

Rieke Alten

Biographische Anamnese und Begleitung einer Autoimmunerkrankung

Ein Beitrag zum Zusammenhang von anthropologischer Medizin
und Psychoneuroimmunologie*

Während es der modernen Ethnologie mittlerweile unter anderem durch die wegweisenden Arbeiten von *Parin* und *Erdheim* selbstverständlich geworden ist, daß sich das Auge des beobachtenden Ethnographen am Beobachtungsvorgang und dessen Resultat beteiligt, herrscht in der Medizin immer noch der Glaube vor, es sei eine Realität analysierbar, die von unserem eigenen Beobachtungsvorgang unabhängig ist. Ausgehend von der Tatsache, daß das Anliegen der Medizin ein »Gemeinsames von Kranken und Ärzten« ist, ausgehend von der Kenntnis, daß es sich bei der von uns näher zu betrachtenden Erkrankungsgruppe, den Autoimmunerkrankungen, um in der Regel den Menschen auf seinem weiteren Lebensweg begleitende, chronische Erkrankungen handeln wird, die trotz erfolgreicher immunsuppressiver Therapie zu einer Einschränkung der Lebenskraft führen werden, scheint es uns für die erfolgreiche Herstellung einer Beziehung zwischen Arzt und Patient erforderlich, mehr als üblicherweise im Rahmen einer Anamneseerhebung geschieht über diese Menschen zu erfahren. — Wie hat *Viktor von Weizsäcker* formuliert:

»Wir sollten wenigstens in jedem wichtigeren Falle versuchen, biographische Medizin zu treiben. Das heißt praktisch zunächst, den Kranken nicht schematisch ausfragen, sondern aushören: ihm ein Ohr bieten, das schweigend aufzunehmen versteht — wir werden sehen, wie rasch und leicht er oft uns die wichtigsten Verhältnisse seines Lebens, seiner Nöte, seines Werdeganges erzählt. Wir werden alsbald die Krankheit als ein wichtiges Teilstück seinem äußeren und inneren Leben eingefügt sehen, eigentlich als Übergang, Gelenk oder Nahtstelle zweier Lebensabschnitte, als Krise oder Schlußsumme seiner bewußten Erlebnisse, seiner unbewußten Lebensweise verstehen. Das ist es, was wir eigentlich allein 'Anamnese' nennen sollten; nicht den Fragebogen nach Erblichkeit, Beschwerden und Symptomen.«

Im Hinblick auf die biographische Anamnese ist die Exploration der genauen Umstände des Erkrankungszeitpunktes, der aktuellen persönlichen familiären Situation sowie im weiteren auch die Entwicklungsge-

* Es handelt sich um die umgearbeitete Fassung eines Vortrags, gehalten auf der 22. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, Freiburg (Breisgau), 30. September bis 4. Oktober 1986.

schichte des Patienten von Relevanz. Die biographische Begleitung, die sich nur auf der Grundlage der Frage: »Warum hat dieser Mensch diese Erkrankung zu diesem Zeitpunkt?« verstehen läßt, geht von der Annahme aus, daß jeder Mensch Selbstheilungskräfte besitzt und daß es Möglichkeiten gibt, Patienten Wege aufzuzeigen, in denen sie verstehen lernen, daß auch sie an ihrer Heilung beteiligt sein können. Diese Herangehensweise hat im Näheren zur Grundlage, daß auch die Physiologie des Immunsystems nicht für alle Individuen konform, sondern nur biographisch, daß heißt aufgrund der individuellen Geschichte, verstanden werden kann, in deren Verlauf »Bedeutungskoppelungen« (Thure v. Uexküll) entstanden bzw. nicht entstanden sind.

Im folgenden soll nun anhand einer exemplarischen Krankengeschichte einer Patientin mit einer histologisch nachgewiesenen Autoimmunvasculitis, einer Erkrankung des rheumatischen Formenkreises, aufgezeigt werden, wie konventionelle rheumatologische Diagnostik und biographische Anamnese begleitend einander ergänzen.

Die jetzt 36jährige Patientin stellte sich erstmalig Anfang 1979 vor. Sie berichtete über ihre kontinuierlich bestehenden Schmerzen von muskeltäterartigem Charakter, insbesondere im Bereich der Oberschenkelmuskulatur. Vor dieser Vorstellung lagen zwei stationäre Aufenthalte im Jahr 1977 sowie über den Jahreswechsl 1978/79 von mehrwöchiger Dauer. Sie selber beschreibt ihre Beschwerden in dieser Zeit wie folgt: »Man kann sich diesen Schmerz wie einen starken Muskelkater vorstellen, der von den Oberschenkeln aus einerseits bis ins Gesäß, andererseits bis in die Unterschenkel ausstrahlt. Die Kniegelenke fühlen sich an wie zerschmettert, das Ziehen und Reißen erreicht die Füße, ich dachte manchmal, meine Beine tragen mich nicht mehr lange. Ich konnte mich zum Beispiel nicht mehr bücken, wenn mir etwas herunterfiel, blieb es liegen, sofern mir nicht jemand behilflich war und es für mich aufhob. Ich konnte nur noch langsam gehen, Treppen schaffte ich kaum noch. Immer gegen Abend steigerten sich die Schmerzen. Ich kam in jenen Zustand, den ich als meinen 'Schub' bezeichnete: Ich bekam Schüttelfrost und fror sehr, daß mich nichts mehr richtig wärmen konnte. Ich war von einer bleiernen Müdigkeit befallen, ich schlief ein, sobald ich irgendwo länger als fünf Minuten ruhig und entspannt saß. Es konnte im Autobus sein, ganz schlimm war es bei Dia-Vorträgen, sogar im Hellen, zum Beispiel in der Kirche beim Gottesdienst.«

Die Laborchemischen Untersuchungen ergaben 1979 eine ausgeprägt entzündliche Konstellation mit hypochromer Anämie. Eine Hautmuskelbiopsie ergab Zeichen einer ausgeprägten Vasculitis in Muskulatur, Unterhautbindegewebe und Unterhautfettgewebe, eine dichte lymphozy-

täre Infiltration mit Verschuß einzelner arterieller Gefäße. Therapeutisch wurde mit einer hochdosierten immunsuppressiven Kombinationstherapie begonnen. Nach sechsmonatiger Dauer berichtete die Patientin erstmalig, keine allgemeine Müdigkeit sowie keine Schmerzen mehr verspürt zu haben. »Die Schmerzen verschwanden, und ich schöpfte wieder Hoffnung auf Heilung. Ärztlicherseits wurde ich ermutigt, stets noch abzuwarten, ob sich der Körper auf die reduzierte Medikamentendosis einstellen könne. In dieser Zeit kämpfte ich immer wieder gegen Angst und Ratlosigkeit an, endlich empfand ich die Krankheit nicht mehr als einen Schicksalsschlag, den ich geduckt ertragen mußte, sondern ich sah Möglichkeiten, an meiner Heilung aktiv mitzuarbeiten.«

Zu diesem Zeitpunkt begann die Patientin, sich an das erstmalige Auftreten von Schmerzen als zehnjähriges Kind zu erinnern. »Im Alter von zehn Jahren hatte ich starke Schmerzen in den Beinen, zumeist abends im Bett; ich hatte das Gefühl, die Beine nicht mehr bewegen zu können. Ich weiß noch, wie ich manchmal abends im Dunkeln in meinem Bett liegend beschloß, einfach nie mehr aufzustehen. Mein Bett schien mir der einzig sichere Ort auf der Welt zu sein. Ich plante, mich überhaupt nicht mehr zu rühren und nicht mehr zu reagieren. Ich war kein glückliches Kind. Das alles beherrschende Gefühl war die Angst.«

Neben den üblichen Kinderkrankheiten hatte sie als Säugling und Kleinkind mehrere, längere Krankenhausaufenthalte. »Ich war sehr sensibel, verkräftete weder Trennungen noch Streit und mußte immer gleich weinen. Ich traute mir selber nichts zu. Meine Mutter sagte mir, wie ich mich fühlte und wie es mir ging.« Im Alter von fünfzehn Jahren traten erstmals Schwellungen und Stauungen in den Beinen auf, die sehr schmerzhaft waren, woraufhin durch den Hausarzt eine erhöhte Blut-senkung festgestellt wurde, eine weitere Klärung erfolgte nicht, die Beschwerden verschwanden wieder. »In der weiterführenden Schule, die ich besuchte, war ich ein Außenseiter, hatte keinen Anschluß an die Klasse. Ich war sehr gehemmt, weswegen ich auch nicht natürlich und unbefangen auf meine Klassenkameraden zugehen konnte. Ich wurde als komisch empfunden und manchmal wegen meiner gehemmten Art offen ausgelacht.«

1970 heiratete die Patientin. »Die Ehe war aber nicht glücklich, sondern wurde zunehmend belastender. Eine Krise löste die andere ab. Es wäre einfacher gewesen, wenn ich nicht so sehr an meinem damaligen Mann gehangen hätte. Oft empfand ich in dieser Ehe die gleiche bedrohliche Atmosphäre wie im Elternhaus. Zur allgemeinen Lebensangst kam die Angst, verlassen zu werden und damit selber nicht mehr lebens-

fähig zu sein. Ich fühlte mich alleine hilflos und ratlos. Eine Trennung erschien mir lebensbedrohlich. In dieser Zeit stellten sich die bekannten Beschwerden wieder ein. Jetzt hatte ich bei jedem Wechsel zu naßkaltem Wetter heftige Schmerzen. Sie zogen sich bis in die Unterschenkel, sogar bis in die Füße.« Im Jahre 1972 waren die Beschwerden erstmalig so schlimm, daß die Patientin sich in orthopädische Behandlung begab, die Verdachtsdiagnose lautete Hüftgelenksentzündung, durch eine Behandlung mit Butazolidin konnte eine vorübergehende Schmerzlinderung erreicht werden. Nachdem sich die Patientin nach zweieinhalbjähriger Behandlungsdauer erstmalig im Jahre 1981 schmerzfrei fühlte, sich insbesondere traute, ihre eigene körperliche Befindlichkeit wahrzunehmen, konnte im Frühjahr 1984 der Versuch unternommen werden, das Prednisolon endgültig abzusetzen. Die Entzündungsparameter hatten sich zu diesem Zeitpunkt weitgehend zurückgebildet, die Patientin selber berichtet: »Auch als ich gar kein Prednisolon mehr nahm, hatte ich Rheuma-Kapseln gegen eventuell auftretende Schmerzen zur Verfügung, die ich nach Bedarf einnehmen durfte. Ich schob diese Einnahme aber immer so weit wie möglich vor mir her und versuchte mit den üblichen bewährten Mitteln wie Wärme zurechtzukommen. Ich benötigte nur noch ab und zu eine dieser Kapseln, und seit April 1985 habe ich überhaupt keine Rheuma-Mittel eingenommen, ich habe nur noch selten diese ziehenden Schmerzen, meine Wetterfähigkeit habe ich glücklicherweise ganz verloren.«

Die Patientin lebt mittlerweile mit ihrem zweiten Ehemann in einer offensichtlich glücklichen Verbindung, sie stellt sich regelmäßig in sechswöchigen bis zweimonatigen Abständen vor.

Autoimmunologische Systemerkrankungen sind multifaktorieller Genese. Diese beinhaltet genetische, virale, hormonelle, Umwelt- sowie emotionelle Komponenten. Jeder einzelne dieser oder alle Faktoren können dazu beitragen, daß die normale immunologische Kontrolle zusammenbricht, welches das Kernproblem des Autoimmunprozesses ist. Die chronischen Autoimmunerkrankungen und entzündlichen Erkrankungen sind als Regulationsstörungen zu verstehen, in denen dem Immunsystem »Fehler« unterlaufen, wodurch inadäquate Effektoormechanismen ausgelöst werden, die zur Destruktion von Zielorganen führen. Bei den Zielorganen kann es sich um die Synovialmembran (wie bei der Polyarthrit), das Gehirn (wie bei der multiplen Sklerose) oder die Basalmembran von Blutgefäßen wie in dem von uns beschriebenen Fall handeln.

Grundlegend für die neueren Forschungsergebnisse der Neuroimmunologie ist die Tatsache, daß das Gehirn und das immunologische Ab-

wehrsystern, die unsere zwei wichtigsten Verbindungen zur Außenwelt darstellen, als Organe gesehen werden können, die durch Erfahrung lernen und ein Gedächtnis besitzen. Unter physiologischen Bedingungen stehen diese beiden Organe als komplexe Netzwerke sowohl mit den meisten anderen Geweben des Körpers als auch untereinander in Beziehung. Insbesondere bestehen vielfältige und enge Beziehungen zwischen Immunsystem, Nervensystem sowie endokrinem System.

Mittlerweile konnte gezeigt werden, daß das immunologische Gewebe innerviert ist, das heißt Fasern des autonomen Nervensystems stehen in engstem Kontakt mit den Lymphozyten des Immunsystems (*D.L. Felten* u.a.). Weiterhin konnte nachgewiesen werden, daß Lymphozyten und andere Zellen des Immunsystems, zum Beispiel Makrophagen, Rezeptoren für eine Reihe von Hormonen besitzen, das heißt immunologische Zellen können Signale empfangen, die vom Gehirn stammen oder mit einer Gehirnfunktion verbunden sind. Darüber hinaus kann das Immunsystem chemische Signale an den Hypothalamus vermitteln, welcher diese Informationen verarbeitet und durch neurale und hormonale Rückkoppelungsmechanismen das Immunsystem dirigiert.

Diese experimentellen Befunde sind u.a. grundlegend dargelegt in den Arbeiten von *Solomon* und *Besedovsky*, deren Hypothese lautet, daß das subjektiv als Erschöpfung erlebte Korrelat des »Streß« die Funktionen des immunologischen Systems unter Vermittlung neuroendokriner Mediatoren durch das Nervensystem in einer Weise beeinflussen kann, die prädisponierend für die Manifestation von Autoimmunerkrankungen wirken können. Gehen wir auf *Claude Bernard* zurück, so ist die Voraussetzung zur Erhaltung eines konstanten »Milieu interieur« eine freie und unabhängige Existenz. Streß, insbesondere verbunden mit Symptomen der Erschöpfung sowie unter den Bedingungen der Hoffnungslosigkeit kann zu einer Erschöpfung der Mechanismen der immunoendokrinen Balance führen.

War unser Ausgangspunkt die anthropologische Medizin *Viktor von Weizsäcker*, haben uns die neueren Daten der Psychoneuroimmunologie gezeigt, daß u.a. Streß, negative Emotionen wie Angst und die dem Individuum aufgrund seiner Entwicklung zur Verfügung stehenden jeweiligen Verarbeitungsmöglichkeiten auch eine Biographie des Immunsystems konstituieren, so kann die hier berichtete Krankengeschichte exemplarisch gesehen werden für Daten der Immunologie, die statistisch erfaßt haben, daß der Manifestation autoimmunologischer Erkrankungen überdurchschnittlich häufig schwere Lebenskrisen, ausgelöst durch Trennungen oder Tod von Familienangehörigen, vorausgingen (*Baker*). In unserem Fall waren bereits frühere konflikthafte Bezie-

hungen der Hintergrund, auf dem frühe Verlust-Ängste reaktiviert wurden. Möglicherweise werden durch den Verlust dieser ambivalent geliebten Personen, auf die der Kranke wie auf einen Teil seines Selbst nicht glaubt verzichten zu können, Trauerarbeit und damit das Finden einer neuen Balance unmöglich gemacht. Statt dessen könnte die Persistenz dieser Ängste über die Sekretion bestimmter Neuropeptide zu einer veränderten Immunkompetenz führen.

Somit eröffnet uns die Psychoneuroimmunologie in einer Weise Verständnis für Zusammenhänge zwischen seelischen und körperlichen Prozessen, die ärztliche Tätigkeit als möglichen Beitrag zum Wiedererreichen einer Homöostase verstehen kann. Unabdingbare Voraussetzung dieser ärztlichen Tätigkeit ist das Wissen um das Wesen und die Bedeutung von Krankheit für das Individuum, unabdingbar ist die Fähigkeit, den kranken Menschen als Subjekt wahrnehmen und ihm begegnen zu können.

»Das Ziel der Medizin sei nicht, jemand gesund zu machen, vielmehr sei die ärztliche Therapie nur hineingestellt, nur ein Teil der Aufgabe, einem Menschen auf dem Wege zu seiner letzten Bestimmung Dienste zu leisten, die Krankheit sei nur ein Mittel dazu, eine Gelegenheit mitzuegreifen. Die Krankheit bekommt so statt des negativen einen höchst positiven Wert; eben Gelegenheit, aus der Krankheit eine Wandlung zu entwickeln.« (Viktor von Weizsäcker)

Literaturverzeichnis

- Ader, R., 1981: Psychoneuroimmunologie, Academic Press, New York/ London
- Baker, G.H.B., 1982: Life events before the onset of rheumatoid arthritis. *Psychosom.* 38, 173-177
- Besedovsky, H.O., 1985: Immune-Neuroendocrine Interactions. *J. of Immunol.* 135, 750-754 (Suppl.)
- Erdheim, M., 1982: Die Gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit. Frankfurt a. Main
- Felten, D.L. et. al., 1985: Noradrenergic and Peptidergic Innervation of Lymphoid Tissue. *J. of Immunol.* 135, 755-765 (Suppl.)
- Parin, P./Parin-Matthey, G., 1971: Fürchte deinen Nächsten wie dich selbst. Psychoanalyse und Gesellschaft am Modell der Agni in Westafrika. Frankfurt a. Main
- Solomon, G.F., 1981: Emotional and Personality Factors in the Onset and Course of Autoimmune Disease, Particular in: Ader, R., s.o., 159-182
- v.Uexküll, Th., 1986: Psychosomatische Medizin. 3. Auflage, München/Wien/ Baltimore
- v.Weizsäcker, V., 1947: Von den seelischen Ursachen der Krankheit. Ges. Schriften Bd.6, Frankfurt a. Main 1986