

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

MULTIPLE SKLEROSE (MS) UND PSYCHOSOZIALE FOLGEN

Kurzfassung

Multiple Sklerose (MS) – ein neurologischer Fachbegriff, mit dem man im Allgemeinen nicht allzu viele konkrete Erkenntnisse zu verbinden weiß. Aber beunruhigend ist dieses Leiden ganz offensichtlich. Auf jeden Fall eine Krankheit, die das Zentrale Nervensystem angreift und zu schwer durchschaubaren, manchmal sogar noch wechselnden Krankheitszeichen führt, bis hin zu vielfältiger Behinderung oder gar frühzeitigem Tod.

Glücklicherweise ist die Wissenschaft inzwischen soweit fortgeschritten, dass sie uns nicht nur vieles erklären (und damit ent-ängstigen) kann, auch die rechtzeitige Diagnose sichert immer häufiger eine zunehmend wirkungsvolle Therapie. Das setzt allerdings gewisse Kenntnisse voraus, auf was man auch als Laie ggf. achten sollte. Dazu gehört eine Reihe von seelischen Beeinträchtigungen mit psychosozialen Konsequenzen, die allerdings oft verkannt werden.

Nachfolgend deshalb eine kurz gefasste Übersicht zu dieser neurologischen Krankheit mit „vielen Gesichtern“.

Erklärte Fachbegriffe:

Multiple Sklerose (MS) – Encephalomyelitis disseminata – Zentrales Nervensystem (ZNS) – körperliches Abwehr-System – Autoimmun-System – Autoimmun-Erkrankungen – Nervenfasern – Narbenbildung (Sklerose) im Nervensystem – Krankheits-Verlauf von MS – Krankheits-Schübe von MS – körperliches Beschwerdebild bei MS: Augenmuskel-Lähmungen, Doppelbilder, Sehnerven-Neuritis, Gesichtsfeld-Ausfall, Muskel-Schwächen, Muskel-Lähmungen, Beeinträchtigungen der Feinmotorik, Steifigkeit des Ganges, abgeschwächte Bauchhautreflexe, Sensibilitäts-Störungen, Missempfindungen, gestörtes Tast-Erkennen, beeinträchtigte Lage-Empfindung, Gefühlsstörungen, Augenzittern, Finger-Zittern, Sprachstörungen, Blasenstörungen, Inkontinenz, Muskel-

Verkrampfungen, epileptische Anfälle u. a. – seelische Störungen bei MS: depressive Reaktionen und Suizidgefahr u. a. – körperliche Erschöpfung bei MS (Fatigue): Antriebslosigkeit, Abgeschlagenheit usw. – kognitive Störungen durch MS: Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Arbeitstempo, exekutive geistige Funktionen usf. – Euphorie bei MS – Zwangslachen bei MS – Zwangsweinen bei MS – MS im Kindes- und Jugendalter – MS im höheren Lebensalter – MS und Berufsunfähigkeit (BU) – besondere MS-Belastungen: Wärme, Stress, Entzündungen, unkritischer Alkoholkonsum, bestimmte Medikamente usw. – Prognose (Heilungsaussichten) von MS – Therapie von MS – u.a.m.

Die Multiple Sklerose (MS) ist eine neurologische Krankheit mit vielen Gesichtern. Das macht sie für die Betroffenen so unkalkulierbar leidvoll, für ihr Umfeld so verunsichernd und für die Ärzte so schwierig, rechtzeitig zu diagnostizieren und gezielt und damit erfolgreich zu behandeln. Andererseits – und diesen Trost sollte man den Patienten immer wiederholen – gibt es kaum ein neurologisches Gebiet, in dem der Erkenntnis-Zuwachs so erfreulich gewachsen ist wie hier, und zwar sowohl diagnostisch wie auch therapeutisch.

Verschiedene Ursachen?

Die Multiple Sklerose ist eine chronisch entzündliche Nerven-Erkrankung, die das Zentrale Nervensystem (ZNS) betrifft, also die Nerven von Gehirn und Rückenmark.

Die **Ursache** der Encephalomyelitis disseminata, wie der internationale Fachausdruck heißt, ist noch nicht geklärt. Wahrscheinlich handelt es sich um ein breites Spektrum unterschiedlicher Faktoren, die zum Ausbruch dieser Krankheit zusammentreffen müssen. Eine wichtige Rolle spielt das körpereigene Immunsystem. Durch eine Fehl-Programmierung richten sich Teile dieses Abwehr-Systems gegen den eigenen, eigentlich gesunden Körper, indem sie die Schutzhüllen der Nervenfasern angreifen. Deshalb zählt man die MS auch zu den so genannten Autoimmun-Erkrankungen.

Das Gehirn kann man sich wie eine technische Schalt-Zentrale vorstellen. Dabei werden die Signale über das Rückenmark von verschiedenen Nervenfasern bis in die einzelnen Körperteile gesendet oder von dort auch empfangen. Diese Nervenfasern sind ähnlich wie elektrische Kabel von einer Isolierschicht umhüllt.

Durch die MS wird diese Isolierschicht geschädigt und damit die reibungslose und schnelle Weiterleitung der Signale behindert. Die Schädigung geht auf Entzündungsherde zurück, die an unterschiedlichen, teils wenigen, aber auch vielen (multiplen) Orten auftreten und durch Narbenbildung (Sklerose) zu Funktionsstörungen führen können.

Die Art der Beschwerden hängt deshalb von den Nervenfasern ab, die betroffen sind. Beispiele: Seh- und Gefühlsstörungen, Blasenschwäche, unsicherer Gang, geistige und sogar seelische Beeinträchtigungen u. a.

Als **weitere Faktoren** stehen eine genetische (Erb-)Veranlagung und bestimmte Umweltfaktoren zur Diskussion (z. B. Krankheitserreger wie Viren). Eine reine Erbkrankheit ist die MS jedoch nicht, zumal nicht das Leiden an sich, sondern nur eine Disposition (Neigung) dazu vererbt wird. Das erklärt auch, weshalb man die MS in einigen Familien etwas häufiger als in der Gesamtbevölkerung finden kann.

Häufigkeit – Geschlecht – Alter – Verlauf

Derzeit schätzt man etwa 150 Erkrankte pro 100.000 Einwohner, d. h. in Deutschland etwa 120.000 Betroffene (weltweit etwa 2,5 Millionen Menschen).

Ein bisher ungeklärtes Phänomen ist der Umstand, dass die Erkrankungshäufigkeit mit der geographischen Entfernung vom *Äquator* ansteigt. In den äquator-nahen Regionen gilt sie als selten.

Frauen sind etwa doppelt so häufig betroffen.

Am ehesten wird die MS zwischen dem *20. und 40. Lebensjahr* festgestellt, kann aber auch schon im Kindes- und Jugendalter auftreten. Nach dem 50. Lebensjahr wird sie selten.

Der *Krankheits-Verlauf* ist bei jedem Betroffenen etwas anders. Eine genaue Voraussage ist nicht möglich. Man unterscheidet drei Hauptformen:

1. Die Beschwerden bilden sich nach einem Krankheits-Schub ganz oder teilweise zurück, 2. fortschreitender Verlauf ohne erkennbare Schübe und 3. der zunächst schub-förmige Verlauf geht in einen fortschreitenden Krankheitszustand über.

Zu Krankheitsbeginn überwiegt die erste Form, später die dritte. Zu einer schweren Behinderung innerhalb weniger Jahren kommt es nur in wenigen Prozent der Fälle.

Verwirrendes Beschwerdebild

Das Beschwerdebild ist – wie erwähnt – vielgestaltig und geht weit über das hinaus, was man früher für charakteristisch hielt, nämlich die so genannte Charcot'sche Trias: Nystagmus, Intentionstremor, skandierende Sprache (s.u.).

Im Einzelnen, und zwar ohne Gewichtung, denn für die Entwicklung der Symptome lassen sich keine festen Regeln aufstellen:

- Häufig finden sich flüchtige Augenmuskel-Lähmungen mit Doppelbildern (ohne Kopfschmerzen!), und zwar meist einseitig. Die so genannte Sehnerven-Neuritis, ein- oder doppelseitig, führt dazu, dass die Patienten vorübergehend erblinden oder trübe sehen, wie durch Milchglas oder durch einen Schleier. Je nach Augennerven-Befall kann auch kleine Druckschrift nicht mehr gelesen werden. Manchmal bleibt auch ein zentraler Gesichtsfeld-Ausfall.
- Schwächen und Lähmungen sind häufig. Die körper-nahen Glieder sind weniger stark betroffen wie die körper-fernen. Dabei findet man alle Abstufungen der spastischen Lähmungen (also mit krampfhaften Muskelverkürzungen) von der Beeinträchtigung der Feinmotorik und Steifigkeit des Ganges bis zur kompletten Lähmung halb- oder beidseitig, wenn nicht aller vier Glieder. Die Bauchhautreflexe sind abgeschwächt oder erloschen (wichtiges Früh-Symptom).
- Die Sensibilität, also die Fähigkeit des Nervensystems entsprechende Reize aufzunehmen wie Berührung, Druck, Temperatur, Gelenk-Lage, Bewegung, Vibration u. a., ist fast immer gestört. Die Betroffenen klagen über andauernde Missempfindungen, über Taubheit, Pelzigkeit oder Kribbeln, vor allem in Händen und Füßen. Schmerzen sind dafür eher selten. Die Berührungsempfindung ist vermindert, das Tast-Erkennen aufgehoben und damit das Erkennen erschwert („nutzlose Hand“).

Durch die Beeinträchtigung der Lage-Empfindung kommt es zur Ataxie (Sitz-, Steh- und Geh-Unsicherheit). Die Gefühlsstörungen an Armen und Beinen sind handschuh- bzw. strumpf-förmig, am Rumpf querschnittsartig. Charakteristisch ist das so genannte Lhermitte-Zeichen, ein „Stromschlag“ entlang der Wirbelsäule bei Kopfbeugung nach vorn mit kribbelnden Missempfindungen in beiden Händen.

- Störungen durch Kleinhirn-Befall führen nicht nur zur erwähnten Stand-, Gang- und Zeige-Ataxie, sondern auch zu Nystagmus (z. B. unwillkürliches rhythmisches Augenzittern), Intentionstremor (Zittern des Fingers beim Finger-Nase-Versuch) und Dysarthrie (Sprachstörung) mit skandierender (abgehackter, schleppender) Sprechweise.
- Ein großes Problem im Alltag sind Blasenstörungen mit Inkontinenz, dranghaftem Harndrang und Harnverhaltung, auch wenn darüber kaum gesprochen wird.
- Seltene Symptome sind extrapyramidale Bewegungsstörungen (vor allem Muskel-Verkrampfungen), epileptische Anfälle, Schmerzen und Polyneuropathie mit Missempfindungen, Schwäche u. a.

- Grundsätzlich können alle diese Beschwerden wahllos miteinander oder hintereinander auftreten. Es gibt aber dann doch einige typische Kombinationen, die immer wiederkehren (und auch die Diagnose wahrscheinlicher machen). Beispiele: Gefühlsstörungen an den Händen, spastische Lähmung beider Beine, entsprechend spastisch-ataktischer Gang mit Missempfindungen und Blasenstörungen, inkomplettes Querschnitts-Syndrom mit Nystagmus und skandierender Sprache, immer wieder auftretende flüchtige Lähmungen wechselnder Augenmuskelnerven u. a.
- Weitere körperliche Symptome, die z. T. erheblich belasten können, sind Verstopfung (zusätzlich Bewegungsmangel!), unwillkürliches Zittern, Schluckbeschwerden, Störungen von Libido und Potenz, Hörstörungen, Schwindel sowie Ernährungsstörungen der Haut, vor allem an den Beinen mit Neigung zu Ödemen (Wassereinlagerung).

Seelische Störungen oft verkannt?

Dass eine solche Belastung in seelischer und psychosozialer Hinsicht nicht ohne Folgen bleiben kann, versteht sich von selber. Dabei ging man lange Zeit nur von einer so genannten „organischen Wesensänderung“ aus, was durchaus seinen Einfluss hat, doch gilt es auch zu differenzieren:

- Depressive Reaktionen sind natürlich nachvollziehbar (jeder Zweite?), wobei auch hirn-organisch bedingte Ursachen beteiligt sein können.
- Das kann bis zu heimlicher *Suizidgefahr* führen (7-mal höher als in der Allgemeinheit?), was nicht zuletzt vom (subjektiv als trostlos empfundenen) Verlauf abhängt. Als besonders riskant gelten deshalb soziale Isolation, der Schweregrad der Depression und ein möglicher Alkohol-Missbrauch. Zu achten ist vor allem auf Patienten im jüngeren Erwachsenen-Alter und in den ersten Jahren nach der Diagnosestellung.
- Ein besonderes Problem ist die erhöhte Erschöpfbarkeit, unter dem Fachbegriff *Fatigue* (vom lat.: *fatigatio* = Ermüdung, körperlich, psychosozial und geistig).

Sie zermürbt praktisch jeden MS-Betroffenen (bis zu 90%), und zwar schon in einer sehr frühen Krankheits-Phase. Definitionsgemäß handelt es sich um eine „anhaltende subjektive Empfindung von physischer und mentaler Erschöpfung im Zusammenhang mit der MS oder deren Behandlung, die das übliche Funktionsniveau im Alltag beeinträchtigt“. Konkret äußert sie sich in vorzeitiger körperlicher Erschöpfung (motorische *Fatigue*) und/oder geistiger Erschöpfung (kognitive *Fatigue*).

Typische Beschwerden sind Antriebslosigkeit, Abgeschlagenheit, rasche Erschöpfung nach körperlicher oder geistiger Arbeit („nicht mehr klar denken können“), Zunahme am Nachmittag und durch Wärme, mitunter plötzliches Auftreten – und kaum Besserung nach Ausruhen.

Fatigue bei MS kann in jedem Krankheits-Stadium auftreten und ist – wie erwähnt – eines der häufigsten und besonders belastendsten Symptome, vor allem im fortgeschrittenen Stadium – und therapeutisch leider kaum zu beeinflussen.

- Kognitive Störungen (vom lat.: cognoscere = erkennen) finden sich zwischen 40 und 60% und beeinträchtigen vor allem folgende Bereiche:
 - - Gedächtnis: Kurzzeitgedächtnis, Langzeitgedächtnis, Arbeitsgedächtnis u. a.
 - - Aufmerksamkeit: selektive/fokussierte oder geteilte Aufmerksamkeit, Aufmerksamkeits-Aktivierung/Alertness, Dauer-Aufmerksamkeit/Vigilanz u. a.
 - - Das Arbeitstempo sowie so genannte exekutive Funktionen wie Problemlösung, Handlungsplanung, Kritikfähigkeit, Abstraktionsvermögen, Strategiebildung, so genanntes divergentes oder induktives Denken, Problemlösen, Abschätzen usw.
- Was mitunter schon früher auffiel, ja das Umfeld irritierte, ist eine gelegentliche *Euphorie*, ein inhaltsloses Wohl-, ja Glücksgefühl. Das aber ist vor allem eine hirnrorganische Folge in Form flacher Heiterkeit und Lachbereitschaft, selbst dann, wenn man durch eine Ataxie das Gleichgewicht verliert („wer wackelt, lacht“).
- Ebenfalls für das Umfeld schwer verständlich ist das gelegentliche Fehlen einer an sich nachvollziehbaren *Betroffenheit* über die Krankheit, eine sonderbar optimistische Einstellung, ja eine durchgehend heitere Grundstimmung, selbst wenn der Verlauf bisher chronisch fortschreitend war. Besonders verwirrend ist auch das allerdings seltene Zwangslachen oder Zwangswen, je nach Befall entsprechende Hirnregionen.

MS im Kindes- und Jugendalter

Die verbreitete Ansicht, die MS im Jugend- oder gar Kindesalter sei selten, ist falsch – und was rechtzeitige Diagnose, gezielte Therapie und damit Heilungsaussichten anbelangt, mitunter folgenschwer. Meist handelt es sich in dieser Altersstufe zwar um Jugendliche, doch jedes 10. Kind ist auch jünger als 10 Jahre.

Die Krankheit beginnt auch in diesem Alter oft polysymptomatisch, wie der Fachausdruck heißt. Am häufigsten extreme Müdigkeit, Konzentrationsschwäche oder seelische Symptome, die ein solches Kind zuerst zum Psychologen oder Psychiater führen. Die bei erwachsenen Patienten eher typischen Lähmungs-Erscheinungen (oftmals das einzige Symptom) beobachtet man bei Kindern seltener.

Obgleich häufiger Schübe auftreten, verläuft die MS im Kindesalter langsamer als beim Erwachsenen. Schwere Behinderungen in einzelnen Funktionsbereichen erreichen die betroffenen Kinder nach 20 Jahren, Erwachsene allerdings schon nach 11 Jahren. Das scheint ein Vorteil. Doch die so früh getroffenen Kinder sind zu diesem Zeitpunkt erst durchschnittlich Mitte 30. Deshalb ist es so wichtig, das Fortschreiten der Erkrankung möglichst hinauszuschieben.

Daher wird im Kindes- und Jugendalter nicht nur eine so genannte Schub-, sondern auch schon Dauer-Medikation empfohlen, wie bei den Erwachsenen. Die Tendenz der Experten geht also zu einer relativ frühzeitigen konsequenten Therapie.

Leider gibt es auch bei den Fachleuten noch keine klaren Vorstellungen, wann diese am besten konkret beginnen sollte. Auch eine fundierte Nutzen-Risiko-Abwägung ist noch nicht in Sicht. Man hält es jedoch für vertretbar, dass schon nach relativ milden Erst-Symptomen eine Dauer-Therapie ins Auge gefasst wird, beispielsweise wenn bereits zwei Schübe in zwei Jahren aufgetreten sind.

Dabei gibt es außer medikamentösen Diskussionen noch ein weiteres Problem, das ggf. folgenreicher sein kann. Gemeint ist die Compliance bzw. Therapietreue oder Einnahmезuverlässigkeit, ja sogar die Motivation zu einer Dauer-Therapie in diesem Alter. Die Erst-Symptome sind – wie erwähnt – noch halbwegs vertretbar, eine ernstere Behinderung, die man den jungen Patienten allerdings nicht verschweigen oder ersparen kann, liegt noch in weiter Zukunft. Weshalb sich also jetzt schon mit Arzneimitteln belasten? Hier muss deshalb eine konsequente Motivations-Arbeit geleistet werden.

Günstig ist parallel dazu eine entsprechende Krankengymnastik, die vor allem die möglichen Sensibilitäts-(Empfindungs-)Störungen berücksichtigt. Und ggf. eine psychologische Begleitung.

MS im höheren Lebensalter?

Das mittlere Erkrankungsalter der MS beträgt etwa 28 Jahre. Nach dem 50. oder gar 60. Lebensjahr tritt sie kaum mehr auf (zwischen 5 bis 1%). Sie ist aber trotzdem möglich und macht dann eine rechtzeitige Diagnose noch schwieriger.

Häufiger als in jungen Jahren finden sich vor allem Bewegungsstörungen mit Sturzgefahr sowie alters-typische zusätzliche Leiden. Beispiele: Harnwegsinfekte, Dekubitus (Durchliegen), Lungenentzündung, Blasenentleerungs-Störungen, Missempfindungen und Schmerzen u. a.

Ein großes, wenngleich nur selten rechtzeitig wahrgenommenes und gezielt behandeltes Problem sind neben Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen und der Dauer-Mattigkeit bzw. raschen Erschöpfbarkeit die erwähnte depressive Entwicklung mit Suizidgefahr. Sie wird durch das Fehlen sozialer Unterstützung bei Einsamkeit und Isolation natürlich noch verstärkt. Manche dieser alten Patienten bitten dann in ihrer Resignation sogar gelegentlich um aktive Euthanasie.

Zur Frage der Berufsunfähigkeit (BU)

Die Beurteilung der beruflichen Leistungsfähigkeit von Patienten mit Multipler Sklerose hat ihre eigenen Probleme, man kann es sich denken. Vor allem das weite Spektrum möglicher körperlicher, geistiger und sogar seelischer Beeinträchtigungen erzwingt eine sehr genaue Analyse der einzelnen Störungen, wobei insbesondere der ursprüngliche Beruf und seine Aufgaben berücksichtigt werden müssen.

Schwierig können deshalb – je nach Einzelfall bzw. Befund – folgende Anforderungen werden: mittelschwere bis schwere körperliche Arbeiten, regelmäßiges Autofahren, längere Gehstrecken, besondere Anforderungen an Konzentration, Reaktionsvermögen oder Flexibilität, Nachschichtarbeit, die spezifischen Aspekte der Feinmotorik (Handarbeit), Arbeiten in (großer) Wärme sowie Arbeiten mit viel Publikumsverkehr (Sprechen).

Dabei kann es vor allem schwierig werden, kognitive Defizite möglichst objektiv zu erfassen, wobei nicht nur Konzentration, Gedächtnis, Handlungsplanung u. a., sondern auch die Kritikfähigkeit bedeutsam ist. Gerade bei einer gehirngewirblichen Kritik-Minderung oder gar erheblichen -Einbuße kann es zu durchaus peinlichen bis folgenschweren psychosozialen Konsequenzen kommen, die der Betroffene gar nicht realisiert bzw. verleugnet.

Umgekehrt muss aber beispielsweise der Rollstuhl bei entsprechend geistiger Leistungsfähigkeit und Motivation nicht gleich das berufliche Ende bedeuten, zumal ja der möglichst lange Einsatz ohnehin eine geistig-seelische und sogar körperliche Stabilisierungs-Funktion haben kann.

Spezifische Aspekte

- Für nicht wenige MS-Erkrankte scheint Wärme eine vorübergehende Verstärkung ihrer Beschwerden zu verursachen. So fühlen sie sich schlechter bei

warmem, schwülem Wetter oder sie bemerken eine ausgeprägtere Behinderung als Resultat erhöhter Körpertemperatur bei Fieber oder auch nur einem heißen Bad. Allerdings kann Hitze die Krankheit selber nicht verschlimmern.

- Auch Stress ist keine Ursache der MS, kann aber manchmal mit einer vorübergehenden Verschlechterung zusammenhängen. Dies sollte man berücksichtigen, nicht zuletzt im beruflichen Alltag.
- Ähnliches gilt für Entzündungen, andere (vor allem körperliche, aber auch seelische) Krankheiten oder auch nur Überanstrengung.
- Mäßiger Alkoholkonsum schadet nicht, wenn der Arzt es aus bestimmten Gründen nicht ausdrücklich verboten hat. Was auf jeden Fall aber zu beachten ist: Probleme durch Schwäche, Müdigkeit oder Gleichgewichtsstörung werden durch Alkohol natürlich noch verstärkt. Wahrscheinlich ist die Verträglichkeitsgrenze ebenfalls erniedrigt. – Rauchen verschlimmert die Multiple Sklerose, wie man inzwischen weiß. Es droht ein erhöhter Behinderungsgrad sowie ein erhöhter Gehirnschwund, wie kernspin-tomographische Untersuchungen zeigen.
- Und was man bei bestimmten Medikamenten beachten muss, erfährt man durch Arzt und Beipackzettel.

Diagnose und Prognose

Zu Beginn dieses Beitrags war von einem erfreulichen Erkenntnis-Zuwachs die Rede. Das betrifft vor allem die rechtzeitige Diagnose-Stellung. Während noch vor 10 Jahren eine sichere Diagnose erst nach 8 bis 10 Jahren Krankheitsverlauf möglich war, kann man heute dank der modernen technischen Diagnose-Möglichkeiten schon sehr früh, u. U. nach mehreren Monaten auf die richtige Diagnose stoßen. Ja, es müssen zu diesem Zeitpunkt noch nicht einmal ernstere funktionelle Einschränkungen aufgefallen sein. Damit ist natürlich auch eine frühe „krankheits-modifizierende“ Therapie möglich (s. u.).

Die Prognose, also die Heilungsaussichten bei MS ist allerdings sehr schwierig und damit eher unsicher – eigentlich erst nach mehreren (fünf?) Jahren möglich.

Als günstige Prognose-Faktoren gelten aber Erkrankungsalter unter 40 Jahre, schubförmiger Verlauf, gute Rückbildungs-Neigung der Symptome mit keinem oder nur geringfügigem funktionellem „Defekt“ (s. o.), Gefühlsstörungen und Sehnerven-Entzündung als Erst-Symptome (weil sie natürlich den Betroffenen auch schon sehr früh alarmieren) sowie eine lange Zeit (d. h. über 2 Jahre) zwischen den einzelnen Krankheits-Schüben.

Früher waren die Aussichten in der Tat trostlos. Doch hier hat sich – wie erwähnt – einiges getan, zum Hoffnungsvollen hin. Weil die Ursachen aber letztlich noch nicht völlig erforscht sind, ist eine echte Heilung immer noch nicht möglich.

Therapie heute

Doch verschiedene Therapie-Verfahren können – insbesondere beim schubförmigen Verlauf – das Fortschreiten der Erkrankung verzögern. Dadurch wird eine weitere Schädigung der Nervenfasern aufgehalten. So unterscheidet man die Schub-Therapie zur Beendigung der akuten Entzündung im Zentralen Nervensystem, die in das Immunsystem eingreifende Basis-Therapie, um die beschwerdefreie Zeit zwischen zwei Schüben zu verlängern und die so genannten symptomatische Behandlung, um die unterschiedlichen MS-Beschwerden und Einschränkungen im täglichen Leben zu mildern.

Damit hat sich auch die Lebenserwartung deutlich verbessert bzw. gleicht sich immer mehr an diejenige der Gesamtbevölkerung an. Deshalb geht es letztlich nur noch um die Verhinderung von Harn- und Atemwegs-Entzündungen, vor allem bei ausgeprägter Behinderung und Bewegungseinschränkung. Und – nicht zu vergessen – um eine seelische Betreuung, was sich von der zwischenmenschlichen Zuwendung bis zur gezielten Psychopharmaka-Therapie erstrecken kann (vor allem Antidepressiva zur Behandlung der nachvollziehbaren Resignation und Schwermut).

Krankengymnastik kann während des Krankheitsverlaufs helfen, und zwar sowohl nach akuten Schüben um zurückbleibende neurophysiologische Schäden zu mindern als auch während gleichbleibender Phasen zur Stabilisierung. Das gilt nicht zuletzt für die Gehunsicherheit mit oder ohne Gehhilfen. Natürlich gilt es Überanstrengungen zu umgehen, wobei jedoch mäßige sportliche Aktivität nicht mehr grundsätzlich verboten ist; selbstredend kein Risikosport, gerne aber angepasstes Nordic-Walking.

Ausreichend Schlaf ist grundsätzlich sinnvoll. Das Gleiche gilt für eine vernünftige Ernährung, wobei jedoch spezielle Diäten zur Besserung der MS sich bisher nicht durchsetzen konnten.

Medikamentös empfehlen die Neurologen vor allem so genannte Immuntherapeutika, die die Häufigkeit der Schübe reduzieren und ihr Fortschreiten verzögern. Gerade Letzteres wird wissenschaftlich besonders intensiv beforscht – mit offensichtlich aussichtsreichen Ergebnissen.

Seit jeher bedeutsam ist auch die so genannte Symptomatische Therapie im Rahmen eines umfassenden Behandlungskonzepts, um vor allem Blasenstörungen, Schmerzen, Missempfindungen, Muskelverkrampfungen, Sehstörungen

gen, Harnwegsinfekte, Lungenentzündung u. a. möglichst erfolgreich anzugehen.

Neben den wachsenden Möglichkeiten so genannter immun-modulatorischer Maßnahmen steht natürlich nach wie vor und trotz aller Nebenwirkungen das bewährte Kortison seit 1960 zur Verfügung, mit dem man einen neuen Schub möglichst früh in den Griff zu bekommen versucht.

Schlussfolgerung

Multiple Sklerose – ein Schreckenswort? Keine Diagnose, mit der zu spaßen ist. Aber inzwischen ein neurologisches Krankheitsbild, dem man heute ungleich wirkungsvoller zu begegnen vermag als früher. Das setzt allerdings – wie stets – eine rechtzeitige Diagnose, gezielte Therapie und konsequente Mitarbeit des Patienten voraus.

LITERATUR

Eine umfassende internationale Fachliteratur in jeglicher Form, ständig zunehmend und mitunter auch durch allgemein-verständliche Beiträge ergänzt. Nachfolgend eine kurz gefasste deutschsprachige Übersicht an Fach- und Sachbüchern:

Bauer, H. J.: **MS-Ratgeber.** Gustav Fischer-Verlag, Stuttgart-New York 1985

Dettmers, C. u. Mitarb.: **Rehabilitation der Multiplen Sklerose.** Hippocampus-Verlag, Bad Honnef 2010

Fröscher, W. (Hrsg.): **Neurologie.** Verlag Walter de Gruyter, Berlin-New York 1991

Hopf, H. Ch. u. Mitarb.: **Neurologie in Praxis und Klinik. Band II.** Thieme-Verlag, Stuttgart-New York 1981

Krämer, G., R. Besser: **Multiple Sklerose – Antworten auf die häufigsten Fragen.** Trias-Verlag, Stuttgart 2003

Limmroth, V., O. Kastrup: **Therapieleitfaden Multiple Sklerose.** Thieme-Verlag, Stuttgart 2003

Poeck, K.: **Neurologie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 1972/2009

Pöhlau, D., G. Werner: **Gesund und bewusst essen bei Multipler Sklerose.** Trias-Verlag, Stuttgart 2003

Poser, S.: **Multiple Sklerose.** Wiss. Verlagsges., Darmstadt 1986

Poser, S., G. Ritter: **Multiple Sklerose in Forschung, Klinik und Praxis.** Schattauer-Verlag, Stuttgart-New York 1980

Schmidt, R. M., F. Hoffmann: **Multiple Sklerose.** Verlag Urban & Fischer, Stuttgart 2001

Wiendl, H., B. C. Kieseier: **Multiple Sklerose.** Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart 2010

Zettel, U., E. Mix: **Multiple Sklerose. Kausalorientierte, symptomatische und rehabilitative Therapie.** Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York 2001