

# Therapie somatoformer Störungen in der Neurologie: die psychosomatische Perspektive

P. Henningsen

*Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Klinikum rechts der Isar*

## Zusammenfassung

In dem Artikel wird eine Übersicht zu diagnostischen und therapeutischen Handlungsempfehlungen im Umgang mit Patienten mit sogenannten pseudoneurologischen und anderen somatoformen Störungen in der Neurologie gegeben. Dabei wird besonders auf die Rolle des Neurologen eingegangen, dem eine wichtige sekundärpräventive und therapeutische Rolle bei dieser Patientengruppe zukommen.

**Schlüsselwörter:** somatoforme Störungen, funktionelle Störungen, neurologische Diagnose und Therapie

## Management of somatoform disorders in neurology

P. Henningsen

### Abstract

In this review diagnostic and therapeutic management recommendations are given concerning the management of patients with somatoform disorders in neurology. Special reference is made to the role of the neurologist who is very important in secondary prevention and successful treatment of this patient group.

**Key words:** somatoform disorders, functional somatic syndromes, management, neurology

© Hippocampus Verlag 2007

## Aufgaben des Neurologen im Umgang mit psychogenen/somatoformen Störungen

Psychogene Störungen sind häufig in der Neurologie. Diagnostisch werden sie aus psychosomatischer Sicht nach ICD-10 meist den Konversions- und den somatoformen Störungen zugeordnet, z.T. aber auch den Angst- oder depressiven Störungen; andere Hintergründe sind selten (artifizielle Störungen, Psychosen, Simulation). Symptome und Syndrome, bei denen häufig ein psychogener bzw. somatoformer Hintergrund angenommen wird, sind z.B. Schwindel, Bewegungsstörungen, Tremor, Anfälle, aber auch Schmerzsyndrome aller Art, Lähmungen und Gefühlsstörungen und Erschöpfungszustände. Derartige, organisch nicht ausreichend erklärbare Beschwerden treten immer wieder auch bei Patienten auf, die initial an einer eindeutig organ-neurologischen Störung erkrankten, z.B. einem ersten leichten Schub einer Multiplen Sklerose, bei denen in der Folge aber das Ausmaß der Beschwerden mit den Befunden nicht mehr in Einklang zu bringen ist.

Die Aufgaben des Neurologen im Umgang mit diesen Patienten sind doppelter Art: Zunächst einmal geht es wie immer darum, die Störung als solche zu erkennen, und

das heißt vor allem, möglichst frühzeitig an die Möglichkeit einer nicht-organischen Genese der geklagten Körperbeschwerden zu denken. Auf dieser Basis kann dann eine angemessene Therapie eingeleitet werden.

Zum zweiten geht es aber auch um eine Sekundärprävention, denn vom Verhalten des Neurologen hängt es auch ab, ob sich die psychogene/somatoforme Symptomatik chronifiziert und fixiert oder ob sie sich eher günstig entwickelt. Dies hat damit zu tun, dass ein wesentliches Problem der Patienten mit somatoformen Störungen häufig nicht nur die oben umrissenen Beschwerden selbst sind, sondern die begleitende Ursachenüberzeugung: Wenn der Arzt selbst sehr lange organmedizinisch diagnostiziert und therapeutisch interveniert, wird er die Überzeugung des Patienten bestärken, an einer ernstesten körperlichen Krankheit zu leiden, und aus dieser Überzeugung heraus wird der Patient dazu neigen, in dysfunktionaler Weise weitere organmedizinische Diagnostik und Therapie zu suchen. Sekundärprävention lässt sich bei diesen Störungen, vor allem wenn sie mit verminderter Leistungsfähigkeit, sei es durch Schmerzen, sei es durch Erschöpfung, einhergehen, auch durch eine Beratung generell hin zu (Re-)Aktivierung statt Schonung erreichen.

## Der diagnostische Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen in der Neurologie

Der initiale Umgang mit Patienten mit vermuteten psychogenen/somatoformen Störungen wird wesentlich davon bestimmt, an welchem Punkt des diagnostischen Prozesses sich der Untersucher befindet. Während anfangs meist bemühte, z.T. dringliche Versuche dominieren, eine organische Ursache der Beschwerden zu finden, ändert sich die affektive Tönung meist rasch mit dem entstehenden Verdacht einer psychogenen Störung: Gerade, wenn anfangs eine akut bedrohliche Störung im Raum stand, kann die Sorge einem ärgerlichen Gefühl des Getäuschtwerdens oder umgekehrt der Überlistung oder Entlarvung weichen, es kann aber auch Verunsicherung dominieren, ob nicht doch noch eine organische Ursache des unklaren Bildes vorliege.

Es ist hilfreich, sich diese eigene, initial häufig eher negativ getönte affektive Reaktion auf den Patienten klar zu machen, da sonst eher das Risiko besteht, die Arzt-Patient-Beziehung durch unkontrolliertes »Ausagieren« dieses Affekts zu belasten, z.B. im Sinne einer unvorbereiteten Konfrontation des Patienten mit der Aussage »Sie haben nichts« oder »das ist alles psychosomatisch«. Je mehr ein Patient selbst von einer organischen Ursache seiner Beschwerden überzeugt ist, desto eher wird er eine solche Aussage als Infragestellung der Legitimität seiner Probleme erleben, das Risiko eines Behandlungsabbruchs wird steigen. Als Ausdruck für die implizite Haltung gegenüber einem Patienten mit psychogen neurologischer Störung ist das Wort *Viktor von Weizsäcker* weiterhin brauchbar: »Ja, aber nicht so« – das heißt: Ich sehe, dass Du in Not bist, die Not ist aber nicht eine organisch-neurologisch, sondern anderweitig begründete.

## Allgemeine diagnostische und therapeutische Handlungsempfehlungen

Folgende diagnostische und therapeutische Vorgehensweisen haben sich in der Neurologie als günstig erwiesen, um einem Patienten mit vermuteter somatoformer Störung den Übergang von einer rein organischen zu einer psychosomatischen Betrachtungsweise seines Problems zu erleichtern, zu einer Beschwerdelinderung beizutragen und damit im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung auch erste therapeutische Schritte zu erreichen (die Vorgehensweisen orientieren sich an den »Leitlinien Somatoforme Störungen« 1 (Allgemeine Empfehlungen) und 6 (Konversionsstörungen) der psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachgesellschaften (vgl. Homepage Leitlinien der AWMF und [1]):

- *Organische (Ausschluss-)Diagnostik, soweit notwendig, geplant, nicht redundant, zeitlich gerafft durchführen:* Bagatell- und Zufallsbefunde kritisch bewerten, immer auf die interaktionelle Wirkung vorschnell geäußerter Verdachtsdiagnosen achten (fixiert ggf. ängstlich getönte Ursachenüberzeugung des Patienten)

- *Beim Verdacht auf eine somatoforme Störung Anamnese frühzeitig über Leitsymptom hinaus erweitern:*
  - Muster weiterer ätiologisch unklarer (somatoformer) Körperbeschwerden
  - psychische Symptome (Angst und Depressivität!)
  - Art der Ursachenüberzeugung des Patienten (gibt wichtige Hinweise auf zu erwartende Interaktionsprobleme)
  - gegenwärtige und ggf. auch biographisch zurückliegende psychosoziale Belastungsmomente
  - ggf. materielle Aspekte sekundären Krankheitsgewinns. Die Akzeptanz für eine erweiterte Anamnese ist sehr viel größer, wenn sie frühzeitig erfolgt und nicht erst, wenn alle organischen Untersuchungen abgeschlossen sind (was anfangs wie angenehm großes Interesse erlebt wird, erscheint später im diagnostischen Prozess leicht als Infragestellung, Abgeschobenwerden »in die Psycho-Ecke«)
- *Verzicht auf frühzeitige Konfrontation mit Aussage, die Beschwerden seien psychogen (s.o.)*
- *Möglichst nicht nur negative Aussagen zur Natur der Beschwerden machen (»Sie haben nichts«), sondern positives Erklärungsmodell anbieten:* Informationen über den psychophysiologischen Zusammenhang z. B. von Anspannung, Angst vor Schmerz und Schmerz selbst oder über den von Erschöpfung, Schonung und Dekonditionierung oder von Schwindel und Angst sind hilfreich und führen psychische Aspekte ein, ohne eine Psychogenese zu unterstellen.
- *Bei längerer Begleitung regelmäßige Einbestellung mit Untersuchung und Gesprächsangebot, nicht abhängig vom Beschwerdeausmaß:* Es ist empirisch nachgewiesen, dass allein diese Maßnahme Beschwerdedruck und Kosten um ca. 1/3 reduzieren kann
- *Bei Beschwerden mit deutlicher Erschöpfungskomponente maßvoll gestufte Aktivierung anstreben*
- *Gezielte pharmakologische Unterstützung, z. B. niedrig dosierte trizyklische Antidepressiva als Analgetikum:* niemals ausschließlich pharmakologische Behandlung
- *Physiotherapeutische oder andere körperorientierte Begleittherapie hilft – auch, um Legitimität der Beschwerden zu signalisieren:* Es ist wichtig, mit den Physiotherapeuten über Patient und Therapieplan zu kommunizieren, da diese trotz guter Behandlung oft ausgeprägt organische Erklärungsmodelle an die Patienten weitergeben, die kontraproduktiv sein können.

In weniger gravierend erscheinenden Fällen ist nicht immer eine fachpsychosomatisch/psychiatrisch/psychotherapeutische Mitbehandlung erforderlich. Eine Verlaufsbeobachtung unter Versicherung über den nicht-bedrohlichen Charakter der Beschwerden und Beratung über den besten Umgang damit kann ausreichend sein.

## Die Zusammenarbeit mit Psychosomatiker/Psychiater/ Psychotherapeut

Je enger der Kontakt und je genauer die Kenntnis der Arbeitsweise des »Psycho-Kollegen«, desto produktiver die Zusammenarbeit. Eine entsprechende Überweisung sollte mit dem Patienten vorbereitet werden (»Kollege, der sich gut auskennt in der Bewältigung solcher Probleme«). Eine Wiedereinbestellung nach dem ersten Termin beim »Psycho« ist sehr hilfreich, um nicht das Gefühl des »Abgeschobenwerdens« beim Patienten zu induzieren.

Aus psychosomatisch-psychotherapeutischer Perspektive ist zunächst die genauere diagnostische und differentialdiagnostische Zuordnung der aus Neurologensicht sogenannten psychogenen Störung zu einer der in Frage kommenden psychischen Störungen im engeren Sinne notwendig und sinnvoll. Ebenso ist eine Ergänzung/Erweiterung der biographischen Anamnese angezeigt, auch, aber nicht ausschließlich im Hinblick auf traumatische Erfahrungen. Im Weiteren geht es um Indikationsstellung, Aushandlung und ggf. Motivierung hin zu einer weitergehenden psychotherapeutischen Behandlung.

Diese Initialphase in der Psychotherapie psychogener bzw. somatoformer neurologischer Störungen ist weitgehend identisch über verschiedene therapeutische Schulrichtungen hinweg (insbesondere die tiefenpsychologische und verhaltenstherapeutische), Differenzierungen ergeben sich erst im späteren Verlauf einer solchen Therapie (vgl. [2]). Die psychotherapeutischen Behandlungsprinzipien der Initialphase setzen das fort, was idealerweise im Rahmen der neurologisch-psychosomatischen Grundversorgung mit dem Patienten begonnen wurde. Relevante Stichworte sind dabei:

### ■ Akzent auf Bewältigung statt Heilung:

Vermeidet unfruchtbare Ursachendebatten, ist akzeptabler. Das Betonen kleiner Schritte statt einer »Wunderheilung« gerade bei chronifizierten Bildern ist besonders wichtig, um nicht in eine Wiederholung der den Patienten aus früheren Behandlungsanläufen vertrauten Hoffnungs-Enttäuschungs-Zirkel (initiale Idealisierung, darauffolgende Entwertung des Behandlers) zu geraten.

### ■ Langsame Erweiterung des situativen und biographischen Beschwerdekontexts mit tangentialer Gesprächsführung:

Psychologische Begriffe wie »Stress« werden eher beiläufig eingeführt, dem Patienten dabei »die Führung überlassen«

### ■ Einbeziehung des Körpers:

Physiotherapeutische oder körpertherapeutische Behandlung ist, soweit vom Rahmen her möglich, parallel auch während einer Psychotherapie psychogen neurologischer Störungen anzustreben. Abgesehen von der Behandlung von Dekonditionierungseffekten ermöglicht die körperorientierte Behandlung vielen Patienten auch eine »gesichtswahrende« Begründung für eine Befundbesserung.

Während die Initialphase der Psychotherapie notwendigerweise am Erklärungsmodell und an den Symptomen des Patienten orientiert ist, werden in weiteren Phasen typischerweise stärker persönlichkeitspezifische Aspekte des Patienten fokussiert, sei es im tiefenpsychologischen Sinne struktureller Defizite oder unbewusster Konflikte, oder im verhaltenstherapeutischen Sinn maladaptiver Kognitions- und Verhaltensmuster.

Das psychosomatische Therapieangebot bei somatoform neurologisch Kranken ist sinnvollerweise schweregradgestuft. Grundvoraussetzung ist ein enger Austausch mit den behandelnden Haus- und Fachärzten, die psychotherapeutische Behandlung »allein im Kämmerlein« ist meist nicht zielführend.

In der ersten Stufe relativ akuter Beschwerden kann – ebenso wie in der Therapie des Neurologen – Versicherung, Legitimierung, Begleitung und Aktivierung des Patienten ausreichend sein.

Erst in der zweiten Stufe kommt eine symptomorientierte Psychotherapie, ggf. zusammen mit Physiotherapie und Pharmakotherapie, hinzu.

In der dritten Stufe, bei schwereren Verläufen, ist eine multimodale tages- oder vollstationäre Behandlung indiziert, in der die häufig vorhandene psychische Komorbidität, Persönlichkeitsfaktoren und die Soziallage des Patienten zusätzlich in den Fokus gelangen können. Eine psychosomatische Abteilung im Verbund einer neurologischen Rehabilitationseinrichtung hat hier besondere Vorteile, weil sowohl auf die körperlichen Beeinträchtigungen als auf das Erklärungsmodell der Patienten, die sich oft nach wie vor primär als körperlich-neurologisch krank erleben, in besonderer Weise eingegangen werden kann.

## Literatur

1. Henningsen P, Gündel H, Ceballos-Baumann A (Hrsg): Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinik neurologischer Psychosomatik. Schattauer Verlag, Stuttgart 2006 (hier insbesondere Teil A 2: Handlungsempfehlungen zur Gesprächsführung und Psychotherapie)
2. Rief W, Henningsen P: Somatoforme Störungen. In: Senf W, Broda M (Hrsg): Praxis der Psychotherapie. 3. Aufl., Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2005: 529-544

### Interessenskonflikt:

Der korrespondierende Autor versichert, dass das Thema unabhängig und produktneutral präsentiert wurde. Verbindungen zu einer Firma, die ein genanntes Produkt bzw. ein Konkurrenzprodukt herstellt oder vertreibt, bestehen nicht.

### Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. Peter Henningsen  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
Klinikum rechts der Isar, TU München  
Langerstr. 3  
81675 München  
e-mail: p.henningsen@tum.de