

Das „Chronische Müdigkeitssyndrom“

chronic Fatigue Syndrome, CFS, chron. Erschöpfungssyndrom, chron. Ermüdungssyndrom

An der Grenze zwischen subklinischen Energie-Defiziten und klinischen Krankheitseinheiten steht eine Symptomen-Konstellation, die sich vorwiegend in Befindensstörungen und nur milde in Organmanifestationen äußert. Im englischen wird dafür der Ausdruck „chronic fatigue Syndrome“ verwendet. Die Bedeutung dieses Erscheinungsbildes scheint zwischenzeitlich so groß zu sein, daß sich eine eigene Gesellschaft (in Portland, Oregon) etabliert hat. Während das CFS im angelsächsischen Sprachraum vermehrt diagnostiziert wird, hat die Erkrankung in Deutschland nur unzureichende Beachtung gefunden. Nach epidemiologischen Schätzungen zufolge sollen bereits 5 Mio. US-Bürger davon betroffen sein. Bekannte Virologen sehen im CFS sogar „die Krankheit der 90er Jahre“.

Symptomatik

Obwohl sich das Krankheitsbild des CFS eher uneinheitlich präsentiert, lassen sich doch einige charakteristische Kernsymptome definieren, die es von der üblichen Abgeschlagenheit und Erschöpfung abgrenzen. Dazu gehört eine chronisch vorhandene oder wiederkehrende generalisierte Müdigkeit, die erhebliche Beeinträchtigungen im täglichen Leben mit sich bringt und über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten anhält. Mitunter dauert das CFS über Jahre hinweg an. Der Grad der Erschöpfung beinhaltet sowohl eine geistig-psychische als auch körperliche Leistungsminderung, die bei den Patienten unterschiedlich ausgeprägt ist. Teilweise ist eine so starke Abgeschlagenheit vorhanden, daß Bettlägerigkeit besteht; in anderen Fällen können zumindest leichte Hausarbeiten verrichtet oder einer beruflichen Tätigkeit in eingeschränktem Maße nachgegangen werden. In den meisten Fällen wechseln sich Phasen von schwerer, mittlerer und abklingender Symptomatik mit Zeiten einer relativen Wohlbefindens ab. Nur einige wenige Kranke haben permanente Schwächesymptome.

Neben der obligaten Müdigkeit und Erschöpfung klagen etwa 80% der Betroffenen über Muskelschmerzen, die immer wieder zum Ausruhen zwingen und keine weiteren Aktivitäten gestatten. Diese Myalgien treten sowohl in Ruhe wie auch während Muskelbetätigung auf. In einem annähernd gleichen Prozentsatz der Fälle bestehen Kopfschmerzen, die meist von solcher Heftigkeit sind, daß die Patienten vorübergehend arbeitsunfähig werden.

Oft genannt werden zudem Muskelschwäche, Glieder- und Gelenkschmerzen und Parästhesien. Auch Schwindel, Übelkeit, Magenbeschwerden sowie psychische Beeinträchtigungen, Konzentrationsmangel, Gedächtnisstörungen, Angst und Depressionen kommen vor. Häufig sind weiterhin Schlafbeschwerden in Form von Einschlaf- und Durchschlafstörungen.

Definition

Das chronische Erschöpfungs-Syndrom ist eine Systemerkrankung, dessen Leitsymptom eine andauernde Müdigkeit ist. Begleitsymptome sind leichte Temperaturerhöhung, Pharyngitis, schmerzhafte Lymphknotenschwellungen, Kopfschmerzen, Myalgie, neurokognitive Ausfälle, Schlafstörungen und Depression. Die Zuordnung zum Syndrom ist nur statthaft, wenn andere Ursachen für die Symptome (z. B. Tumoren, chronische Infektionskrankheiten, Autoimmunkrankheiten, Drogenabhängigkeit, Intoxikationen u. a.) ausgeschlossen sind.

Müdigkeit und einzelne Begleitsymptome müssen mindestens 6 Monate bestehen. Der Begriff Erschöpfungs-Syndrom ist zutreffender, weil „Müdigkeit“ nur die physische Sphäre erfaßt, die Störung aber mentale und immunologische Ausfälle beinhaltet.

Disposition

Betroffen sind vorwiegend bis dahin gesunde Erwachsene im 3. und 4. Lebensjahrzehnt, Frauen häufiger als Männer.

Synonyma

Sporadische Fälle und epidemische Häufungen ähnlicher oder identischer Symptomen-Konstellationen wurden unter verschiedenen Bezeichnungen beschrieben: Lake Tahoe-Disease, Iceland Disease, Royal Free Disease, Myalgische Enzephalitis, Fibromyalgie.

Ätiologie

Die Ätiologie ist unbekannt. Der plötzliche Beginn mit grippeähnlichen Erscheinungen macht eine Viruskrankheit wahrscheinlich. Die früher angenommene Beziehung zu Epstein-Barr-Virus-Infektionen ließ sich in seroepidemiologischen Studien nur teilweise belegen. Immunologische Besonderheiten scheinen eine besondere Rolle zu spielen.

Der Cytokinase wird Bedeutung zugemessen, weil Cytokine grippeähnliche Symptome hervorrufen. Zu therapeutischen Zwecke verabfolgte rufen Cytokine ein dem CFS ähnliches Bild hervor. Nach einer Auflistung des Center für Disease Control sind die zusammengestellten Kriterien für die Zuordnung zum Syndrom erforderlich. Nach einer Zusammenstellung von D.S. Buchwald (1991) finden sich die Einzelsymptome in den verschiedenen Studien in so unterschiedlichen Häufigkeitsangaben, daß außer der Müdigkeit kein anderes Symptom als obligat bezeichnet werden kann. Immerhin sind manche - wie Ängstlichkeit, Depression, Temperaturerhöhung, kognitive Ausfälle - in über der Hälfte der Fälle bis zu 95% zu beobachten.

Hauptkriterien

1. Erstmaliges Auftreten dauernder oder rezidivierender paralysierender Müdigkeit oder leichter Ermüdbarkeit
 - ohne ähnliche Symptome in der Anamnese
 - ohne Besserung durch Bettruhe
 - mit Verringerung der durchschnittlichen Tagesaktivität unter 50% des gewohnten Aktivitätsniveaus über mindestens 6 Monate
2. Ausschlußdiagnostik von Erkrankungen, die dem CFS ähnliche Krankheitszeichen hervorrufen können (Tab.: Ausschlusskriterien)

Nebenkriterien

Symptomkriterien

1. Subferbile Temperaturen zwischen 37,5 °C und 38,6 °C
2. Halsschmerzen
3. Schmerzhaft axilläre oder cervicale Lymphknotenschwellungen
4. Unerklärbare generalisierte Muskelschwäche
5. Myalgien
6. Langanhaltende allgemeine Erschöpfung (24 Std. oder länger) nach sonst ohne weiteres möglicher Aktivität (im prämorbidem Stadium)
7. Kopfschmerzen (Schwere, Typ u. Art anders als in der prämorbidem Phase)
8. Migratorische Arthralgien ohne Schwellung und Rötung
9. Psychische Störungen (eine oder mehrere: Photophobie, flüchtige Skotome, Vergeßlichkeit, strke Erregbarkeit, Verwirrtheit, Merkfähigkeitsstörungen, Konzentrationsschwäche, Depression.
10. Schlafstörungen
11. Entwicklung der Hauptsymptome innerhalb weniger Stunden und Tage.

Befundkriterien (Feststellung mindestens zweimal, mindestens 1 Monat vorher)

1. Subferbile Temperaturen nicht über 38,6 °C
2. Pharyngitis
3. Schmerzhaft cervikale oder axilläre Lymphknotenschwellungen kleiner als 2 cm.

Diagnose und Differentialdiagnose

Die Verdachtsdiagnose eines CFS kann klinisch nur per exclusionem gestellt werden. Die Ausschlusskriterien sind. Im Center for Disease Control (CDC), Atlanta/Georgia, wurden die Kriterien für die Diagnostik des CFS erarbeitet. Zur Diagnosestellung müssen immer 2 Hauptkriterien und mindestens 6 der 11 Nebenkriterien erfüllt sein, weiterhin 2 Befundkriterien klinisch relevant sein.

Eine Kontroverse entfachte sich hier wieder beim Begriff „Müdigkeit“. Dieser taucht verwirrenderweise sowohl als Hauptkriterium als auch als Nebenkriterium auf. Zudem wird in den Nebenkriterien auch noch das Symptom „generalisierte Muskelschwäche“ (Nr. 4) aufgeführt. Eine Vielzahl unspezifischer, schwer einzuordnender Symptome erschweren den Weg zur Diagnose. Deshalb wurde auch eine „lavierte Angst-Neurose“ differentialdiagnostisch diskutiert.

Immunologie

Serologische Befunde an amerikanischen Patienten kollektiven ergaben, daß in allen Fällen mit Verdacht auf CFS eine chronische oder aktive Epstein-Barr-Virus-Infektion durchgemacht worden war, denn Antikörper-Titer verschiedener für das EBV spezifischer Antigene waren höher als in vergleichbaren Kontrollpersonen. Allerdings steht noch bis heute ein Beweis für einen monokausalen Zusammenhang zwischen CFS und EBV aus. Sehr viele Menschen sind mit dem EBV infiziert, bleiben aber zeitlebens asymptomatisch oder zeigen nur milde Infekte des Atmungstraktes, während nur wenige die klinischen, serologischen oder blut-spezifischen Parameter der akuten Mononucleose entwickeln. Das Virus selbst kann noch lange Zeit nach dem akuten Infekt aus dem Speichel isoliert werden. Ein spezifischer Teil der B-Lymphozytenfraktion bleibt lebenslang infiziert.

Eine Störung des Immunsystems, das sich im ständigen Kampf gegen gewöhnliche Virusinfekte erschöpft, kann eine wichtige Komponente beim Ausbruch des CFS darstellen. Zelluläre Immunsystemdefekte können eine chronisch aktive EBV-Infektion unterhalten und die Symptome Ermüdbarkeit, Fieber, Lymphknotenschwellung und interstitielle Pneumonie hervorrufen. Neben dem EBV wurden Korrelationen mit Coxsackie-, Cytomegalie-, Adeno-, Picorna- oder Varicella-Viren gefunden. Amerikanische Forschungsergebnisse sehen in Fragmenten des Retrovirus HTLV-2 ein mögliche Ursache für CFS, andere Untersuchungen haben ein Herpes-Virus in Verdacht.

Virologische Befunde bei „CFS“

- EBV-Viren („chron. Mononucleose“)
- Herpes-Viren: HHV 1 und 6, Herpes simplex Typ I und II
- Coxsackie B-viren bzw. Enteroviren
- Varizella-Zoster-Viren
- Röteln-Viren
- Zytomegalieviren
- Masernvirus

Nichtvirale Infektionen

- Chlamydien
- Yersinien
- Candida albicans

Virologische und immunologische Befunde

Anamnestisch geht dem CFS meist ein Infekt des Respirations- oder Gastrointestinaltrakts voran. Deshalb wird ätiologisch eine persistierende, meist virale, Infektion vermutet. Die Begriffe „postinfektös“ oder „post-viral“ werden deshalb im Zusammenhang mit dem CFS synonym gebraucht. Die bisher beim CFS nachgewiesenen Viren bzw. Erreger sind:

Das humane Herpesvirus Typ 6 (HHV 6), vor gut 10 Jahren identifiziert, ruft bevorzugt chronisch-persistierende Infektionen hervor, die mit ausgesprochener Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Adynamie, depressiver Verstimmung und z. T. Lymphadenopathie einhergehen. Neben dem Mononucleose-Virus (EBV) scheint das HHV 6 bei vielen Erkrankungen eine Rolle zu spielen. Eine Störung des Immunsystems scheint mit im Spiel zu sein. Ein kontagiöses oder möglicherweise ein noch unbekanntes chemisches Agens scheint das Immunsystem zu schädigen und der Krankheit den Weg zu bahnen. Es wurden sowohl Störungen der humoralen als auch der zellulären Abwehr (T-Lymphozyten) beschrieben. CD8 aktivierte unreife Suppressorzellpopulation sind Ausdruck eines chron. aktivierten und überlasteten Immunsystems. CD8/HLA-DR (zytotoxische Zellen) sind Zeichen für Infektionen, Allergien, Candidose

Immunologische Befunde bei „CFS“

- Hypogammaglobulinämie
- Erniedrigung der Immunglobulin-Subklassen: IgG 1, IgG 2
- Erhöhte zirkulierende Immunkomplexe
- Erhöhte Antikörper gegen Virusproteine
- Abnehmende spezif. zytotox. T-Zell-Aktivität gegenüber EBV
- Erniedrigte Funktion der natürlichen Killer-Zellen (NK-cells)
- Lymphozytopenie: erniedrigte T-Lymphozyten (CD 2)
- Erniedrigte T-Lymphozyten-Subpopulationen: T-Helfer (CD 4)- u. T-Suppressor (CD 8)-Zellen
- Kutane Hypergie oder Anergie (Multitest Mérieux)
- Erniedrigter Lymphozytentransformationstest (Stimulierung mit PHA)
- Erhöhte Neopterin-Spiegel
- Erhöhte Interleukin - 6 - Spiegel
- Korrelation mit atopischem Ekzem
- In vitro: reduzierte Interleukin 2-Synthese
- reduzierte gamma-Interferon-Synthese
- reduzierte Ig-Bildung und Freisetzung

Fibromyalgie

Ein mit der CFS leicht verwechselbares Erkrankungsbild ist das der primären Fibromyalgie. Obligate Symptome sind hierbei: generalisiertes Ziehen, Schmerzen oder Steifigkeitsgefühl in wenigstens drei unterschiedlichen Bereichen der Muskulatur, die mindestens drei Monate anhalten.

Typisch für die Fibromyalgie sind nach NIX fünf oder mehr reproduzierbare „tender points“, d.h. Stellen mit umschriebener verminderter Muskelkonsistenz. Die Beschwerden ändern ihr Intensität bei körperlicher Aktivität, emotionalem Stress oder Wetterwechsel. Erkrankungen rheumatischer Ursache müssen ebenso wie Traumata, infektiöse oder endokrinologisch erklärbare Arthropathien ausgeschlossen werden. Wie das CFS zeigt auch die Fibromyalgie ein generalisierte Ermüdung und Erschöpfung, dazu Schlafstörungen, Parästhesien, Kopfschmerzen und eine ständige innere Anspannung in der Mehrzahl der Fälle. Schlafstörungen und -entzug stellen hier jedoch den wichtigsten Faktor in der Pathogenese dar. Laborparameter sind unauffällig. Fibromyalgie und Neurasthenie werden auch als „neurasthenes muskuloskeletales Schmerzsyndrom“ zusammengefaßt.

CFS ist das Endstadium einer Übersäuerung

Sämtliche Symptome, wie sie eingangs genannt wurden, deuten auf eine chronische Übersäuerung des Gesamtorganismus hin.

Differentialdiagnostische Hinweise

endokrine Störung	M. Addison
Pankreasdysfunktion	Hyperthyreose, Hypothyreose (vor Hypo immer Hyper)
chron. Lebererkrankungen	Hypotonie
Herzinsuffizienz	Milzinsuffizienz
Nebenniereninsuffizienz	Malignome
neuromuskuläre Erkrankungen	chron. Infektionen
Autoimmunprozesse	Anämie
Orthomolekuläre Mängel	chron. Vergiftungen (Pestizide, Schwermetalle)
Hypoglykämie	Schlafapnoe
Diabetes m.	Allergien
Hyperinsulinämie	

Mehrere Faktoren müssen zusammenspielen

Viele Mediziner vermuten, daß hinter der ersten Form der CFS nicht nur ein Auslöser steckt, sondern daß mehrere Faktoren zusammenkommen müssen, damit die Erkrankung sich entwickelt. Immer wieder stellt man in der Praxis fest, daß chronisch erschöpfte Patienten mehrheitlich gut auf eine Behandlung gegen Mykosen und Allergien reagieren. Das spräche dafür, daß Hefepilze, Schimmelpilze und Umweltgifte bei der Entstehung der Krankheit eine Rolle spielen.

Plausibel ist auch, daß die CFS ein sehr ernst zu nehmendes Symptom für die totale Überforderung des Menschen durch die Reize und Leistungsanforderungen der modernen Industriegesellschaft ist. Bei chronisch Müden versagen plötzlich die Fähigkeiten, die ihn bisher noch Schritt halten ließen im aufreibenden Konkurrenzkampf der heutigen Zeit. Die Grenze seiner Leistungsfähigkeit ist erreicht, er kann sich beim besten Willen nicht mehr konzentrieren, auch Schlaf, Kaffee und Alkohol helfen nicht mehr. Das Ziel ist die Neuorientierung auf das wirklich Wesentliche im Leben und das ist nun mal bei jedem Menschen etwas anderes, meistens aber Lebensqualität, Wohlbefinden und eben Leben.

Therapeutische Überlegungen

Medikamente verschiedener Gruppen wurden versucht, da definitive therapeutische Richtlinien noch nicht vorliegen. Behandlungsversuche werden nach dem „Trial and Error“-Prinzip durchgeführt. Die größten therapeutischen Erfolge erbrachten bisher die intravenösen Immunglobulingaben. Die Mittel der Wahl sind zur Zeit noch symptombezogene Präparate, zusätzliche Vitamin-Gaben, immunmodulatorische Substanzen sowie Immunglobuline (mit einem definierten Antikörpergehalt gegen HHV 6) in Kombination mit antiviraler oder antibakterieller Therapie.

Der ganzheitliche Therapieansatz der Naturheilkunde

Erfolgversprechender scheint ein Therapieplan zu sein, der in dem CFS eine komplexe Regulationsstörung der PNI-Reaktionen sieht, und daher in drei Bereichen eingreift: Immun-, Nerven- und Hormonsystem. Dabei sollte generell die Beziehung zwischen Streß (vor allem der unverarbeitete Dysstreß) und einer reduzierten Immunitätslage beachtet werden. Beides geht, wie vielfach bestätigt ist, Hand in Hand und leistet Virusinfektionen durch mangelnde Abwehrkräfte des Organismus Vorschub. Eine kombinierte schulmedizinische und naturheilkundliche Behandlung kann nach folgendem Schema bei individueller Modifikation durchgeführt werden:

Von theoretischen Aspekten der Virusgenese aus sollten Enzymkombinationen mit Papaingehalt geprüft werden (Wobe-Mucos). Für den Energiehaushalt bieten sich Komplexpräparate der mitochondrialen Stoffwechselketten (Zeel, Ubichinon compositum) an. Jede Immuntherapie sollte an den ursächlichen Schwachstellen ansetzen und so ist eine immunaufbauende Therapie des CFS anzusiedeln an: Lymphe, Milz, Thymus und eine entgiftende Komponente

Unterstützt wird die Erholungsphase durch ein vorsichtiges Aufbauprogramm, da neben der physischen Aktivierung die Reintegration im Beruf und Sozialbindungen zum Ziel hat.

Die orthomolekulare Medizin beim CFS

OM-Mangel (Fe, Cr, Zn, Vn, K, Carnitin, Glutamin)

Cr, Zn, Vn haben eigentlich Wirkung von Insulin, bzw. werden für die Herstellung benötigt

Alpha-Liponsäure ist Schaufelrad des Pyruvatdehydrogenase - ATP und Müdigkeit

400 mg Alpha-Lipon und 200 mg L-Cystein, 50 mg GSH

Milieu stabilisieren, sonst wird zuviel Alpha-Lipon zerstört, auf dem Weg zur Zelle (mit Cystein, GSH) Vit. C

Die homöopathische Behandlung des CFS

Natürlich sollte immer die Konstitution in ein Therapieschema einbezogen werden. Bei Immunreaktionen melden sich gerade die Lymphatiker viel schneller zu Wort, z. B. mit Tonsillitis oder Schwellung der Lymphknoten. Da die lymphatischen Organe (Mandeln, Lymphknoten, Sinus, Dünndarm, Thymus usw.) bei diesem Typus stärker reagieren, muß auch hier das Hauptaugenmerk auf die konstitutionelle Therapie gelegt werden. Sind bei lymphatischen Patienten die Schleimhäute blaß und unter Umständen leicht geschwollen, so wird in diesem Fall **Muco-cyl von Pharma Liebermann erfolgreich eingesetzt**. Bei einer Sinusitis kommt im chronischen Fall Schleimhaut-Komplex als Schleimhautmittel in Frage.

Wichtig bei jeder Immuntherapie ist die gleichzeitige Unterstützung der Ausscheidungsorgane Leber, Nieren, Darm und Lymphe wichtig. **Eine Kombination von Chole-cyl (Leber), Cysto-cyl (Nieren), Ulco-cyl (Stoffwechsel/Darm) und Infekt-Komplex (Immunsystem) wäre sinnvoll und logisch.**

Die Stärkung des Immunsystems sollte bei jeder therapeutischen Intervention mitbedacht werden. Aufgrund der oben ausgeführten Darstellungen über die Verknüpfungen von Körper, Geist und Seele ist das Ziel der Heilung immer ein umfassender Blick hin zum Ganzen.

CFS und Gesundheit

Zwischen Gesundheit und Krankheit liegt eine Art Vorstufe zur Erkrankung, auf der der Mensch gewahrt wird, daß etwas mit ihm nicht ganz in Ordnung ist. Auf dieser Stufe verliert der Körper die rechte Anpassungsfähigkeit, und wenn er sie nicht wiederfindet, wenn der Mensch nicht alles daransetzt, daß ihm dies gelingt, dann muß er nach dem Gesetz der Natur zugrunde gehen. Denn dann hält die Natur schädliche Mikroorganismen bereit und schlimme Krankheiten.

Die Folge eines solchen Versagens der Anpassung ist, daß die Grenzen der natürlichen Elastizität der Körperfunktionen schließlich überschritten werden. Ein anschauliches Beispiel für diese Elastizität und ihre Grenzen bietet die Puffereigenschaft des Blutes, bei normalem Verlauf der physiologischen Funktionen seine Reaktionen innerhalb geringer Schwankungen beständig zu halten. Wenn die Grenzen der natürlichen Elastizität der Körperfunktionen überschritten sind, treten mehr oder minder permanente Veränderungen ein, die zwar eine Zeitlang dadurch verborgen bleiben können, daß ein ausgleichender Mechanismus dem Körper erlaubt, seine Funktionen scheinbar einwandfrei, aber eben doch mit einer gewissen Einbusse an Elastizität zu erfüllen. Dieser Prozess kann fortschreiten, bis die Grenze des Ausgleichs schließlich erreicht ist und die Symptome sich zu erkennen geben. Die Sicherheitsgrenze mag von Geburt an knapp bemessen sein durch rassenmäßige, familienbedingte, chemische oder anatomische Anlagen, die der Mensch ererbt hat.

Wie gut der Körper umweltbedingte Belastungen zu tragen vermag, läßt sich daran ermessen, wie leicht er sich von Anstrengungen erholt. Diese Erholung kann schnell oder langsam erfolgen - oder überhaupt nicht, weil eine chronische Übermüdung vorliegt. Wenn die Belastung zu groß ist, wird der Mensch sich dessen bewußt, weil ihm gewisse Abweichungen von seinem normalen Wohlbefinden sagen, daß etwas mit seiner Gesundheit nicht stimmt. Zu diesem Zeitpunkt sind möglicherweise noch gar keine feststellbaren Symptome vorhanden, so daß selbst ein erfahrener Arzt noch keinerlei Anzeichen einer Erkrankung entdecken könnte. Läßt man jedoch den Dingen einfach ihren Lauf, so treten mit der Zeit Symptome auf, die jeder Arzt unschwer erkennt. Dies ist dann der Beginn der Krankheit.

Ein berufstätiger Mensch hält seine Arbeit für unerläßlich, wenn er es im Leben zu etwas bringen will, und weißt alles von sich, was ihn von ihr abhalten könnte. Er betrachtet es als einen vielleicht vernichtenden Schlag für seine erfolgreiche Karriere, wenn er Urlaub nehmen muß, um seine Gesundheit wiederherzustellen. Für ihn ist der Weg vorgezeichnet: eine Lehrzeit, in der seine Fähigkeiten heranreifen, und dann die volle Entfaltung und Erfüllung in einem Alter, in dem ihm noch genügend Zeit verbleibt, den Lohn zu genießen. Um dies zu erreichen, muß er aber auch lernen, wie er sich auf seine Gesundheit verlassen kann, um durchzuhalten. Das bedeutet, daß er lernen muß, sich seiner Umwelt so anzupassen, daß er die Lasten, die sie ihm aufbürdet, gut zu tragen vermag.

Der menschliche Körper besitzt eine Ausrüstung, die ihn befähigt, sich sowohl auf geistige als auch auf physische Kampfhandlungen einzustellen. Diese Kampfeinstellung war ursprünglich nur für vorübergehende Notlagen vorgesehen; unsere moderne Umwelt hat sie jedoch zu einem Dauerzustand gemacht. Wenn sie hervorgerufen wird, finden im Körper vorübergehend nervliche, chemische und endokrine Veränderungen statt, die aber, wenn sie fortauern, unzutraglich werden.

Das Endstadium des Streßes heißt vielleicht CFS.

Psychosomatik

Wie bei den meisten Erkrankungen scheinen auch beim CFS multifaktorielle Ursachen wahrscheinlich, so daß eine alleinige Ursachensuche im viralen oder Umwelt-Bereich wenig erfolgversprechend erscheint. Vielmehr ist wohl auch eine bestimmte psychische Disposition von Bedeutung, wofür die Tatsache spricht, daß insbesondere sehr leistungsorientierte Personen am CFS erkranken. Durch chronische Überlastung kann es auch zu einer Erschöpfung der Nebennierenfunktion kommen. Dies kann durch einen Test, z. B. den ASI Speicheltest, problemlos aufgedeckt werden.

Überraschend ist das deutliche Überwiegen von Frauen: etwa zwei Drittel bis drei Viertel aller Betroffenen mit CFS sind weiblich. Aufgrund der besonderen Häufung bei jüngeren berufstätigen Erwachsenen prägte die Laienpresse den Ausdruck „Yuppie-Flu“. Vielfach wurde die Erkrankung auch als ein „Burn-out-Syndrom“ betrachtet, also als ein physiologisches Ausgebranntsein überarbeiteter „Höchstleister“. Spekuliert wurde ebenso über eine Art von Verweigerungsreaktion auf die hohen Anforderungen unserer Leistungsgesellschaft:

Ermüdung statt Konzentration

Schlappeheit statt Fitneß

Zusammenbruch in Streßsituationen statt coolem Management!

Schlußbetrachtung

CFS-Patienten leiden unter ihrer Erkrankung und sind dringend therapiebedürftig. Die Diagnosestellung ist häufig nicht einfach und erfordert wiederholte und sorgfältige Untersuchungen des einzelnen Patienten. In Deutschland wird die Existenz des CFS als Krankheit nicht allgemein anerkannt, manchmal sogar bekämpft und als „Rückschritt in die altertümliche griechische Medizin“ bezeichnet, wo Geldsucht als eine Erkrankung angesehen wurde.

Viele Patienten, die medizinischen Rat suchen, werden an Psychiater und Psychotherapeuten zur Weiterbehandlung verwiesen. Gerade die Naturheilkunde kann dieser Crux vorbeugen, indem sie die medizinische Seite intensiv betrachtet und die psychologische Sichtweise hinzugliedert. Besonders wichtig ist auch eine psychologische Führung des Patienten und verhaltenstherapeutische Methoden, die helfen, den Umgang mit der chronischen Erkrankung zu lernen und Einschränkungen zu akzeptieren. Für den bisher meist sehr aktiven und beruflich stark engagierten Patienten ist dies eine schwer zu realisierende Erkenntnis. Oft ist eine rigorose Umstellung bisheriger Lebensgewohnheiten in privater und beruflicher Hinsicht notwendig.

Eine ideale Behandlungsform besteht im individuellen Ansatz, der sich aus der ausführlichen Anamnese und umfassender Diagnose und im menschlichen Umgang mit dem Patienten, sowohl in medizinischer, wie auch psychologischer, mentaler und sozialer Weise.

Verfasser: Jan W. Moestel
info@moestel.de