

Multiple chemical sensitivity

Rolf Adler

Das Problem

Multiple chemical sensitivity (MCS) umfasst Entzündung der Haut, Juckreiz, analen Pruritus, Kribbelparästhesien, Übelkeit, Erbrechen, dünne Stühle, Bauchkrämpfe, Enge in der Brust, Atemnot, Herzrasen, Panik, heftiges Schwitzen, Kopfschmerzen, Schwindel, verschwommenes Sehen, Verlust des Gleichgewichts, Müdigkeit, Schwäche, Depression, geschwollene Drüsen und weitere Symptome.

Einige Forscher [1] versuchten, diagnostische Kriterien zu formulieren: 1. Die Symptome treten bei erneuter Exposition wieder auf. 2. Das Symptomenbild besteht schon während einer bedeutenden Zeitspanne. 3. Eine geringe Exposition löst das Syndrom aus. 4. Die Symptome lassen nach, wenn die angeschuldigten Chemikalien vermieden werden. 5. Nichtverwandte Stoffe lösen das Syndrom aus. 6. Symptome zeigen sich in vielen Organsystemen, gleichzeitig oder bei verschiedenen Gelegenheiten.

Die American Medical Association beschloss, MCS als eine organische, chemikalienbedingte Krankheit nicht aufzunehmen. Eine psychogene Basis der MCS wurde ebenfalls abgelehnt [2].

In einer so verworrenen Situation lohnt es sich, die klinische Erscheinung der Störung nochmals zu würdigen. Die vorliegende Krankengeschichte einer Patientin wird von einem biopsychosozialen Gesichtspunkt aus vorgestellt, in der Hoffnung, die Entstehung und Erscheinung der MCS weiter zu klären.

Der Fall von Frau T., 61-jährig

Frau T. wurde mir von einer Internistin, die zugleich den Spezialarztstitel für Psychiatrie/Psychotherapie trägt, zugewiesen. In ihrem Bericht (den ich erst nach meinem Erstgespräch mit der Patientin las), hielt sie fest: Frau T. arbeitete als Verkäuferin. Sie wurde nach 18-jähriger Ehe geschieden. Ihre einzige Tochter ist 38-jährig. Seit 10 Jahren lebt die Patientin mit einem Partner. 2003 verlor sie ihre Stelle wegen einer Umorganisation der Firma. Sie fand keine neue Arbeit mehr. Sie erlebte eine unglückliche Jugend und litt an Asthma. Deshalb wurde sie für drei Monate von zu Hause fort zur Rehabilitation geschickt. Ihr Vater war ein jähzorniger Mann. Er rastete ohne ersichtlichen Grund aus, schwieg während Tagen und fluchte häufig. Die elterliche Beziehung war gespannt, und aus diesem

Grund verliess die Patientin mit 18 Jahren ihre Familie. Ihr Vater erlitt einen ersten Herzinfarkt, als sie 14-jährig war. Nach dieser Episode zog er sich noch stärker zurück. Er verlangte eigens zubereitete Mahlzeiten, litt an Durchfall und verbot seiner Familie strikt die Verwendung von Zucker. Als die Patientin 23-jährig war, wurde er wegen seinem dritten Herzinfarkt ins Spital gebracht. Die Mutter untersagte ihrer Tochter, den Vater zu besuchen, weil seine Leber zu versagen begann und er zu schwach sei, um seine Tochter zu sehen. Als sie ihn am nächsten Tag telefonisch zu erreichen versuchte, wurde ihr mitgeteilt, ihr Vater sei gestorben. Sie fühlte sich schuldig.

2010 wurde bei ihr ein Mammakarzinom entdeckt (PT 1c PNO cMO ROG2). Chemo- und Radiotherapie wurden eingesetzt. Nach der ersten Therapiephase im November 2011 begann sie vermehrt, an ihren Vater zu denken, und vermisste die Gelegenheit, ihre Gefühle auszusprechen. Nach Abschluss der Therapie setzten Ernährungsprobleme ein. Sie vertrug die meisten Nahrungsmittel nicht mehr, litt an Durchfällen und an Schmerzen hinter ihrer Leber. Pillen zur Stärkung der Leber versagten. Daraufhin beschloss sie, Zucker gänzlich zu meiden, und war überzeugt, eine Zuckerallergie zu haben. Zwischen Weihnachten und Neujahr 2011 erlitt sie zwei Nervenzusammenbrüche. Beide setzten nach einer Mahlzeit ein, begleitet von Schwindel und Herzklopfen. Ihr Gewicht sank von 52 auf 46 kg. Sie konnte sich nicht mehr aufrecht halten und vertrug kein Brot mehr in ihrem Mund. Nach einem Durchfallstuhl reagierte sie mit einem Weinkrampf und fand keine Erklärung dafür. Ich fragte sie nach Einfällen zum Grund ihrer Gefühle. Sie antwortete: Nachdem sich alle Untersuchungen als negativ herausstellten, könnten die Ärzte recht haben, dass psychische Faktoren zu ihren Symptomen beitragen könnten. Ich antwortete ihr, dass ich dieser Vermutung beipflichte (sie erkannte keine Verbindung zwischen ihren und den Symptomen des Vaters).

Bedeutsame Beobachtungen

Das Syndrom setzte kurz nach Beendigung der Krebstherapie ein. Sie gab an, damit die Möglichkeit eingeübt zu haben, mit ihrer medizinischen Umgebung zu sprechen, was sie bedauerte. Zwischen Weihnachten und Neujahr 2011 brach sie nach zwei Mahlzeiten zusammen. Die Symptome waren zuerst Herzklopfen und Schwindel, gefolgt von Kraftverlust. Die zwei

ersten Symptome sind am besten erklärt aufgrund von Cannons Kampf-Flucht-Reaktion, das letzte durch Engels Rückzug-Konservierungs-Reaktion [3]. Die Symptome Schmerz und Juckreiz auf der Leber, dünne Stühle und Zuckerintoleranz haben einen Bezug zu den Symptomen ihres Vaters. Ihre Trauer und die Schuldgefühle setzten ein, nachdem sie einen dünnflüssigen Stuhl entleert hatte, und sie erkannte keinen Grund für ihre Gefühle. Dies weist auf einen unbewusst gewordenen Konflikt mit dem Vater hin, dessen Zuneigung sie sich gewünscht hatte und den sie zugleich hasste. Seine Beschwerden wurden Modell für ihre Symptome. Diese halfen ihr, den Konflikt zu realisieren; er wurde mit anderen Worten neutralisiert (= primärer Gewinn). Ihre Symptome ermöglichten ihr, neue Verbindungen zu ihren Ärzten zu knüpfen (= sekundärer Gewinn). Diese Beobachtungen sind positive Kriterien für die Diagnose einer Konversion [4].

tels Identifikation mit dem Vater und des Konflikts mit ihm zur körperlichen Symptomatik führten. MCS wird weder bei somatischen Krankheiten noch bei psychischen eingeordnet. Dies erstaunt im Lichte dieses Falles nicht, da sich das Syndrom im Zwischenbereich beider ansiedelt. Es bleibt abzuwarten, ob es sich bei weiteren Patienten mit MCS gleich verhält, wenn die Ärzte die Patienten von einem biopsychosozialen Gesichtspunkt aus untersuchen.

Literatur

- 1 Joffrey MR, Sampalli T, Fox RA. Physiologic and symptomatic response to low-level substances in individuals with and without chemical sensitivities: a randomized controlled blinded pilot booth study. *Environ Health Perspect.* 2005;113:1178–83.
- 2 Donnay AH. On the Recognition of Multiple Chemical Sensitivity in Medical Literature and Government Policy. *Int J Toxicology.* 1999;18:383–92.
- 3 Engel GL. A psychological setting of somatic disease: The giving up-given up complex. *Proc Roy Soc Med.* 1967;60:553–5.
- 4 Adler RH. Conversion. In: Adler RH, et al. (eds). *Psychosomatic Medicine.* Munich, Jena: Urban and Schwarzenberg; 1997. Chapt. 36.

Korrespondenz:
Prof. Dr. med. Rolf Adler
Leiserenweg 4
CH-3122 Kehrsatz
michele.rolf.adler[at]
gmail.com

Zusammenfassung

Bei einer 61-jährigen Patientin konnte aufgedeckt werden, wie psychische und soziale Gegebenheiten mit-