (Auswirkungen auf die Blutbildung und die Nerven),
- bei Kindern zu Wachstumsverzögerung führen.

Beide Krankheiten: Indirekte „Fern“-Wirkungen sind möglich an den Gelenken (Schmerzen, Schwellungen, „Arthritis“), am Auge (Regenbogen-, Lederhaut), an Haut und Unterhautgewebe („Pyoderma gangraenosum“, „Erythema nodosum“), an den Gallengängen („Primär sklerosierende Cholangitis“) (➡ Frage 50, ➡ Frage 51, ➡ Frage 53, ➡ Frage 54, ➡ Frage 56), verminderte Knochendichte (Osteoporose, Osteopenie) infolge Vitamin- und Kalziummangel.

C. Fragen zum Verlauf der Erkrankung

19 Geht die Krankheit irgendwann wieder weg?

Nein. Wenn die Diagnose zutreffend gestellt wurde (➡ Frage 16 und ➡ Frage 17), muss man von einer dauerhaften (chronischen Erkrankung) mit wiederholt auftretenden (rezidivierenden) Symptomen (Krankheitserscheinungen, i.d.R. Beschwerden) ausgehen. Allerdings gibt es beschwerdefreie Jahre und Intervalle, bei denen Colitis ulcerosa-Kranke manchmal auch frei von erkennbaren Veränderungen der Dickdarmschleimhaut sind. Ein Morbus Crohn kann trotz erkennbarer Veränderungen „ruhen“. In der Regel nimmt zudem die Heftigkeit der Krankheitserscheinungen (= „Schübe“) im Laufe der Jahre ab.

20 Werden meine Beschwerden nach einer Operation dauerhaft wegbleiben?

Nein, mit einer Ausnahme: Operationen mit Teilentfernung des Darmes, mit der Beseitigung von Engstellen („Stenosen“) oder Fisteln (➡ Frage 47 und ➡ Frage 48) beseitigen die Krankheit auch dann nicht, wenn alles erkennbar erkrankte Gewebe entfernt worden ist. Man operiert deshalb heute nicht mehr „radikal“, sondern möglichst „sparsam“ (darmershaltend). Oft kann aber eine Operation die Beschwerden sehr wesentlich und für sehr viele Jahre bessern oder sogar beseitigen.

Die Ausnahme: Sind die Schübe einer Colitis ulcerosa medikamentös nicht ausreichend behandelbar, zu andauernd, betreffen sie den ganzen Dickdarm oder muss man gar die Entwicklung eines Dickdarmkrebses befürchten, wird man dem Patienten die operative Entfernung des ganzen Dickdarmes (Kolektomie) vorschlagen. Ohne Dickdarm kann es dann auch keine Dickdarmentzündung („Kolitis“) mehr geben.

21 Wie lange kann ein Schub dauern?

Wenige Tage bis Monate.

In den ersten Tagen sollten Sie prüfen, ob Ihr Durchfall oder Bauchschmerz eine harmlose oder ganz andere Ursache hat (akuter Darminfekt,

Genuss eines verdorbenen Nahrungsmittels, eine „Reihe von guten Tagen“, akute Entzündung eines anderen Bauchorgans). Fragen Sie in Ihrer Umgebung, ob andere Personen ähnliche Beschwerden hatten. Je besser Sie selbst und Ihr Hausarzt bisher Ihre Darmentzündung beobachtet hatten, desto schneller erkennen Sie den neuen Schub. Ihr Arzt sollte stets den Bauch abtasten und abhören.

Dauert ein Schub trotz angemessener medikamentöser Behandlung drei Monate oder länger, sollten Ihr Hausarzt und Sie den Rat eines erfahrenen Gastroenterologen einholen. Möglicherweise sind jetzt neue diagnostische oder therapeutische Maßnahmen zu veranlassen.

Wird die Krankheit im Laufe der Jahre immer schlimmer?

22

Eher nein, obwohl es keine für alle Patienten gültige Vorhersage gibt und auch keine Befunde, die eine Vorhersage zulassen würden. Für die meisten Betroffenen sind die ersten Jahre die schlimmsten. Wahrscheinlich wirken sich Angst, Ungewissheit, Schuldgefühle und Auflehnung gegen die Krankheit verschlimmernd auf die Schübe aus. Bei vielen Patienten sind besondere Belastungen einem stationärbehandlungspflichtigen Schub vorangegangen (berufliche Belastungen, Belastungen in Partnerschaft bzw. Familie, Trennung vom Partner, Krankheit oder Tod eines nahen Angehörigen). Mit der Akzeptanz der Krankheit werden auch die Häufigkeit und der Verlauf der Schübe erträglicher.

Heilt Psychotherapie die Erkrankung?

23

Nein. Durch Psychotherapie können krankheitsverschlimmernde oder schubauslösende Belastungen oder Ängste bewusst werden, und der Betroffene kann einen anderen Umgang damit erlernen. Dadurch werden Schübe seltener, wird ihr Verlauf oft weniger schwer. Krankheitsbewältigungs- und -verarbeitungsstrategien helfen somit, den Alltag mit der Erkrankung besser zu gestalten und Einschränkungen und Beschwerden weniger belastend zu erleben. Sie können vorbeugend und auch therapeutisch wirken und bei der Schaffung bzw. Nutzung persönlicher Ressourcen und Kompetenzen helfen.

Krankheitsfolgen wie z. B. Schuld- und Schamgefühle, Vereinsamung und Schermut können bearbeitet werden. Die Belastung hierdurch nimmt ab. Viele Betroffene wollen anfangs die Krankheit einfach nicht wahr haben und leiden dadurch doppelt: An der Krankheit und an der eigenen vermeintlichen Niederlage. Psychotherapie kann helfen, die Krankheit

und deren Folgen besser anzunehmen. Oft ist eine ressourcenorientierte (Was kann ich wie?) Vorgehensweise hilfreicher als eine problemorientierte (Was kann ich warum nicht mehr?). Nach den oft erlebten „Niederlagen“ ist eine Ermutigung zum Gehen „neuer, geeigneter“ Wege sinnvoll.