

Psychosomatik: Wer bedient die Weiche?

Zum Hintergrund einer Frühsommer-Meningoenzephalitis

Jürg Kollbrunner

Klinischer Psychologe an der HNO-Universitätsklinik Bern i. R.

Jim, ein Psychotherapeut, arbeitete als Klinischer Psychologe über dreissig Jahre lang an einer Universitätsklinik mit Menschen, die an Kommunikationsstörungen, psychosomatischen Beschwerden oder an Krebserkrankungen litten. Er ist psychodynamisch und familientherapeutisch-systemisch orientiert und vertritt seit Jahrzehnten die Haltung, dass alle Fragen um Gesundheit und Krankheit stets auch psychosomatisch verstanden und behandelt werden sollten. Die ursprünglich dazu hilfreiche evidenzbasierte Medizin (EBM) wurde jedoch in den vergangenen zwei Jahrzehnten zunehmend verzerrt angewendet: Deren Triade zur Evaluation der Qualität medizinischer Forschung aus «bester externer Evidenz», «individueller klinischer Expertise» und den «Werten und Erwartungen des Patienten» wurde allmählich auf das Element «beste externe Evidenz» reduziert. Randomisierte, kontrollierte (Blind-)Studien wurden zum Goldstandard der medizinischen Qualitätssicherung erklärt, sodass psychosomatische Forschungsansätze eine massive Entwertung erfuhren. Jim setzte sich vehement gegen diese Entwicklung ein.

Jim wusste nicht mehr, wo oben und unten ist

Dann, vor drei Jahren, ist Jim auf einer Wanderung in den Ferien von einer Zecke gebissen worden. Drei Tage danach erkrankte er an einer Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME). Die erste Phase dieser Erkrankung mit grippeähnlichen Symptomen dauerte nur drei Tage. In den folgenden symptomfreien zwei Wochen wurde Jim aber mit dem Tod seiner betagten Mutter konfrontiert. Noch vor der Beerdigung begann die zweite Phase seiner FSME mit holozephalen Kopfschmerzen, Vigilanzminderung und Wortfindungsstörungen. Mitten in der Nacht fand sich Jim im Bett nicht mehr zurecht, wusste nicht mehr wo oben und unten ist, wollte zur Ablenkung von seinen Kopfschmerzen den Fernseher einschalten, drehte aber die Fernbedienung planlos in seinen Händen und wusste nicht mal mehr, dass er auf einen Knopf drücken müsste. Jane, Jims Ehefrau, alarmierte den Hausarzt.



Die Zecke, Überträgerin des FSME-Virus.

Nach der Notfallaufnahme entwickelte Jim eine linksbetonte Apraxie mit positivem Babinski-Reflex, partieller Fazialisparese, proximaler bilateraler Armparese und Heiserkeit. Im MRI zeigten sich multiple subkortikale Marklagergliosen. Nach wenigen Tagen verschlechterte sich sein Zustand. Er entwickelte eine Blasenentleerungsstörung, eine kardiale Dekompensation mit Bradykardie und ein zentrales Schlafapnoe-Hypopnoe-Syndrom mit Cheyne-Stokes-Atemmuster, das eine BiPAP (*Biphasic Positive Airway Pressure*)-Beatmung erforderte. Einen Tag und eine Nacht war es ungewiss, ob er überleben wird. Nach zwei Wochen symptomatischer Therapie auf der Intensivstation und der Neurologischen Klinik konnte Jim aber in die Rehabilitationsklinik übertreten, von wo er nach weiteren vier Wochen mit geringen Restsymptomen in die ambulante Rehabilitation nach Hause entlassen werden konnte. Acht Monate nach dem Zeckenbiss stellte er mit grosser Dankbarkeit fest, dass er wieder vollständig genesen war.

Wie hatte das tiefgreifende Erlebnis Jims Haltung zur Psychosomatik verändert? Hat er nun am eigenen Leib erlebt, wie somatisch gut erklärbare Erkrankungen nichts mit Psychologie zu tun haben müssen? Nein. Bereits in der Rehabilitationsphase begann er sich zu wundern, dass keiner seiner besuchenden Verwandten, Freunde und Kollegen nach der psychosozialen Situation fragte, die mit zur Erkrankung beigetragen haben könnte. Es war so klar: Zeckenbiss – Viruserkrankung – Lebensbedrohung – gerettet!

Das menschliche Erleben kann eine Krankheit ursächlich beeinflussen

Für Jim stellte sich die Situation anders dar. Neben der grossen Dankbarkeit, die er für die optimale medizinische und menschliche Hilfe und seine Heilung empfand, war ihm auch klar, dass der FSME-Virus Ursache seiner Meningoenzephalitis war, aber nicht die einzige. Die epidemiologischen Fakten legen nahe, dass andere Einflüsse darüber entscheiden, ob eine Virusinfektion zu so dramatischen Folgen wie einer Meningoenzephalitis führt oder nicht. 85–90% der Infizierten bemerken die Infektion gar nicht, oder erholen sich nach einer ersten harmlosen Phase. Nur 10–15% entwickeln eine FSME. Was ist der Grund für so unterschiedliche Folgen? Die Menge der aufgenommenen Viren ist es nicht allein, denn schwere Erkrankungen sind auch nach *low-dose* FSME-Infektionen nachgewiesen [1]. Experten betonen, «der Grund für die Unterschiede in der Schwere der Erkrankung ist weitgehend unbekannt» [2] und nennen dies «eine sehr verwirrende Frage» [3]. Einige vermuten genetische Hintergründe, zum Beispiel eine Mutation des CCR5-Gens, andere sehen die Ursache eher in Immunitätsfaktoren des Wirtes [4–6]: Der im richtigen Moment ausreichende Schutz vor einer übermässigen Immunantwort (die selbstzerstörerisch werden kann) lässt vielleicht die Infektion in harmlosen Bahnen verlaufen. Aber welche biochemischen Prozesse auch immer die Weiche stellen, die Frage nach dem Wesen des Schrankenwärters, der die Weiche bedient, ist damit noch nicht gelöst. Erst eine Erweiterung des Blicks auf die Lebensgeschichte und Lebenssituation des Individuums lässt neue Antworten finden. Seit den 1980er Jahren ist es unbestritten, dass das menschliche Erleben über psycho-neuro-immuno-endokrinologische Prozesse das Krankheitsgeschehen auch ursächlich beeinflussen kann, insbesondere in Form von extrem erlebtem psychosozialen Stress.



Ein voller Vorlesungssaal erwartet den neuen Dozenten.

Jim ahnte früh, welche Belastung sich in ihm in den Monaten und Wochen vor der Infektion dramatisch gesteigert und ihn in eine extreme Verletzlichkeit geführt hatte. Als er einige Tage nach seiner Hospitalisierung auf der neurologischen Klinik – er konnte noch nicht richtig sprechen – von Jane hörte, dass er für den Rest des Semesters von seiner Vorlesungstätigkeit krankheitshalber entbunden sei, war er sehr erleichtert. Was war geschehen?

Ein, zwei Jahre vor seiner Pensionierung hatte sich Jim Gedanken zum bevorstehenden Ruhestand gemacht. Er hegte keine grossen unerfüllten Wünsche für die Zukunft. Würde er neue Aufgaben in seinem Berufsfeld übernehmen wollen, können? Dann wurde er auf ein Stelleninserat aufmerksam: Gesucht wurde ein Universitätsdozent für eine wöchentlich zweistündige Vorlesung «Einführung in die Sozialpsychologie». Ein unglaublicher Zufall, denn fast vierzig Jahre früher hatte Jim als Assistent an der gleichen Universität die Vorlesung mit dem gleichen Titel während fünf Jahren gehalten. Jim zögerte nicht, bewarb sich für die neue, alte Aufgabe. Die Bewerbung wurde akzeptiert und seine Vorgängerin bereitete ihn sorgfältig auf die Herausforderung vor. Die Entwicklung des Fachbereichs, des Lehrstoffes, der Studierenden (bis zu zweihundert Vorlesungsteilnehmer/-innen), der Lokalitäten und Vorlesungstechnik faszinierten ihn und er freute sich auf den Beginn des Abenteuers. Allerdings liess er den Semestervertrag, der ihm zugeschickt worden war, eine Woche zu Hause liegen, bevor er ihn unterschrieb. Jim startete sein neues Unternehmen mit viel Enthusiasmus, was die Studierenden auch spürten und wohlwollend vermerkten. Aber bereits nach dem dritten Vorlesungstag begann sich eine Ernüchterung einzustellen, die sich bald zu einer mehrfachen Belastung entwickelte. Jim merkte, dass er die Bedeutung der Fülle des ihm neuen Unterrichtsstoffs unterschätzt hatte. Das vor dreissig Jahren verwendete kleine Lehrbuch «Einführung in die Sozialpsychologie» [7] umfasst 240 Seiten und wiegt 250 Gramm; das neue mächtige Lehrbuch «Sozialpsychologie» [8] umfasst 685 Seiten und wiegt 2 Kilogramm. Jim erkannte, dass er Lehrinhalte, die für ihn neu waren, zuerst selbst ganz verstehen lernen musste, bevor er sie den Studierenden präsentieren konnte. Wenn ihm Studierende Zusatzfragen stellten, musste er nicht selten antworten: «Das weiss ich nicht; ich werde es recherchieren.» Die Auseinandersetzung mit der elektronischen Unterrichtstechnik in dem grossen Vorlesungssaal war gewöhnungsbedürftig, aber zu bewältigen. Eine schmerzlichere Ernüchterung erlebte Jim jedoch mit der Motivation der Studierenden in der Interaktion. Es schien ihm, die meisten seien weniger an den span-

nenden Inhalten der Sozialpsychologie als an der Speicherung der für die Prüfung notwendigen Informationen interessiert. Die Belastung stieg – und schon lag der Dozentenvertrag für das kommende Semester bei ihm zu Hause auf dem Tisch. Diesmal wartete er mit dem Unterschreiben noch länger. Jim fühlte sich zum ersten Mal in seinem beruflichen Leben alarmierend gestresst. Die Pflicht der Vorbereitung der nächsten Vorlesungen lastete wie ein klebriger Klumpen auf ihm, kaum mehr abzuwerfen. Einen Ausweg sah er keinen. Dann kamen die Wanderferien, in die er den Laptop zur Vorbereitung der nächsten Vorlesung mitnahm. Er öffnete ihn zwar nie ... wurde aber von einer Zecke gebissen.

Der Bericht seiner Ehefrau während seinem Aufenthalt in der Rehabilitationsklinik, dass der Vertrag für die Fortsetzung seiner Vorlesungstätigkeit annulliert worden sei, war für ihn eine grosse Erlösung.

Heute, drei Jahre nach der FSME-Erkrankung, erscheint es Jim als wahrscheinlich, dass er ohne die massive berufliche Überforderung, die er in den Wochen vor seiner Infektion erlebt hatte, die schwere Erkrankung nicht entwickelt hätte. Oder anders gesagt: Er verdankt seiner Erkrankung, einen Weg gefunden zu haben, um sich schmerzlich aber effektiv von seiner Überforderung zu befreien.

Die Überforderung hatte aus vier Elementen bestanden. Erstens aus der Unterschätzung der Dynamik der Entwicklung eines Wissensbereichs im Zeitraum von 30 Jahren, zweitens in der Unterschätzung seines Alters bezüglich seiner multidimensionalen Lernfähigkeit, weiter in der Unterschätzung des Wandels der Lernstrategien der Studierenden und schliesslich in der Unterschätzung der Auswirkung der modernen Unterrichtselektronik. Zu vermuten ist natürlich auch, dass der Tod von Jims Mutter im entscheidenden Zeitraum zusätzlich Einfluss auf die Exazerbation seiner Krankheit hatte.

Veränderungen im psychosozialen Umfeld können entscheidend sein

Jim hat gelernt, wie wichtig es ist, auf Überforderungszeichen (wie zum Beispiel das zweimalige Zögern beim Unterschreiben der Dozentenverträge) zu achten und eine anbahnende Überforderung rechtzeitig zu beenden, auch wenn dies ein schmerzlicher Abschied von einer lockenden Aufgabe bedeutet oder bei einer aufgezwungenen Aufgabe schmerzliche Konsequenzen haben kann. Jims Erfahrung weist aber auch darauf hin, dass Therapeuten bei lebensbedrohlichen – und sogar bei eher harmlosen – Erkrankungen und Unfällen die Patienten nach Veränderungen in ihrem beruflichen oder psychosozialen Umfeld befragen sollten. Jim ist der Autor dieses Berichts.

Literatur

- Hayasaka D, Nagata, N, Fujii Y, Hasegawa H, Tetsutaro S, et al. Mortality following peripheral infection with Tick-borne encephalitis virus results from a combination of central nervous system pathology, systemic inflammatory and stress responses. *Virology*. 2009;390:139–50.
- Palus M, Vojtišková J, Salát J, Kopecký J, Grubhoffer L, et al. Mice with different susceptibility to tick-borne encephalitis virus infection show selective neutralizing antibody response and inflammatory reaction in the central nervous system. *J Neuroinflammation*. 2013;10:77–89.
- Kindberg E, Mickiené A, Ax C, Åkerlin B, Vene S, et al. A deletion in the chemokine receptor 5 (CCR5) gene is associated with tickborne encephalitis. *J Infect Dis*. 2008;197:266–9.
- Günther G, Haglund M, Lindquist L, Forsgren M, Andersson J, et al. (2011): Tick-borne encephalitis is associated with low levels of interleukin 10 in cerebrospinal fluid. *Infect Ecol Epidemiol*. 2011;1. doi: 10.3402/iee.v1i0.6029. Epub 2011 Feb 11.
- Curtin NM, Mills KH, Connor TJ. Psychological stress increases expression of IL-10 and its homolog IL-19 via β -adrenoceptor activation: Reversal by the anxiolytic chlordiazepoxide. *Brain Behav Immun*. 2009;23(3):371–9.
- Blom K, Braun M, Pakalniene J, Lunemann S, Enqvist M, et al. (2016): NK cell responses to human tick-borne encephalitis virus infection. *J Immunol* 1600950; published ahead of print August 19, 2016.
- Mann I (1969): Sozialpsychologie. Beltz, Weinheim.
- Aronson E, Wilson, TD, Akert RM (2008): Sozialpsychologie. 6. aktual. Aufl. Pearson, München.

Korrespondenz:
Dr. phil. Jürg Kollbrunner
Psychotherapeut
Wengerliweg 8
CH-3152 Mamishaus
j.kollbrunner[at]bluewin.ch

Diskutieren Sie mit

www.primary-hospital-care.ch



Dieser Artikel ist ein Bericht über eine Infektionskrankheit, die glücklicherweise und trotz des schweren Verlaufs völlig, das heisst ohne neurologische Residuen, ausheilt. Der Autor diskutiert, ob die Ergründung der psychosozialen Begleitumstände vor und während der Erkrankung den Verlauf hätte beeinflussen können. Aus psychosomatischer Sicht eine stets spannende Frage, die aber allzu schnell zu ideologischen Stellungnahmen führt. Wenn in der Evidenz-basierten Medizin persönlichen Begleitumständen genügend Beachtung geschenkt würde, hätte das auf den Heilungsverlauf einen Einfluss?

Diskutieren Sie mit uns mit, berichten Sie uns über eigene Beobachtungen aus Praxis oder Spital. Ihre Meinung ist erwünscht unter www.primary-hospital-care.ch (unterhalb des Artikels finden Sie die Diskussionsplattform).

Pierre Loeb, Mitglied der Redaktion