

Vom »entweder – oder« zum »sowohl als auch«: Die integrierte Versorgung komorbider neurologischer und funktionell psychischer Störungen im neurologi- schen Fach- und Rehabilitationskrankenhaus

R. Schmidt, R. Lütgehetmann, B. Krauß, K. Schörner

Kliniken Schmieder Konstanz und Gailingen, Bereich Psychotherapeutische Neurologie

Zusammenfassung

Neuropsychiatrische und funktionell psychische Störungen spielen, in Form komorbider psychischer wie pseudo-neurologischer Störungen, in Neurologie und Neuro-Rehabilitation eine zunehmend besser erkannte, wichtige Rolle. Körperliche und seelische Störungen können sich gegenseitig beeinflussen und ineinandergreifen, zumindest auf Ebene der Symptome und Funktionsbeeinträchtigungen. Allein schon mit Blick auf die erfolgreiche Behandlung der neurologischen Störung werden dann u.U. auch aufwendige, spezifische Maßnahmen erforderlich. Entsprechende Behandlungsmöglichkeiten fehlen jedoch weitgehend. Optimal ist eine Behandlung, die dem »doppelten«, neurologischen wie psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsbedarf durch ein integriertes Therapieangebot Rechnung trägt, welches die notwendigen Interventionen »aus einer Hand« zur Verfügung stellt. Der Beitrag stellt typische klinische Aufgabenstellungen und ein pragmatisch orientiertes, integriertes Versorgungsmodell vor.

Schlüsselwörter: Komorbidität, medizinisch ungeklärte Symptome, pseudo-neurologische Störung, Integrierte Versorgung

From “either – or” to “both and”: The integrated somato- and psychotherapeutic treatment of comorbid psychological and functional neurological disorders in primary and rehabilitative neurological care

R. Schmidt, R. Lütgehetmann, B. Krauß, K. Schörner

Abstract

Comorbid psychological disorders and functional neurological disorders play an important, lately increasingly acknowledged role in neurology and neurorehabilitation. Somatic and psychic disturbances may influence one another and present clinically in an intertwined way, at least at the level of symptoms and impairments. Specific diagnostic and therapeutic measures may thus be necessary, sometimes just to permit a successful treatment of the neurological problem. However their still is a deficit of adequate treatment facilities. In case of ‘double’ both neurological and psychiatric treatment necessities an integrated approach that provides one-stop somato- and psychotherapeutic interventions is optimal. Typical clinical problems and a pragmatic model of integrated care are presented.

Keywords: comorbidity, medically unexplained symptoms, functional neurological disorder, integrated somato- and psychotherapeutic treatment

© Hippocampus Verlag 2007

*»Um zu erkennen, lerne zu handeln.«
Heinz von Foerster*

Einleitung

Komorbide psychische Störungen bei neurologisch Kranken sind weit verbreitet und diagnostisch wie therapeutisch von großer Relevanz. Zwar variieren die Angaben zur Prävalenz in Abhängigkeit von der untersuchten Population, der Stichprobengröße, der Art und Schwere der neurolo-

gischen Störung und der eingesetzten Untersuchungsmethodik sehr. Über die Unterschiede hinweg sind die Prävalenzen für depressive und andere psychische Störungen bei stationär und zum Teil auch bei ambulant behandelten neurologisch Kranken jedoch höher als in der Allgemeinbevölkerung [11]. Nach Schätzungen kommt es bei einem Drittel bis zur Hälfte neurologisch Kranker und Behinderter im Verlauf der Erkrankung zu einer psychischen Störung. Zugleich gibt es immer überzeugendere Hinweise, dass sich

komorbide psychische Störungen auf Compliance, Länge des Krankenhausaufenthaltes, erreichbares funktionelles Ergebnis, Lebensqualität und auch Überlebenszeit auswirken. Trotz wachsender Kenntnisse ist die epidemiologische Datenlage freilich weiterhin ungenügend. Noch deutlicher ist der Mangel an fundierten Kenntnissen in diagnostischer und therapeutischer Hinsicht. Auch Studien zur Pharmako- und Psychotherapie fehlen weitgehend.

Dass die Komorbidität somatischer und psychischer Störungen trotz ihrer klinischen Bedeutung nach wie vor zu wenig aktive Beachtung findet, dürfte mit der Komplexität zu tun haben, die sich unweigerlich einstellt, wenn es um das Zusammenspiel somatischer und psychosozialer Einflussfaktoren geht. Es fehlen nicht nur entsprechende Verständnis- und Handlungsmodelle, es mangelt allein schon an der Sprache, die benötigt wird, die Wechselwirkungen zu beschreiben, die zwischen so unterschiedlichen Phänomenbereichen wie Körper, individueller psychischer Realität und natürlichem und gesellschaftlichen Kontext stattfinden [35]. Während die Spezialisierung fortschreitet und die medizinische Versorgung dadurch in Teilbereichen große, unbestreitbare Erfolge feiert, bleibt die für die Behandlung komorbider Störungen zentrale, auch wissenschaftlich schwierige Frage der Korrelation und des Zusammenspiels physischer und psychischer Sachverhalte in der Regel ungelöst – und zumal in der klinischen Versorgungsrealität meist unbeachtet.

Ein wesentliches Moment dieses Mangels dürfte in der deutlichen Trennung der medizinischen Versorgung in eine »Medizin für den Körper« und eine »Medizin für die Seele« liegen [38]. In der klinischen Praxis sind Diagnose und Therapie weithin vor allem an der Feststellung von Defiziten und an einer strikten Unterscheidung biologischer und psychosozialer Zusammenhänge ausgerichtet. Damit ist die Vernachlässigung mal der einen, mal der anderen Seite des Krankheitsgeschehens vorgebahnt. »Ganzheitliche« Versorgungsangebote, die es durchaus gibt, geraten andererseits leicht in Gefahr, zu wenig zu differenzieren und sich in verallgemeinernden, naiv psychosomatischen Verständnismodellen zu verlieren; und auf diesem Wege ebenfalls wesentliche Aspekte des Krankheitsgeschehens zu übersehen. Solche Ansätze stoßen meist rasch an ihre Grenzen, wenn, somatisch oder auch psychisch, ernsthaftere gesundheitliche Probleme zu lösen sind.

Der Ansatz, den wir hier vorstellen, verzichtet darauf, die angerissenen Fragen grundsätzlich lösen zu wollen, sondern versucht den konkreten Versorgungsbedarf abzudecken, indem er auf Ebene der klinischen Realität eines neurologischen Fach- und Rehabilitationskrankenhauses Möglichkeiten eines integrierten Vorgehens zu entwickeln sucht, das den unterschiedlichen, somatischen wie psychosozialen Aspekten des Krankheitsgeschehens im konkreten Einzelfall pragmatisch Rechnung trägt.

Das Konstanzer Modell: der Bereich Psychotherapeutische Neurologie

Als Fach- und Rehabilitationskrankenhaus verfolgen die Kliniken Schmieder seit den frühen 50-er Jahren das Ziel einer umfassenden und zugleich differenzierten Versorgung neurologisch Kranker. 83 der inzwischen über fünf Standorte in Baden-Württemberg verteilten 911 Betten gehören zum Bereich Psychotherapeutische Neurologie. Aufgabe dieser an den Standorten Konstanz und inzwischen auch Gailingen eingerichteten Spezialabteilung ist die Behandlung »doppelter«, zugleich neurologisch wie psychisch Erkrankter, deren Beschwerden und Beeinträchtigungen im Grenz- und Übergangsbereich von somatischen und somatoformen, hirnorganischen und funktionell psychischen Störungen Gestalt gewinnen.

Ausgangspunkt für die Schaffung der Abteilung war die klinische Beobachtung, dass es im Kontext einer neurologischen Klinik immer wieder Kranke gibt, die einer zielgerichteten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung bedürfen, zugleich aber weiter neurologisch behandelt werden müssen. Da es hierzu nur wenige publizierte Vorerfahrungen gab, auf die sich aufbauen ließ, haben wir die 1993 begonnene Entwicklung der Abteilung in Art einer explorativen Studie angelegt, deren in teilnehmender Beobachtung [6] gewonnenen Ergebnisse sich im Sinne eines kontinuierlichen Feedback-Prozesses für die personelle, organisatorische und konzeptuelle Weiterentwicklung des Bereiches und des Behandlungsangebotes nutzen lassen würden. Leitgedanke war, dass psychische Störungen bei nachgewiesener oder differentialdiagnostisch zu vermutender Schädigung des ZNS in aller Regel komplexe Störungen sind, die sich nicht hinreichend erfassen und behandeln lassen, wenn man sich ihnen nur auf einem Wege, entweder mit einem medizinischen oder einem psychosozialen Ansatz nähert. Dementsprechend wurde die Abteilung konzeptuell wie strukturell-organisatorisch so in das neurologische Umfeld eingebunden, dass die somatische und die psychosomatische Versorgung möglichst reibungslos ineinandergreifen, ohne dadurch die sinnvollen Differenzierungen und Spezialisierungen zu beeinträchtigen.

Es liegt auf der Hand, dass die Einrichtung eines derart integrierten Versorgungsangebotes innerhalb einer medizinischen Institution besondere Anforderungen an das Engagement und die Zusammenarbeit aller Beteiligten stellt. Sie ist so organisiert, dass es zwischen den Bereichen Neurologie und Psychotherapie keine strikte Trennung nach Krankheitsbildern gibt. Die Aufnahme in einen der beiden Bereiche erfolgt stattdessen nach der Priorität der verschiedenen Behandlungsnotwendigkeiten. Wird entsprechender Handlungsbedarf deutlich, sind prompte Verlegungen ohne Aufwand möglich. Auch ist das Therapieangebot in den beiden Bereichen nicht grundsätzlich verschieden, es findet vielmehr eine unterschiedliche Schwerpunktsetzung in einem gemeinsamen, breiten Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten statt. Damit ist die Möglichkeit geschaffen, für jeden Patienten einen umfassenden, individuell angepassten

Therapieplan zu erstellen. Schließlich ist ein regelmäßiger Austausch durch gegenseitige Konsultations- und Liaisonleistungen, gemeinsame Besprechungen und Fortbildungen sowie einen gemeinsamen ärztlichen Bereitschaftsdienst sichergestellt. Gemeinsame, an klinischen Schnittstellenproblemen (z. B. Fatigue, pseudoneurologische Störungen) ausgerichtete und im Lurija-Institut für Rehabilitationswissenschaften und Gesundheitsforschung an der Universität Konstanz auch institutionell verankerte Forschungsprojekte fördern die interdisziplinäre Reflexion zusätzlich.

Durchgeführt wird eine kombinierte Behandlung, die medizinisch-somatische, neuropsychologische und psychosomatisch-psychotherapeutische Maßnahmen direkt miteinander integriert und dem Patienten »aus einer Hand« zur Verfügung stellt. Zugleich findet, ebenfalls unmittelbar integriert, die sozialmedizinische Klärung und Intervention statt. Die Abteilung ist so konzipiert, dass schon abteilungsintern eine »doppelte«, medizinisch-somatische wie psychotherapeutische Kompetenz verfügbar ist, in der Betreuung ihrer Patienten nimmt sie selbst auch neurologische Aufgaben wahr. Durch die Einbindung in den differenzierten medizinischen Kontext eines großen neurologischen Fach- und Rehabilitationskrankenhauses steht darüber hinaus dessen umfassendes Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten zur Verfügung, das die Klärung und Behandlung auch unklarer und komplexer Krankheitsbilder erlaubt. Zugleich gibt das integrierte Vorgehen auch bei der Herstellung einer therapeutischen Beziehung einen unmittelbaren Behandlungsvorteil. Sonst zu erwartende Stigmatisierungsprozesse werden dadurch begrenzt, dass auf Ebene des Behandlungsangebotes, zumal in der Teilnahme an den Gruppentherapien, keine Differenzierung nach ätiologischen Diagnosen erfolgt. Die Zuordnung der Patienten richtet sich vielmehr nach dem jeweiligen Beeinträchtigungsprofil und führt in den Therapien vorrangig körperlich und vorrangig psychisch Kranke zusammen, die sich auch im klinischen Alltag und der behandlungsfreien Zeit immer wieder begegnen. Die Schwelle, auch psychische Aspekte zu berücksichtigen und sich auf eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einzulassen, ist für die Kranken niedrig, und es entfällt ein wesentliches Agierfeld. Eine weitere Besonderheit liegt in der frühen und direkten Einbeziehung berufstherapeutischer Behandlungsstrategien in Form integrierter psycho- und berufstherapeutischer Behandlungsmaßnahmen [29].

Komorbidität neurologischer und psychischer Störungen

Mit wachsendem Verständnis ihrer klinischen Bedeutung wachsen erfreulicherweise auch die Kenntnisse über das Vorkommen einzelner psychosozialer Belastungen und psychiatrischer Störungen [40]. Besonders zahlreiche und umfassende Beobachtungen liegen für depressive Störungen nach Schlaganfall vor. Sie können unmittelbar nach dem Schlaganfallereignis auftreten, aber auch erst viele Jahre nach dem Schlaganfall. Dem klinischen Bild nach kommen alle Ausprägungen depressiver Störungen vor.

Initial überwiegen stärker hirnrnorganisch geprägte Störungen, im Verlauf treten psychosoziale Einflüsse mehr in den Vordergrund. Die Angaben zur Prävalenz schwanken je nach untersuchter Population und verwendetem Depressionsbegriff stark, zwischen 20% bis über 70%. Folgt man einer zusammenfassenden Übersicht, ist jedoch zumindest bei einem Drittel der Schlaganfallpatienten mit einer klinisch relevanten depressiven Störung zu rechnen [25].

Die Komorbidität psychischer Störungen bei neurologisch Kranken ist aber nicht auf Schlaganfall und Depression begrenzt. Relevante psychische Beeinträchtigungen können bei allen neurologischen Erkrankungen auftreten – mit einem Schwerpunkt bei der MS, den Schädel-Hirn-Traumata, der Epilepsie, den Kopf-, Rücken und anderen Schmerzen und eben den vaskulären Erkrankungen.

In psychischer Hinsicht stellt die Depression zweifellos die häufigste klinische Störung dar. In irgendeiner Form ist aber auch Angst bei nahezu jedem ernsthaft neurologisch Erkrankten zu erwarten. Neben klinisch voll ausgeprägten Störungen findet sich häufiger eine unbestimmte, in das Krankheitsgeschehen unmittelbar verwobene Angst, die nur indirekt zum Vorschein kommt – etwa in einer forcierten Bewältigung (s. u.). Inhaltlich zeigen sich krankheitsbezogene und existentielle Ängste, insbesondere vor Kontrollverlust, Abhängigkeit und Hilflosigkeit. Wird die Erkrankung als überwältigende Bedrohung erlebt, die das bisherige Selbst- und Welt-Verständnis in seinem Kern in Frage stellt, können sich auch Züge einer posttraumatischen Belastungsstörung einstellen. Schließlich kann die neurologische Beeinträchtigung Anlass zu sekundär phobischer Angst und Vermeidung geben.

Unter den eigenen Patienten stellen neben den hirnrnorganischen Störungen und den Anpassungsstörungen mitsamt den Folgen psychischer Traumatisierung (v. a. in Zusammenhang mit Verkehrs- und Berufsunfällen) insbesondere die »pseudoneurologischen«, dissoziativen und Konversionsstörungen wiederkehrende Aufgabenstellungen dar, ebenso die somatoformen Störungen und der chronische Schmerz. Diese scheinbar somatischen, wesentlich aber doch funktionell psychischen Störungen sind gerade in der Neurologie weit häufiger als gemeinhin angenommen und stellen an Diagnose und Therapie eigene Anforderungen [3, 10, 17, 18, 24]. Das Vorliegen medizinisch nicht oder nur unvollständig erklärbarer Symptome und Beeinträchtigungen kann als Hinweis auf das Vorliegen einer relevanten psychischen Problematik gewertet werden – führt meistens aber erst nach einem langen Umweg über frustrane diagnostische und therapeutische Versuche in die angezeigte auch psychosomatische Behandlung. Als körpernahe Beschwerdebilder sind Symptomkomplexe wie Versagens- und Erschöpfungszustände, Belastbarkeitsminderungen, Befindensstörungen oder Arbeits- und Leistungsstörungen besonders zu nennen, deren differenzierende Zuordnung und Therapie häufig unklar bleibt, wenn gleichzeitig eine Hirnschädigung festgestellt oder auch nur als möglich erachtet wird. Aus medizinisch-somatischer Perspektive sind in diesem Zusammenhang die HWS-Distorsion und ihre

Spätfolgen, die leichten Schädel-Hirn-Traumata (von der Schädelprellung über die Commotio zur »mild traumatic brain injury«) und Zustände leichter Hirnschädigung, etwa nach Enzephalitis oder Hypoxie zu nennen. »Problemerkranke« wie z. B. die Borreliosen, die Fibromyalgie, das Chemical Sensitivity Syndrom u. ä. m. sind neurologisch und auch in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Arbeit meist schwierig. Bei einer Hirnschädigung können sich schließlich vorbestehende, aber bis zu der Erkrankung erscheinungsfrei gebliebene Persönlichkeitsstörungen manifestieren, in deren Vorfeld sich wiederum nicht selten psychisch traumatisierende Erfahrungen ausmachen lassen. Grundsätzlich können bei neurologisch Kranken alle funktionell psychischen Störungen vorkommen, je nach individueller Disposition und psychosozialer Belastung. Häufig zeigt sich dann schon insofern ein Zusammenhang, als die neurologische Schädigung gleichsam vorbestehende funktionell psychische Reaktionsbereitschaften freilegt.

Chronisch verlaufende und chronifizierende Krankheitsprozesse nehmen im klinischen Alltag unserer Abteilung breiten Raum ein; dann liegt meist eine zuvor verkannte oder unterschätzte psychiatrische Störung vor. Weitgehend unabhängig von der primär neurologischen oder psychiatrischen Ursache der Störung finden sich in diesen Fällen, im Sinne eines chronischen Krankheitsverhaltens, ebenso chronifizierte, festgefahrene persönliche Einstellungen und Verhaltensweisen – meist begleitet von ebenfalls chronifizierend wirkenden Bedingungen in persönlichem Lebensumfeld und beruflichem Kontext [22, 31, 37].

Pharmako- und Psychotherapie psychisch komorbider Störungen

Obgleich es für einzelne Krankheitsbilder durchaus differenzierte Behandlungskonzepte gibt, ist die pharmako- und psychotherapeutische Behandlung komorbider psychischer Störungen in der Neurologie gegenwärtig noch ein Entwicklungsgebiet. Spezielle, für einzelne neurologische Störungen spezifische Verfahren gibt es erwartungsgemäß nicht, für das therapeutische Vorgehen sind Beeinträchtigungsprofil und Art und Ausprägung der neurologischen wie der psychischen Störung entscheidend. Die vorhandenen – insgesamt dürftigen – Untersuchungen lassen insbesondere einen Effekt kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen erkennen. Für die psychodynamischen (tieffenpsychologischen) Verfahren, bei denen der Mangel an fundierten Behandlungsempfehlungen besonders deutlich ist, ist aber zu erwarten, dass sie bei speziellen Indikationen, etwa begleitenden Persönlichkeitsstörungen oder Konversionsstörungen, primär indiziert und hilfreich bei der Bearbeitung existentieller Fragen sind [33]. Besonders bei Patienten, bei denen übersteigerte Aktivität und Leistungsorientiertheit zur psychischen Problematik beitragen, ist ein therapeutischer Zugang, der den Fokus vom »leisten müssen« weg verschiebt, nach unseren Beobachtungen von Vorteil. Neben der individuellen Psychotherapie kommt

der Einbeziehung relevanter Personen aus dem persönlichen Lebensumfeld des Kranken im Rahmen von Beratungen oder auch regelrechten paar- bzw. familientherapeutischen Interventionen umso mehr Bedeutung zu, je größer die systemischen Auswirkungen bzw. Einflüsse sind. Unter den aktuellen ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen ist in diesem Zusammenhang zunehmend häufiger auch das weitere soziale, besonders das berufliche Umfeld des Kranken zu berücksichtigen.

Liegt eine kriteriologisch abgrenzbare psychische Störung vor, wird sich die Therapie primär an den entsprechenden Leitlinien und Behandlungsempfehlungen orientieren. Auch dann aber wird die Behandlung der Tatsache der körperlichen Erkrankung Rechnung tragen müssen und inhaltlich Aspekte der Krankheitsbewältigung und Neuorientierung aufgreifen, die von der Bearbeitung intimer existentieller Fragen bis hin zu den sozialen Konsequenzen der Erkrankung reichen [27]. Eine angemessene, gleichsam störungsspezifische Behandlung psychisch komorbider Störungen erfordert daher zumeist eine auf die Erfordernisse des individuellen Krankheitsgeschehens abgestimmte Integration von Interventionen aus verschiedenen pharmako- und psychotherapeutischen Behandlungsansätzen und Verfahren. Psycho- wie Pharmakotherapie müssen dabei der veränderten physischen und psychischen Belastbarkeit und einer in der Regel erhöhten Empfindlichkeit gegen Nebenwirkungen Rechnung tragen [26].

Die Komplexität und die ätiologische Vieldeutigkeit der Störungen, die sich, meist mehrfach determiniert, im Übergang- und Grenzbereich (hirn-)organisch und funktionell psychischer Störungen manifestieren, wirft klinische Fragestellungen auf, die sich von denen reiner, primär psychischer Symptombildungen deutlich unterscheiden können. Die Behandlung komorbider neurologischer und psychischer Störungen stellt deshalb eigene Anforderungen, die im Folgenden mit Blick auf die Besonderheiten der Diagnosestellung, die Berücksichtigung des kranken Körpers, die Notwendigkeit der Krankheitsbewältigung und Neuorientierung sowie den Umgang mit der Komplexität dargestellt werden.

Besonderheiten der Diagnosestellung

Einige Besonderheiten gibt es schon bei der Diagnosestellung zu berücksichtigen. Das klinische Bild komorbider psychischer Störungen kann unter Umständen stark von dem Bild psychischer Störungen abweichen, wie es sich bei körperlich Gesunden darstellt. Auf Symptomebene gibt es einen breiten Überschneidungsbereich zwischen den körperlichen Schädigungsfolgen und somatoformen Symptombildungen. Die (hirn-)organische Funktionsstörung kann die jeweils gebotene Symptomatik phänomenologisch verändern, etwa indem die organische Schädigung die psychische Störung verdeckt oder dadurch, dass die Eigenwahrnehmung oder die Ausdrucksmöglichkeiten des Betroffenen beeinträchtigt sind.

Die Einführung kriterienbasierter Diagnosesysteme, die sich in vielerlei Hinsicht als Vorteil erwiesen hat, führt außerdem dazu, dass psychische Störungen, welche die geforderten Kriterien nicht voll erfüllen, leicht übersehen werden. Es ist mit unterschwelligem psychischen Störungen zu rechnen, die unterhalb der Schwelle operationalisierter Diagnosen bleiben, wahrscheinlich aber von erheblichem Krankheitswert sind [12]. Psychische Störungen bei neurologisch Kranken können aber auch deshalb schwerer zu erkennen sein, weil zu ihrer Diagnose nicht ohne weiteres auf das Kriterium einer fehlenden organischen Ursache zurückgegriffen werden kann. Dabei wird übersehen, dass eine körperliche Schädigung das Auftreten einer – mehr oder weniger somatoformen – psychischen Störung durchaus fördern kann.

Eine weitere, häufige und geradezu störungsspezifische Aufgabe liegt darin, den Zugang zur Diagnose und zur erforderlichen Therapie überhaupt erst zu ermöglichen. Existentielle Angst und erfahrene psychische Traumatisierung, körperliche Schädigung und Tendenz zur Somatisierung sowie der Einfluss des Bewältigungsverhaltens bringen es mit sich, dass neurologisch Kranke mit einer psychischen Problematik primär häufig hinter dem Berg halten. Allein schon zur Diagnose komorbider psychischer Störungen kann deshalb ein aktiv zugehendes, zugleich supportives und grundsätzlich wertschätzendes Vorgehen erforderlich sein, das Betroffenen erst den sicheren Rahmen gibt, den sie brauchen, um sich anzuvertrauen und sich mit ihrer Situation zu konfrontieren.

Die Art der Krankheitsbewältigung als Baustein der Diagnose und Therapie

Bei Diagnose und Therapie komorbider psychischer Störungen kann es hilfreich sein, auf die Modifikationen zu achten, die das klinische Bild durch die Art der Krankheitsbewältigung und insbesondere den Umgang des Patienten mit seinen existentiellen Ängsten erfährt. Hierzu gehört die forcierte Bewältigungshaltung, eine nach unseren Erfahrungen bei neurologisch Kranken oft zu beobachtende Copingstrategie. Sie stellt den Versuch dar, eine körperliche oder psychosoziale Belastung durch Fokussierung auf die eigenen Stärken und aktive Negation eigener (psychischer) Bedürftigkeit in den Griff zu bekommen. Als Merkmale lassen sich insbesondere eine vermehrte psychophysische Aktivität und Rastlosigkeit beobachten. Eine geradezu »alexithyme« innere Wahrnehmung (zumal gegenüber existentieller Angst) geht mit einer Tendenz zur Somatisierung einher, Erleben und Handeln scheinen von dem Bestreben bestimmt, einem (erlebten oder drohenden) Kontrollverlust entgegenzuwirken. Psychodynamisch können diese Einstellungen und Verhaltensweisen modellhaft als aktiv abgewehrte existentielle Angst und Depressivität verstanden werden. Im Rahmen der Krankheitsbewältigung kann es schließlich sogar funktional sein, die Wahrnehmung eigener psychischer Schwäche oder auch des eigenen psychischen Betroffenseins nicht zuzulassen. Gerade bei körper-

lichen Krankheiten, die sich in höhergradigen Funktionsdefiziten und Handicaps äußern, besteht die Anforderung, alle Kräfte »zusammenzureißen«, da die Kontrolle des Körpers bzw. der körperlichen Beeinträchtigungen nur dann gelingt, wenn man sich ganz darauf konzentriert. Dies geht mit einer vermehrten Aktivität und Vermeidung emotionaler Abhängigkeit einher und mit den anderen Merkmalen einer forcierten Bewältigung. Aber auch in psychischer Hinsicht kann ein existentiell überwältigender Kontrollverlust drohen. Es muss also darum gehen, sich keine Schwäche zu erlauben – nicht nach außen, aber auch nicht nach innen. Die Wahrnehmung eigener Emotionen wird insoweit eingeschränkt, als diese zu einer Verunsicherung und psychischen Labilisierung führen könnten. Nach außen setzt der Kranke dem Problem der verlorengegangenen Normalität (»problem of lost normality« [23]) das Bemühen entgegen, in der Begegnung mit anderen zumindest den Schein der psychischen Normalität zu wahren. Gepaart mit der Befürchtung eigener Minderwertigkeit und Schwäche können ebenfalls auf diese Weise abgewehrte Scham- und Schuldgefühle die skizzierte Dynamik verstärken.

Auch wenn die Strategie der forcierten Bewältigung v. a. in der ersten Zeit nach einer Erkrankung grundsätzlich funktional sein kann, so ist sie aber eindeutig von Nachteil, wenn sie sich verselbstständigt: Zum einen ist sie auf Dauer dysfunktional, weil wesentliche Anteile der eigenen affektiven Wahrnehmung dem Betroffenen nicht zur Verfügung stehen. Die daraus folgende inadäquate Bewertung der Situation führt affektiv wie kognitiv zu inadäquaten Schlussfolgerungen, die ihrerseits eine erfolgreiche Bewältigung verhindern. Zum anderen kann das labile Gleichgewicht nur zum Preis ständiger Anstrengung und Anspannung aufrechterhalten werden. In der Folge stellen sich mit einer zunehmenden Tendenz zur Somatisierung Zeichen der Erschöpfung ein, die im Rahmen einer progressiven Dekompensation zuletzt auch in eine manifeste depressive Symptomatik einmünden können.

Klinisch beeindruckt Kranke mit einer forcierten Bewältigung häufig als Menschen, die mit ihrem schweren Schicksal – psychisch wie auf Ebene der Funktionsbeeinträchtigungen – besonders gut zurechtkommen. Neben Formen vermehrter Erschöpfbarkeit und von Fatigue ist insbesondere auf »verdeckte« depressive Störungen zu achten, die sich in den gängigen Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren nicht zuverlässig abbilden und auch klinisch unerkannt bleiben können, wenn nicht zielgerichtet daraufhin untersucht wird [30]. Es lassen sich zwei Prägnanztypen herauschälen: Beim anhaltenden antriebsarm-resignativen Erlebnisswandel stehen neben vielfältigen körpernahen Beschwerden ein Verlust von Antrieb und Aktivität, ein Verlust von Interesse oder Freude selbst an angenehmen Aktivitäten und ein deutlicher sozialer (interaktioneller) Rückzug im Vordergrund. Entscheidendes Merkmal der rezidivierenden kurzen depressiven Störung ist dagegen, dass sie sich nur zeitweilig als Störung manifestiert. Es handelt sich um wiederkehrende depressive Einbrüche, die nur Stunden dauern können, aber in längstens einigen Ta-

gen wieder abklingen und angesichts längerer Zeiten von Symptommfreiheit häufig unerkant bleiben.

Der kranke Körper

Die körperliche Störung nimmt in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung naturgemäß einen hervorragenden Platz ein – und zwar unabhängig von der Genese der körperlichen Beeinträchtigung. Zwar erlauben weder die Schwere der Erkrankung noch die der Beeinträchtigung eine Vorhersage von Psychopathologie oder Behandlungsbedarf. Funktionsbeeinträchtigungen und Krankheitsverlauf bestimmen jedoch den subjektiven Horizont des Kranken ebenso wie den realen Spielraum therapeutisch erzielbarer Veränderungen. Zugleich geben die körperlichen Beeinträchtigungen einen Erlebnis- und Handlungsrahmen vor, in dem sich auch die psychische Befindlichkeit bevorzugt äußert; und dies umso mehr, je mehr Art und Schwere der Erkrankung und der neurologische, primär somatische Behandlungskontext eine somatische Beschwerdeschilderung nahelegen. Vor allem wenn die neurologische Erkrankung mit großem Leid und schweren Beeinträchtigungen einhergeht, bestimmt die veränderte körperliche Verfassung des Patienten in existentiell weit unmittelbarer Weise sein psychisches und soziales Leben, so dass das Körperliche gleichsam stärker als zuvor in das Psychische hineinreicht und das subjektive Befinden stärker moduliert. Zugleich wird das Leiden an psychischen Problemen in somatischen Behandlungskontexten unter den Beteiligten, wie in einer unausgesprochenen, stillen Konvention, vielfach so negativ konnotiert, dass körperliche Beschwerden und Symptome die Funktion bekommen können, in einer Art Körpersprache Psychisches zum Ausdruck zu bringen, das anders nur zum Preis einer Stigmatisierung geäußert werden kann. Die Gefahr der Ausgrenzung ist umso größer, als das möglichst emotionsfreie Ertragen körperlichen Leidens sogar besondere Anerkennung verschafft und das Ausblenden psychischer Bedürftigkeit eine individuell wie institutionell weit verbreitete Bewältigungsstrategie darstellt. Alle diese Überlegungen gelten letztlich unabhängig davon, ob es sich primär um eine neurologische oder um eine pseudo-neurologische Störung handelt.

Unterstützt wird eine Tendenz zur Somatisierung und damit eher somatoforme Symptombildung vom Vorliegen der körperlichen Beeinträchtigung, die in Art eines somatischen Entgegenkommens [5] mit dazu beiträgt, dass Emotionen und Interaktionen auch vor allem körperlich zum Ausdruck kommen – und körperlich verstanden werden. Wo einem sonst etwas auf das Gemüt schlägt oder auf den Magen, da wird der Patient mit einer neurologischen Erkrankung mit einer Verstärkung oder zumindest verstärkten Wahrnehmung der Symptome und Funktionsstörungen reagieren. Und auf diese Wahrnehmung mit verstärkten körperbezogenen Ängsten und verstärkten Bewältigungsanstrengungen reagieren. Ist mit der körperlichen Erkrankung auch eine psychische Traumatisierung verbunden, kann der Körper (*the body keeps the score* [39]) zudem auch Spuren

der in der akuten Symptommanifestation gelebten Erfahrung bewahren, die sich in rezidivierenden Beschwerden niederschlagen, die das initiale Beschwerdebild nachzeichnen. Insbesondere bei anfallsweisen Schmerzen oder anderen rezidivierend auftretenden Symptomen, die mit Erleben drohender Gefahr verbunden sind, ist daran zu denken. Zusammenfassend kommt es darauf an, die körperlichen Phänomene auch in ihrer psychosozialen Bedeutung verstehen zu lernen und die psychischen Phänomene in ihren körperlichen Auswirkungen. Während die Möglichkeiten einer Somatisierung psychischer Phänomene und einer entsprechenden somatoformen Symptombildung selbst im Kontext einer rein medizinischen Betrachtung (jedenfalls grundsätzliche) Beachtung finden, fehlt es doch weiterhin an Wissen darüber, wie der (kranke) Körper welche Erlebnis-inhalte zum Ausdruck bringt. Was fehlt und dringend zu entwickeln ist, ist eine Psychopathologie des Körpers (*Psychopathologie du somatique*, [20]).

Naturgemäß kann eine primär psychische Störung das Krankheitsgeschehen ebenso bestimmen und ihrerseits das Bild der körperlichen Symptomatik modifizieren. Neben rein psychogenen pseudoneurologischen Symptombildungen ist an somatoforme bzw. dissoziative Modifikationen der neurologischen Störung zu denken. Nicht nur bei der Hysteroepilepsie, sondern auch bei anderen Krankheitsbildern – vor allem denen, die mit einem plötzlichen Erkrankungsbeginn, wiederkehrenden Anfällen oder Schüben einhergehen – können Symptomexazerbationen, gleichsam in einer Art von Mimikry, die Gestalt der körperlichen Störung annehmen und doch vorrangig funktionell psychisch bedingt sein [4, 16, 19, 28]. Neben den unmittelbaren Krankheitsfolgen kann schließlich das in Zusammenhang mit der körperlichen Erkrankung veränderte Körpererleben einen entscheidenden Interventionsfokus darstellen.

Die Durchführung integrierter Behandlungsmaßnahmen

Komorbidität heißt zunächst eigentlich nur das Zusammentreffen mehrerer Krankheiten, die nichts miteinander zu tun haben müssen – etwa eine Fraktur und eine allergische Rhinitis. Selbst bei primär voneinander unabhängig erscheinenden Störungen gibt es meist dennoch einen dynamischen Zusammenhang, vor allem, wenn man auf die Ebene der Beschwerden und funktionellen Beeinträchtigungen schaut. Das gilt besonders für das ZNS, das aufgrund seiner vielfältigen, zentralen Aufgaben geradezu als somato-psychosoziales Organ bezeichnet werden kann, das gleichsam die Schnittstelle zwischen der Regulation basaler physiologischer Abläufe und deren Integration und den mentalen und psychischen, aber auch den sozialen Funktionen bildet. Gerade in der Neurologie kann die diagnostische Klärung (mitsamt den auf ihr aufbauenden Behandlungsempfehlungen) deshalb nicht bei der Abgrenzung als autonom verstandener, unterschiedlicher Störungen stehenbleiben. Die differentialdiagnostischen Überlegungen müssen vielmehr um die Beschreibung von Zusammenhängen und Wechselwirkungen zwischen körperlichen und

seelischen Erscheinungen ergänzt werden. Erst damit sind angemessene Voraussetzungen für eine integrierte Behandlung geschaffen.

Die Beschreibung von Bedingungsgefügen

Vor dem Hintergrund weitgehend fehlender integrierter Behandlungskonzepte wurde unter Einbeziehung der inzwischen mehr als 10-jährigen klinischen Erfahrung ein praxisorientiertes Diagnose- und Therapiemodell für die Versorgung komorbider psychischer Störungen im klinisch-neurologischen Alltag entwickelt. Darin wird das klinische Bild als Ausdruck eines Bedingungsgefüges untersucht, das idealtypisch alle medizinischen Sachverhalte und Befunde, alle sozialen Bezüge, aber auch alle individuellen Erlebnis- und Verhaltensweisen umfasst, die für Auftreten und Verlauf der psychischen Störung relevant sind. Ergänzend zu Hauptdiagnose und Nebendiagnosen werden Funktionsstörungen, Beeinträchtigungen, aber auch persönliche Ressourcen erfasst. Daneben sind Persönlichkeit und Biographie, Psychodynamik bzw. Verhaltensanalyse und die familiäre und weitere soziale Lebenswelt zu berücksichtigen. Zusätzlich sind die bevorzugten Bewältigungsstrategien des Kranken und, zumal bei chronischen Krankheitsverläufen, der Behandlungskontext selbst in die Analyse mit einzubeziehen. Aufbauend auf den so gewonnenen Informationen werden Hypothesen generiert, wie die unterschiedlichen Sachverhalte in der Manifestation des Krankheitsgeschehens – sich wechselseitig verstärkend oder gegenseitig abschwächend – zusammenwirken könnten, und welche diagnostischen und therapeutischen Erfordernisse sich aus den einzelnen Befunden und Hypothesen und ihrer Zusammenschau ergeben. Unter aktiver Reduktion der in den vorhergehenden Schritten angewachsenen Komplexität wird aus den gewonnenen Informationen die primäre Ausrichtung abgeleitet, der die in der Regel multidisziplinären therapeutischen Interventionen folgen. Die Ergebnisse fließen dann wiederum, in Art eines kontinuierlichen Feedbackprozesses, in die Präzisierung und Fortschreibung des Bedingungsgefüges und der sich daraus ergebenden diagnostischen und therapeutischen Interventionen ein. Einen übergreifenden konzeptuellen Rahmen für diese Arbeit bieten systemtheoretische Verständnis- und Handlungsmodelle, bei denen der Untersucher auch seine eigene Rolle und die seiner Modellbildungen in die Betrachtung mit einbezieht [9, 36]. Für die Integration in die Praxis der Rehabilitation bietet sich darüber hinaus das Konstrukt der funktionalen Gesundheit an, das biologische, psychische und soziale Aspekte von Krankheit und Behinderung zusammenführt; die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) könnte zugleich die notwendige Begrifflichkeit liefern [32]. In einem jüngst erschienen Lehrbuch der Neuro-Psychosomatik findet sich ein weiteres, vergleichbares Konzept [13].

Die Arbeit im Team

Der Teamarbeit kommt in der Rehabilitation, zumal der neurologischen, per se schon große Bedeutung zu. Zumeist sind eine Vielzahl unterschiedlicher Funktionsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen, die entsprechend vielschichtige therapeutische Maßnahmen benötigen, die, obwohl hoch spezialisiert, in eine in sich stimmige Gesamtbehandlung münden. Geht es um die Integration medizinisch-somatischer und psychotherapeutischer Ansätze, sind die Anforderungen an den einzelnen Therapeuten besonders hoch. So ist jedes Teammitglied gefordert, über die Grenzen – und Grundannahmen – des eigenen Aufgabengebietes hinaus aktiv daran mitzuarbeiten, eigene und alternative Verständnis- und Handlungsmodelle in ein umfassendes Behandlungsangebot umzusetzen. Das verlangt neben fachspezifischer Kompetenz und Konsequenz die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, der zu einem wesentlichen Instrument der diagnostischen und therapeutischen Arbeit wird. Mit Blick auf die Überwindung diagnostisch-therapeutischer Einseitigkeit kommt es darauf an, die eigene Neugier wach zu halten und gar Respektlosigkeit zu entwickeln: Neugier darauf, was an einem bestimmten klinischen Problem noch unverstanden sein könnte; Neugier darauf, wie es außerdem noch erklärt werden könnte; und Respektlosigkeit den eigenen Theorien und Handlungsweisen gegenüber [2, 34]. Dazu gilt es, zwischen der aktiven Produktion von Komplexität und ihrer konstruktiven Reduktion hin- und herwechseln zu lernen.

Für die Behandlung komorbid psychischer und pseudo-neurologischer Störungen sind in allen neurorehabilitativ relevanten Therapiebereichen spezielle Kenntnisse und therapeutische Ansätze erforderlich, die üblicherweise kaum gelehrt werden. Ein wesentlicher Aspekt integrierter therapeutischer Arbeit ist deshalb die Aus- und Weiterbildung. Für alle therapeutisch Tätigen einschließlich der Pflege gilt: Kenntnisse und Fähigkeiten müssen möglichst breit angelegt sein und zumindest fundierte Kenntnisse der Indikation und Möglichkeiten der anderen therapeutischen Aufgabengebiete umfassen. Je vielfältiger die zur Anwendung kommenden Verständnis- und Handlungsmodelle sind, umso mehr stellt schließlich der Umgang mit Komplexität eine eigene Anforderung dar. Gelernt werden muss dazu auch der Umgang mit der persönlichen Verunsicherung, der sich in der Konfrontation mit ganz unterschiedlichen Sicht- und Handlungsweisen rasch einstellt. Die Verunsicherung tritt umso leichter ein, als es eine definitive Sicherheit bei Komorbidität oft nicht gibt. Gerade die psychotherapeutische Arbeit wird – zumal bei Störungen, die mit Rezidiven oder Schüben einhergehen – immer wieder von Befürchtungen überschattet, ob nicht doch eine dringende somatische Behandlungsbedürftigkeit übersehen wird. Ihr Pendant ist die Belastung mit existentiellen Fragen, die sich drängender einstellen, wenn ein kranker Mensch im Ganzen wahrgenommen wird; und es dann nicht möglich ist, durch Fokussierung auf einen Teil des Krankheitsgeschehens andere Aspekte des Problems auszublenden. Dass

sowohl körperliche als auch seelische Probleme vorliegen, macht die persönliche Betroffenheit größer, gerade auch für den Behandler. Regelmäßige – medizinische wie psychotherapeutische – Supervision ist deshalb eine Voraussetzung für eine integrierte therapeutische Arbeit.

Der Patient als Team-Mitglied

Es liegt auf der Hand, dass sich die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit umso unmittelbarer auf den Patienten auswirkt, je mehr die Teamarbeit im Mittelpunkt steht. Dem lässt sich dadurch am besten Rechnung tragen, dass der Kranke, gleichsam als der Spezialist für sich selbst, mit seinen Krankheitsvorstellungen und auch Lösungsvorschlägen, aktiv und explizit in die Teamarbeit eingebunden wird. Alle Ergebnisse, aber auch alle offenen Fragen und die sich jeweils ergebenden diagnostischen Notwendigkeiten und therapeutischen Möglichkeiten werden ausführlich erläutert und diskutiert; darauf aufbauend wird das weitere Vorgehen abgestimmt. Dadurch wird es möglich, die Durchführung der Maßnahmen nicht an eine vom Patienten vorab akzeptierte differentialdiagnostische Abgrenzung zu binden, sondern die Frage der Wechselwirkung somatischer und psychischer Störungsanteile offen zu halten und sogar aktiv zu einem Fokus der Therapie zu machen. So können insbesondere auch Vorbehalte und Zweifel konstruktiv aufgegriffen werden – was Verunsicherung und Widerstände gerade bei Patienten mindert, die Schwierigkeiten haben, die psychosozialen (oder gelegentlich auch die somatischen) Seiten des Krankheitsgeschehens zu akzeptieren. Auf diesem Weg wird nicht nur eine »partizipative Entscheidungsfindung« [1] realisiert, sondern die bei Komorbidität häufig zentrale Frage nach der – somatischen oder funktionell psychischen – Ätiologie der Symptome und Beeinträchtigungen in einen therapeutischen Kontext gestellt. Die gemeinsame Klärung wird so zum Kern des therapeutischen Geschehens, um den herum sich die notwendigen somato- und psychotherapeutischen Maßnahmen gruppieren.

Implizite Interventionen

In dem Maße, in dem es gelingt, den eigenen therapeutischen Ansatz um alternative Verständnis- und Handlungsmodelle zu erweitern, werden auch »implizite« Therapie-maßnahmen möglich. »Implizit« meint hier das Aufgreifen psychotherapeutischer Inhalte im Kontext der somatotherapeutischen Intervention – und umgekehrt. Zum Beispiel lässt sich eine körperliche oder auch apparative Untersuchung dazu nutzen, Ängste zu binden oder Fragen der Psychogenese gleichsam beiläufig zu klären. Umgekehrt kann die psychotherapeutische Begegnung dazu genutzt werden, in Zusammenhang mit der körperlichen Erkrankung aufgetretene Fragen zu klären, etwa die Frage einer mit Ängsten besetzten Medikation oder Untersuchung. Ganz ähnlich lassen sich physio- und ergotherapeutische Maßnahmen psychotherapeutisch nutzen, während psychotherapeutisch

fundierte Kunst- und Gestaltungstherapien oder Bewegungstherapien viele Spielräume zur Behandlung etwa sensomotorischer Funktionsdefizite bieten. Somatische Therapieverfahren zugleich unter einem psychotherapeutischen Blickwinkel zu betrachten, ist auch deshalb gerechtfertigt, weil die Behandlung des Körpers per se offensichtlich positive psychotrope Wirkungen zeigt. Eine Aufgabe, die ein implizites therapeutisches Vorgehen nahezu immer erfordert, ist die Behandlung von hirnrnorganischen psychischen Störungen und von Störungen höherer Hirnfunktionen. Indikation und Einsatz neuropsychologischer Interventionen sind mitsamt theoretischem Fundament und empirischen Grundlagen in einem eigenen Beitrag in diesem Heft dargestellt [8]. Eine hirnrnorganische Schädigung schließt – wie noch viel zu häufig fälschlich angenommen – die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Intervention keineswegs aus, erfordert jedoch eine Anpassung des therapeutischen Vorgehens an die emotionalen und kognitiven Funktionsbeeinträchtigungen, wobei die erforderlichen neuropsychologischen Maßnahmen idealerweise schon von vorneherein aus einem auch psychotherapeutischen Verständnis heraus erfolgen und psychotherapeutische Interventionen direkt integrieren [7, 21]. Erst die differenzierte Verhaltensanalyse oder das psychodynamische Modell schafft die Voraussetzungen für einen optimalen Einsatz übender Verfahren.

Im Grunde ist fast jedes therapeutische Vorgehen auch zu impliziten Interventionen im hier gemeinten Sinne geeignet, entscheidend ist, inwieweit der Arzt oder Therapeut in der Lage ist, diese Möglichkeiten zu erkennen und zu nutzen. Behandlungstechnisch liegt der Vorteil vor allem darin, dass Hemmnisse und Widerstände klein gehalten werden können, während Motivation und Mitarbeit gefördert werden; zugleich wird das Zusammenspiel somatischer und psychischer Aspekte für den Patienten in der Therapie direkt erfahrbar – und damit für die Krankheitsbewältigung und eigene Entwicklung nutzbar.

Ausblick

Nicht jede komorbide psychische Störung benötigt ein derart umfassend integriertes Vorgehen, wie es hier beschrieben worden ist; und auch nicht jede primär psychische pseudoneurologische Störung. In vielen Fällen reicht es aus, die notwendigen Maßnahmen über Konsiliar- und Liaisondienste auf den Weg zu bringen und die eigentliche Behandlung in die Hand des Spezialisten zu legen. Allein diese Aufgabe freilich erfordert vom neurologisch Tätigen nicht nur klinische Aufmerksamkeit, sondern fundierte psychiatrisch-psychotherapeutische Kenntnisse, da seinem ärztlichen Handeln wesentliche Bedeutung für das Zustandekommen einer erfolgreichen psychischen Behandlung zukommt [14]. Angesichts der hohen Prävalenz komorbider psychischer Störungen, des ebenfalls häufigen Vorkommens pseudoneurologischer Störungen und ihrer Auswirkungen auf Behandlungsverlauf und -ergebnis gilt freilich auch schon aus rein neurologischer Sicht,

dass neurologisch Tätige, um neurologisch angemessen diagnostizieren und therapieren zu können, über entsprechende psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Kenntnisse und Erfahrungen verfügen sollten [15]. Je deutlicher ein »doppelter« Behandlungsbedarf das Krankheitsgeschehen prägt, umso größer wird die Gefahr, dass wesentliche Störungsanteile unbeachtet und Behandlungsspielräume ungenutzt bleiben, wenn der Komplexität des Krankheitsgeschehens nicht durch ein entsprechend differenziertes Behandlungsangebot Rechnung getragen wird. Was benötigt wird, sind – im Grunde selber schon wieder spezialisierte – integrierte Behandlungsansätze, die der Interaktion somatischer und psychosozialer Störungsanteile und der resultierenden Komplexität der Behandlungsanforderungen schon auf institutioneller und organisatorischer Ebene Rechnung tragen können. Die einfache Kombination neurologischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Maßnahmen reicht dazu häufig nicht aus. Ein primär integriertes Vorgehen, das somato- und psychotherapeutische Maßnahmen in eine abgestimmte und in sich stimmige Behandlung einbindet, ist vor allem erforderlich für Störungsbilder, bei denen sich somatische und psychische Störungsanteile auf Symptomebene unmittelbar überschneiden. Im Feld der Neurologie ist das z. B. bei manchen kognitiven Störungen, bei Fatigue und bei den pseudoneurologischen Störungen der Fall. Das hier vorgestellte Modell einer integrierten klinischen Versorgung stellt eine mögliche Antwort auf die vielschichtigen Anforderungen dar, die sich bei der Diagnose und Therapie komorbider neurologischer und funktionell psychischer Störungen stellen. Es bietet darüber hinaus – konzeptuell wie klinisch-organisatorisch – einen Rahmen für die Entwicklung integrativer Verständnis- und Handlungsmodelle. Kurz gefasst ließe sich dieses Vorgehen je nach Ausgangspunkt als »Neurologie plus« oder auch als »Psychosomatik plus« kennzeichnen. Spezialistische Sicht- und Handlungsweisen werden in einen Gesamtzusammenhang gestellt, indem das differentialdiagnostische und -therapeutische »entweder – oder« um ein »sowohl als auch« ergänzt wird. Gewinn eines solchen Vorgehens ist eine Medizin, die »mehrdimensional, integrativ oder pluri-perspektiv«, in dem Verzicht auf die eine umfassende Erklärung, Wege zu einem umfassenden Verständnis von Krankheit und krankem Menschen erst eröffnet [41]. Obwohl, gemessen an den klinischen Verläufen und den Rückmeldungen der Patienten und Zuweiser, in der Entwicklung des hier vorgestellten Versorgungsmodells eine Menge erreicht worden ist, ist noch weitaus mehr zu tun. Klinisch wie wissenschaftlich gibt es im Gebiet der Komorbidität somatischer und funktionell psychischer Störungen weiterhin viel mehr Fragen als Antworten. Der hier gebotene »Blick in die Werkstatt« soll deshalb insbesondere auch eine Anregung sein, sich mit dem Thema somatisch-psychischer Komorbidität zu beschäftigen.

Literatur

1. Bieber C, Ringel N, Eich W: Partizipative Entscheidungsfindung und ihre Umsetzung im Gesundheitswesen. *Klinikarzt* 2007; 36: 21-25
2. Cecchin G: Zum gegenwärtigen Stand von Hypothesieren, Zirkularität und Neutralität: Eine Einladung zur Neugier. *Familiendynamik* 1988; 13: 190-203
3. Ebel H, Algermissen C: Diagnose und Therapie von psychogenen Bewegungsstörungen. *Neurologie und Rehabilitation* 2007: Beitrag in diesem Heft
4. Ferrante FM, Rana MV, Ferrante MA: Conversion disorder mimicking Dejerine-Roussy syndrome (thalamic stroke) after spinal cord stimulation. *Reg Anesth Pain Med* 2004; 29: 164-167
5. Freud S: Bruchstück einer Hysterieanalyse. 1905
6. Friedrichs J, Lüdtkke H: Teilnehmende Beobachtung - Einführung in die sozialwissenschaftliche Feldforschung. Beltz, Weinheim 1973
7. Gauggel S: Grundlagen und Empirie der Neuropsychologischen Therapie: Neuropsychotherapie oder Hirnjogging?: *Zeitschrift-fuer-Neuropsychologie* 2003; 14: 217-270
8. Gauggel S: Neuro-Rehabilitation: Auf dem Weg zu einem einheitlichen Behandlungsansatz. *Neurologie und Rehabilitation* 2007: Beitrag in diesem Heft
9. Glatzel PM: Allgemeine Systemtherapie - Überlegungen zu einer universellen Therapietheorie und ihrer Anwendung auf die psychotherapeutische Praxis. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1995; 63: 49-58
10. Gündel H: Einige funktionelle Störungen in der Neurologie. *Neurologie und Rehabilitation* 2007: Beitrag in diesem Heft
11. Härter MC: Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 2000; 50: 274-286
12. Helmchen H: Unterschwellige psychische Störungen. *Nervenarzt* 2001; 72: 181-189
13. Henningsen P: Strukturmerkmale des Erklärungsrahmens: Wie passen »Neuro« und »Psycho« in der Neuro-Psychosomatik zusammen? In: Henningsen P, Gündel H, Ceballos-Baumann A (eds): *Neuro-Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart, New York 2006, 31-52
14. Henningsen P: Therapie somatoformer Störungen in der Neurologie: die psychosomatische Perspektive. *Neurologie und Rehabilitation* 2007: Beitrag in diesem Heft
15. Kanner AM: Should neurologists be trained to recognize and treat comorbid depression of neurologic disorders? *Yes. Epilepsy Behav* 2005; 6: 303-311
16. Kanner AM, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierre-Louis S, Iriarte J: Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology* 1999; 53: 933-38
17. Lempert T, Dieterich M, Huppert D, Brandt T: Psychogenic disorders in neurology: frequency and clinical spectrum. *Acta Neurol Scand* 1990; 82: 335-340
18. Merskey H, Trimble M: Personality, sexual adjustment, and brain lesions in patients with conversion symptoms. *Am J Psychiatry* 1979; 36(2): 179-182
19. Morgan JC, Hughes M, Figueroa RE, Sethi KD: Psychogenic paroxysmal dyskinesia following paroxysmal hemidystonia in multiple sclerosis. *Neurology* 2005; 65: E12
20. Pedinielli JL: Psychopathologie du somatique: la »maladie-du-malade«. *Cliniques méditerranéennes* 1993; 37/38: 129-137
21. Prigatano GP: Neuropsychologische Rehabilitation von kognitiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen nach Hirnschädigung. In: Prigatano GP (ed): *Neuropsychologische Rehabilitation*. Springer, Berlin, Heidelberg 2004, 139-156
22. Prigatano GP: Persönlichkeitsstörungen und Hirnschädigung: Theoretische Grundlagen. In: Prigatano GP (ed): *Neuropsychologische Rehabilitation*. Springer, Berlin, Heidelberg 2004, 93-114
23. Prigatano GP: 1994 Sheldon Berrol, MD, Senior Lectureship: The problem of lost normality after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation* 1995; 10: 87-95
24. Reuber M, Mitchell AJ, Howlett SJ, Crimlisk HL, Grunewald RA: Functional symptoms in neurology: questions and answers. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 307-314
25. Robinson RG: Poststroke depression: prevalence, diagnosis, treatment, and disease progression. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 376-387
26. Schmidt R: Diagnose und Therapie der Depression nach Schlaganfall. *Der Allgemeinarzt* 2006; 18: 10-12
27. Schmidt R, Berger M: Psychotherapeutische Ansätze bei neurologischen Erkrankungen und neurologischer Behinderung. In: Walleesch

- C-W (ed): Neurologie. Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis. Elsevier, Urban und Fischer, München, Jena 2005, 1065-1073
28. Schmidt R, Krauß B, Weiß M: Psychotherapie komorbider psychischer Störungen bei MS. *Neurol Rehabil* 2006; 12: 214 - 223
 29. Schmidt R, Löttgen J, Bösch J, Petrovici M: Psychotherapie in der Neurologie. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 2001; 14: 280-287
 30. Schmidt R, Löttgen J, Bösch J, Petrovici M: Depressive Störungen nach Schlaganfall. Wirksamkeit und Stabilität stationärer und teilstationärer Rehabilitationsmaßnahmen. 2003, [http://www.ifrr.vdr.de/internet/vdr/home.nsf \(BMBF01GD98213\)](http://www.ifrr.vdr.de/internet/vdr/home.nsf (BMBF01GD98213))
 31. Schmidt R, Löttgen J, Lütgehetmann R: Chronizität und chronifiziertes Krankheitsverhalten: Die pragmatische Integration medizinisch-somatischer und psychosomatisch-psycho-sozialer Ansätze als Ausgangspunkt erneuter Entwicklung. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 1995; 8: 193-197
 32. Schuntermann M: Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Deutsche Rentenversicherung* 2003; 1-2
 33. Schüßler G: Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 1998; 43: 382-390
 34. Selvini-Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, P: Hypothese, Zirkularität und Neutralität. *Familiendynamik* 1981; 6: 123-139
 35. Simon FB: Unterschiede, die Unterschiede machen. *Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Springer, Berlin 1988, 123
 36. Simon, FB: Unterschiede, die Unterschiede machen. *Klinische Epistemologie: Grundlage einer systemischen Psychiatrie und Psychosomatik*. Springer, Berlin 1988
 37. Sturm J, Zielke M: In: Zielke M, Sturm J (eds): *Handbuch Stationäre Verhaltenstherapie: Chronisches Krankheitsverhalten: Entwicklung eines neuen Krankheitsparadigmas*. Beltz, Weinheim 1994
 38. Uexküll v. T, Wesiack W: *Theorie der Humanmedizin*. Urban & Schwarzenberg, München-Wien-Baltimore 1991, z.B. 8-11
 39. van der Kolk BA: The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harv Rev Psychiatry* 1994; 1: 253-265
 40. Wallesch C-W, Schlote A: Psychosoziale Folgen neurologischer Erkrankungen. *Neurologie und Rehabilitation* 2007: Beitrag in diesem Heft
 41. Wesiack W: In: Loch W (ed): *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse: Einführung in die psychosomatische Medizin*. Hirzel, Stuttgart 1989, 289-360

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:

Dr. med. Roger Schmidt
Kliniken Schmieder Konstanz und Gailingen
Bereich Psychotherapeutische Neurologie
Eichhornstrasse 68
78462 Konstanz
e-mail: r.schmidt@kliniken-schmieder.de