

Psychotherapie komorbider psychischer Störungen bei MS

R. Schmidt, B. Krauß, M. Weiß

Bereich Psychotherapeutische Neurologie, Kliniken Schmieder Konstanz und Gailingen

Zusammenfassung

Psychische Störungen bei Multipler Sklerose sind häufig und werfen eigene, noch viel zu oft vernachlässigte Behandlungsanforderungen auf. Neben den depressiven Störungen und den hirnanorganischen Beeinträchtigungen erfordern insbesondere die deutlich erhöhte Suizidalität, die in unterschiedlichen Erscheinungsformen auftretende Angst, der Schmerz und vielfältige somatoforme Symptombildungen, die diagnostisch nicht immer unmittelbar zu erkennen sind, mehr Beachtung. Wegen der engen Verknüpfung somatischer und psychischer Krankheitsaspekte ist – diagnostisch wie therapeutisch – ein Vorgehen angemessen, das somato- und psychotherapeutische Maßnahmen einschließlich der neuropsychologischen Behandlung und einer differenzierten (Psycho-) Pharmakotherapie direkt miteinander verknüpft. Krankheitsbewältigung und Neuorientierung, existentielle Fragen, Schuld und Scham, der bedrohte Selbstwert und die gefährdete Autonomie sind wiederkehrende Aufgaben für die psychotherapeutische Intervention, die, ausgerichtet am individuellen Bedarf und selbst multimodal angelegt, Information, edukative und übende Maßnahmen, Psychotherapie i. e. S. und komplementäre Verfahren kombiniert.

Schlüsselwörter: Multiple Sklerose, psychische Komorbidität, somato-psychosomatisch, integrierte Psychotherapie

Psychotherapeutic interventions in the treatment of comorbid psychological disorders in multiple sclerosis

R. Schmidt, B. Krauß, M. Weiß

Abstract

Psychological disturbances are frequent in multiple sclerosis and require a specific treatment, which is all too often not or not adequately provided. Apart from depressive and psycho-organic disorders, attention needs to be put on the risk of suicide, which is markedly increased, on the various manifestations of anxiety, on pain syndromes and especially on somatoform syndromes, which are not always easily recognized. As the physical and the psychological aspects are closely linked in multiple sclerosis, it makes sense to approach this disease – diagnostically as well as therapeutically – with a direct combination of somatic and psychotherapeutic measures, including a differentiated (psycho-) pharmacotherapy and, if need be, a neuropsychological intervention. As regards content therapeutic interventions especially need to focus on the patients' coping and re-orientation, their existential questions, their feelings of guilt and shame, their vulnerable self-worth and endangered autonomy. Integrated psychotherapy of comorbid psychological problems in MS thus adapts to the specific needs at hand, is multimodal and includes information, education, standard psychotherapeutic treatment and complementary interventions.

Key words: multiple sclerosis, psychiatric comorbidity, somato-psycho-somatic, integrated psychotherapy

© Hippocampus Verlag 2006

Psychische und psychosomatische Störungen bei MS

Psychische und psychosomatische Störungen bei Multipler Sklerose spielen klinisch eine anerkannt wichtige Rolle, wobei das Interesse vor allem der Depressivität gilt, weit vor allen anderen psychischen Störungen. Depressive Störungen finden sich bei Multipler Sklerose nicht nur im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger, sondern auch im Vergleich zu anderen chronisch neurologischen Erkrankungen; nach Schätzungen liegt die Lebenszeitprävalenz bei mehr als 50% [62]. Einschränkend ist zu sagen, dass

die bekannten Daten von stationär klinisch behandelten Kranken stammen und Informationen über die psychische Gesundheit MS-Kranker, die ambulant gut zurecht kommen, fehlen. Zugleich beschränken sich die meisten Untersuchungen auf das Vorkommen einer major depression. Zum Vorkommen anderer depressiver Störungen ist kaum etwas bekannt, es liegt aber nahe, dass auch minor depression und larvierte depressive Störungen eine Rolle spielen. Ätiologisch ist sowohl mit organisch affektiven Störungen als auch mit primär psychischen affektiven Störungen zu rechnen, dabei sind auch mögliche Nebenwirkungen der

medikamentösen Behandlung zu beachten [31]. Das Risiko von Suizidversuchen und erfolgreichen Suiziden ist ebenfalls – deutlich – erhöht, besonders zu Beginn der Erkrankung und bei jungen Männern [4, 12, 23, 27]. Das Vorkommen von Angststörungen ist nur wenig untersucht, sie sollen sich bei bis zu einem Drittel der Erkrankten finden [22]. In Form einer unspezifischen, ängstlichen Verunsicherung dürfte Angst aber ein noch häufigeres Begleitsymptom der MS sein. Situativ phobische und sozial phobische, um die MS-bedingten Funktionsbeeinträchtigungen kreisende Ängste finden sich klinisch ebenfalls häufig, hinreichend wissenschaftliche Aussagen gibt es dazu aber keine. Die früher häufiger diskutierte Annahme einer MS-typischen prämorbidem Persönlichkeit konnte nicht belegt werden. Dagegen ist das Vorkommen sowohl schizophrener als auch bipolar affektiver Störungen erhöht [25, 88]. Da psychische Störungen bei neurologisch Kranken nicht immer leicht zu diagnostizieren sind, eine angepasste klinische Untersuchung häufig unterbleibt und vermehrt »unterschwellige« psychische Störungen [37] vorkommen, könnte die tatsächliche Belastung durch psychische Beeinträchtigungen aber noch höher liegen.

Neben den offensichtlichen, sich im unmittelbar Psychischen abspielenden, im Erleben und Verhalten des Patienten erkennbaren Störungen ist mit somatoformen Störungen oder Störungsanteilen zu rechnen – und das um so mehr, als gerade die Symptome der MS in ihrer Unwägbarkeit und Eindringlichkeit viel »somatisches Entgegenkommen« bieten und leicht zum somatischen »Kern« von Somatisierungen werden können (s. u.). Chronische Schmerzsyndrome finden sich bei bis zu 65% der Erkrankten und können eine eigene schmerz- und auch psychotherapeutische Intervention erfordern [8, 44]. In Abhängigkeit von den neurologischen Beeinträchtigungen, aber auch wenn schwerwiegende Ausfälle fehlen, können sich Störungen der Sexualität einstellen, etwa weil Versagensängste oder ein Selbstverständnis als Kranker im Wege stehen. Sie werden häufig vernachlässigt, verdienen jedoch besondere Aufmerksamkeit, nicht nur medizinisch, sondern auch psychotherapeutisch: Zum einen sind vielfach junge Menschen in einer Lebensphase betroffen, in der die Partnerschaft und die Gründung einer eigenen Familie im Mittelpunkt stehen [11, 19]. Zum anderen handelt es sich um Störungen, die ein Leben lang nachhaltig in die individuelle Beziehungsgestaltung eingreifen und auch bei älteren Menschen eine schwere Beeinträchtigung darstellen können [77].

Eine krankhafte, von einer unbegründet heiteren Stimmung mit Sorglosigkeit, Optimismus und subjektivem Wohlbefinden gekennzeichnete Euphorie gilt besonders für die fortgeschrittene Multiple Sklerose als typisches Symptom der hirnorganischen Schädigung. Sie findet sich, jedenfalls in heutigen Zeiten, bei bis zu einem Viertel der Erkrankten und damit weitaus seltener als die leichteren kognitiven Störungen, die bei 40% und mehr der Erkrankten beobachtet werden [24, 82]. Bei schweren Verläufen bildet sich eine Demenz heraus. Auch das Vorliegen von dementiellen oder anderen eindeutig hirnorganischen Symptomen wie

Zwangslachen oder -weinen schließt einen relevanten, behandlungsbedürftigen und behandlungsfähigen, funktionell psychischen Störungsanteil freilich nicht aus.

Vor dem Hintergrund der hohen psychischen Komorbidität hat die Psychotherapie bei MS ein wichtiges Einsatzfeld. Wegen der engen Verknüpfung mit den somatischen Aspekten des Krankheitsgeschehens sind im Vergleich zur Psychotherapie rein funktionell psychischer Störungen einige Besonderheiten zu beachten, die im folgenden dargestellt werden, bevor auf Vorgehen und Inhalte der Psychotherapie eingegangen wird.

Die Diagnose funktionell psychischer Störungen bei MS

Das häufige Vorkommen funktionell psychischer Störungen bei MS ist zwar weithin anerkannt, und auch ein entsprechender Behandlungsbedarf wird immer wieder attestiert. Im medizinischen Alltag bleibt die Behandlung und vielfach schon die Diagnosestellung funktionell psychischer Störungen bei MS dennoch häufig dem Zufall überlassen. Eine qualifizierte psychiatrisch-psychotherapeutische oder psychologische Untersuchung ist eher die Ausnahme als die Regel. Auch in den wissenschaftlichen Studien beschränkt sich die Untersuchung viel zu oft auf Fragebögen und eine allenfalls orientierende klinische Untersuchung, die einen Teil der Störungen überhaupt nicht und alle anderen nur wenig differenziert erfasst [33]. Das ist um so problematischer, als sich psychische Störungen bei MS einer einfachen diagnostischen Zuordnung oft widersetzen, weil die gezeigte Symptomatik meist komplex zusammengesetzt ist – aus einer Mischung von hirnorganischen Beeinträchtigungen, reaktiven Elementen, einer prämorbidem, nun zunehmend dekompenzierten Persönlichkeitsstörung und unerwünschten Wirkungen der eingesetzten Medikamente [95].

Somatoforme Symptombildungen sind nur schwer von den primären Symptomen der MS abzugrenzen und werfen klinisch ebenfalls diagnostische Schwierigkeiten auf. Bei Multipler Sklerose ist auch mit regelrechten pseudoneurologischen, psychogenen Körperstörungen zu rechnen, die meist nur schwer zu diagnostizieren sind [74]. Bei der von uns so genannten *Mimikry* nimmt die psychogene Körperstörung die Gestalt einer Symptomatik an, die durch die bekannte Schädigung bereits hinreichend erklärbar ist oder scheint. Da in solchen Fällen, die sich etwa unter dem Bild des letzten Schubes manifestieren können, nicht auf das Kriterium einer fehlenden somatischen Ursache zurückgegriffen werden kann und Patient wie Behandler durch die im Grunde charakteristischen, vor dem Hintergrund des bisherigen Verlaufs geradezu beweisenden Symptome leicht in die Irre geführt werden, bleiben derartige Störungen meist längere Zeit unentdeckt – und unbehandelt [14, 71].

Da der frühe Einsatz immunmodulatorischer Therapien einen langfristig wirksamen Vorteil gegenüber einem späteren Behandlungsbeginn verspricht, ist es heute weit wichtiger als früher, die Diagnose einer entzündlichen Er-

krankung nicht zu versäumen. Aber auch unabhängig von dieser Notwendigkeit finden sich immer wieder Fälle, in denen im Zweifel selbst bei inkonsistenten Befunden für das Vorliegen einer MS optiert wird. Dabei bleibt unbeachtet, dass dem Risiko, eine körperliche Erkrankung zu übersehen, das Risiko gegenüberzustellen ist, eine nicht vorhandene körperliche Erkrankung körperlich zu behandeln und dabei die notwendige Behandlung einer psychischen Störung zu unterlassen. Wahrscheinlich sind bei verbesserten apparativ-diagnostischen Verfahren die *Fehlerraten* inzwischen deutlich geringer. Eine systematische Nachuntersuchung der seit den 50er Jahren vorliegenden Studien über Konversionssymptome berichtet aus den letzten Jahrzehnten über 4% falsch positive Diagnosen mit späterem Nachweis einer neurologischen Erkrankung [87]. Besonders leicht führen offenbar unspezifische Sensibilitätsstörungen zu einer fehlerhaften Zuordnung [50]. Eine fälschlicherweise diagnostizierte MS wurde 1987 in 8% der Fälle gesehen, wobei die Folgen einer solchen Fehldiagnose angesichts der teilweise eingreifenden Behandlungsmaßnahmen sehr weitreichend sein können [36, 38]. Auch bei Patienten, die nach jahrelangem Verlauf und an den Rollstuhl gefesselt zur Behandlung kommen, kann sich noch eine pseudoneurologische Störung herausstellen, eine Beobachtung, die wir selbst ebenfalls wiederholt gemacht haben [2].

Umgekehrt können psychische Störungen aber auch eine MS verbergen. Funktionell psychische Symptome können der Entwicklung MS-typischer Symptome vorausgehen, woran v.a. bei psychischen Störungen zu denken ist, die rasch progressiv oder primär chronisch verlaufen und mit kognitiven Beeinträchtigungen einhergehen [7, 51, 53, 76]. So wie Somatisierungsprozesse das Bild einer psychischen Störung modifizieren können, kann eine *Psychologisierung* vorkommen. Der Kranke versucht in solchen Fällen, die MS psychosomatisch zu erklären und damit die Tatsache der körperlichen Erkrankung zu leugnen oder zu bagatellisieren. Durch die entzündliche Erkrankung hervorgerufene Symptome oder die Erkrankung selbst werden dann durch psychische Konflikte oder Schwächen erklärt, die etwa durch Psychotherapie oder auch eigene Anstrengung so zu bewältigen sind, dass damit zugleich auch die MS überwunden werden kann.

Liegt eine körperliche Erkrankung vor, kann das klinische Bild auch durch die Art der Krankheitsbewältigung so modifiziert werden, dass es manchmal nur schwer zu erkennen ist. Gerade MS-Kranke zeigen häufig eine von uns so genannte *forcierte Bewältigung*, die kurz gefasst in einer aktiven Negation emotionaler (psychischer) Bedürftigkeit sich selbst und/oder Anderen gegenüber besteht und der Abwehr existentieller Ängste (v.a. Siechtum, Abhängigkeit) dient. Wesentliche Merkmale sind ein Übermaß an äußerer Aktivität, eine einseitige Fokussierung auf die eigene Stärke, ein Ringen um die Kontrolle der Situation und der Interaktion, eine aktive Abwendung von Aufmerksamkeit und die Suche nach Ablenkung sowie die Vermeidung

von Beziehungsangeboten und Situationen, die ängstlich-depressiven Affekten Raum geben könnten, verbunden mit der Forderung nach instrumenteller Unterstützung. Ein solches Bewältigungsverhalten ist von Vorteil, wenn es darum geht, eine Situation der Beeinträchtigung oder Gefahr durch Mobilisation aller Energien zu überwinden [26]. Vor allem bei schweren und progredienten Erkrankungen kann die persönliche Autonomie damit länger aufrechterhalten werden. Wird sie zur alleinigen Form der Erfahrung und Lebensgestaltung, werden jedoch die Krankheitsverarbeitung und eine notwendige Neuorientierung behindert, und somatoforme und manifeste psychische Störungen können die Folge sein.

Bei MS ist schließlich mit »*unterschwelligem*« *psychischen Störungen* zu rechnen, bei denen die diagnostischen Kriterien für eine Einordnung nach ICD-10 oder DSM-IV nicht voll erfüllt sind, die aber auf der Ebene der Beeinträchtigungen und Krankheitsfolgen nahezu gleich schwere Auswirkungen haben können wie die voll ausgeprägten Störungen [21, 37]. In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf rezidivierende depressive Einbrüche von nur Stunden bis zu wenigen Tagen Dauer, in dieser Zeit jedoch schwer ausgeprägter Depressivität¹ zu achten, wie wir sie häufig im Wechsel mit einer forcierten Bewältigung sehen. Aber auch still resignative, asthenisch antriebsarme Rückzugs-syndrome werden in ihrem funktionell psychischen Gehalt leicht übersehen.

Von Behandlerseite treten diagnostische Schwierigkeiten um so leichter auf, je mehr eine psychische Beeinträchtigung in Anbetracht der körperlichen Erkrankung als »normal« angesehen und damit auch schon – vielleicht verbunden mit der Befürchtung, den Patienten sonst zu stigmatisieren – die Notwendigkeit psychiatrisch-psychotherapeutischer Maßnahmen verneint wird. Umgekehrt kann aber auch die Fokussierung auf psychosoziale Aspekte, wie sie bei MS offenbar häufiger auch auf Behandlerseite vorkommt, den Blick verstellen [34].

Integration somato- und psychotherapeutischer Maßnahmen

Wegen deren entscheidender Bedeutung muss jede psychotherapeutische Intervention der Tatsache der körperlichen Erkrankung Rechnung tragen. Zum einen prägen Funktionsbeeinträchtigungen und Krankheitsverlauf den subjektiven Horizont des Patienten ebenso wie den realen Spielraum psychotherapeutisch erzielbarer Veränderungen. Zum anderen bestimmt das Ausmaß der Hirnschädigung den Erfolg der psychotherapeutischen Behandlung mit [66]. Schließlich stehen körperliche und seelische Störungsanteile insofern in enger Beziehung zueinander, als die jeweilige Symptomatik aus dem Zusammenspiel somatischer und psychosozialer Einflüsse entsteht, das in regelrechte *Symptomzirkel* münden kann, in denen sich Symptome und Beeinträchtigungen gegenseitig weiter verstärken [18].

¹Eine diagnostische Einordnung ist unter ICD-10 F38.10 möglich.

Besondere Beachtung benötigen, gerade auch für die Psychotherapie, die kognitiven Beeinträchtigungen bei MS. Gründlicher untersucht – und zunächst überwiegend bezweifelt – wurde der Zusammenhang kognitiver und funktionell psychischer Störungen bislang nur für die Depression. Das Bild ändert sich jedoch bei stärker zielgerichteter Untersuchung, wobei es insbesondere auf die Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung, das Arbeitsgedächtnis und die exekutiven Funktionen ankommt [82]. Außerdem spielt offenbar die Art der Krankheitsbewältigung eine Rolle – kognitive und depressive Störungen sind eher assoziiert, wenn Vermeidung und wenig aktive Bewältigungsstrategien im Vordergrund stehen [6]. Eine hirnrnorganische Schädigung schließt die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Intervention jedenfalls nicht aus, vielmehr können hirnrnorganische Beeinträchtigungen – im Sinne eines organischen Kerns, der psychogen ausgestaltet wird – das Auftreten funktionell psychischer Störungen erleichtern, die ihrerseits die Auswirkung organischer Schädigungsfolgen verstärken. Um voll wirksam werden zu können, muss die psychotherapeutische Intervention im Fall kognitiver Störungen daher neuropsychologische Behandlungselemente integrieren und umgekehrt. Analoge Überlegungen lassen sich für die Störungen von Sensorik und Motorik anstellen. Beispielsweise lassen sich auch die primär auf die Behandlung der neurologischen Funktionsbeeinträchtigungen gerichteten Maßnahmen, in Art einer gleichsam impliziten Intervention, psychotherapeutisch nutzen – etwa wenn ein physiotherapeutisches Falltraining sowohl der schädigungsbedingten Fallneigung als auch einer phobischen Angst und Vermeidung gilt. Zugleich wird die Selbstwirksamkeit gestärkt und damit ebenfalls auf psychischer Ebene interveniert. Im Idealfall ist die Behandlung psychischer Störungen bei MS daher stets Teil einer multimodalen Behandlung, die somato- und psychotherapeutische Maßnahmen in einem abgestimmten und in sich kohärenten Behandlungsplan direkt miteinander verknüpft – und selbst schon wieder multimodal zusammengesetzt ist.

(Psycho-) Pharmakotherapie bei MS

Wesentlicher Teil der multimodalen Behandlung der MS ist die Pharmakotherapie. Mit ihren Wirkungen und Nebenwirkungen, mit den damit verbundenen Hoffnungen und Enttäuschungen spielt auch die medikamentöse Behandlung unter einem psychotherapeutischen Blickwinkel eine wichtige Rolle. Neben der immunmodulatorischen Behandlung stehen eine ganze Reihe von Medikamenten zur Verfügung, die eine differenzierte symptomatische Therapie der verschiedenen MS-Symptome ermöglichen [72, 92]. Die therapeutischen Möglichkeiten werden jedoch noch zu wenig genutzt. Gleiches gilt für die medikamentöse Behandlung psychischer Störungen. Nach einer US-amerikanischen Erhebung war die Pharmakotherapie bei nahezu 70% der MS-Kranken, die Kriterien einer major depression erfüllen und in klinisch-neurologischer Behandlung stehen, insuffizient [69]. Obgleich sich solche

Zahlen nicht ohne weiteres übertragen lassen, ist anzunehmen, dass auch bei uns dringend indizierte Behandlungen unterbleiben. Psychopharmaka sollten bei MS nicht allein zur Behandlung offensichtlicher psychischer Störungen eingesetzt werden, sondern auch als Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung und als Adjuvans bei der Psychotherapie erwogen werden – zumal die Kombination von Pharmako- und Psychotherapie den Einzelmaßnahmen offenbar überlegen ist [30].

Die seit einigen Jahren ständig neu entwickelten somatischen Behandlungen können eigene Fragen aufwerfen, die für die Kranken eine Belastung darstellen und die Compliance gefährden. Häufig finden sich Ängste vor der Behandlung und ihren Nebenwirkungen, die zugleich auf die Erkrankung bezogene und allgemein existentielle Ängste transportieren können. Aber auch das von der Hoffnung auf Heilung getragene Drängen nach Behandlung kann sich zu einem Problem auswachsen. Wenn therapeutisch aktiv aufgegriffen, lassen sich solche Schwierigkeiten meist auflösen. Gelegentlich liegt ihnen eine identifizierbare psychische Störung, etwa eine Spritzenphobie, zugrunde, die dann entsprechend therapeutisch aufgegriffen werden sollte [65].

Psychotherapeutische Aufmerksamkeit kann schließlich auch die positiv psychotrope Wirksamkeit erfordern, die zur Behandlung der MS eingesetzte Medikamente entfalten können. Dieser Effekt ist in vielen Fällen ein unspezifischer Placeboeffekt, der durch die existentielle Not vorbereitet wird. Die medikamentöse Behandlung kommt im Erleben des Kranken einer Sicherheit vor dem Fortschreiten der Erkrankung und den damit verbundenen Gefahren gleich. Im Falle der Glukokortikoidbehandlung kommt ein direkter pharmakologischer Effekt hinzu. Vor allem in Fällen, in denen in Art von Mimikry (s. o.) psychogene Pseudoschübe neben semiologisch gleich aussehende MS-Schübe treten, besteht die Gefahr, dass eine Glukokortikoidmedikation, weil sie Angst lindert und die Stimmung hebt, auf psychotropen Wege zu einer Besserung der psychogenen Körperstörung beiträgt, die nun, da eine prompte Besserung eingetreten ist, um so leichter als somatisch verkannt wird.

Psychotherapeutische Maßnahmen und Inhalte der Psychotherapie

Liegt neben der MS eine kriteriologisch abgrenzbare, »klassische« psychische Störung vor, wird sich deren Therapie vorrangig nach den für die Behandlung dieser Störungen vorliegenden, störungsspezifischen Regeln und Leitlinien richten – dabei jedoch die besonderen Bedingungen im Auge behalten, die sich aus der MS-Erkrankung ergeben [78]. Gleiches gilt für die Behandlung von Schmerz und Suizidalität sowie die Beratung bei Störungen der Sexualität. Noch vor jeder Therapie ist vor allem wichtig, diese häufig vernachlässigten Störungen nicht zu übersehen und am besten regelmäßig nach möglichen Problemen zu fragen [19, 44, 46]. Im übrigen weisen die vorhandenen – für

eine definitive Aussage allesamt noch ungenügenden und fast ausschließlich bei Behandlung der Depression erho-benen – Studienergebnisse auf eine Wirksamkeit vor allem von konfliktzentrierter Psychotherapie und kognitiver Verhaltenstherapie hin [62, 83, 91]. Der Mangel an empirischen Untersuchungen ist bei den psychodynamischen (tiefenpsychologischen) Verfahren besonders deutlich. Es ist aber zu erwarten, dass sie bei speziellen Indika-tionen, etwa begleitenden Persönlichkeitsstörungen oder Konversionsstörungen, primär indiziert und hilfreich bei der Bearbeitung existentieller Fragen sein können [81]. Weil die Vorstellungen über die Krankheit und der Um-gang mit ihren Folgen stark von der Persönlichkeit und der Lebensgeschichte geprägt sind, macht eine differenzierte biographische Anamnese psychotherapeutisch aber auch bei primär nicht psychodynamisch orientierten Behand-lungen Sinn [10]. Einzelne Berichte geben Hinweise auf die Wirksamkeit von Autogenem Training, Musiktherapie sowie Achtsamkeitsübungen [1, 49, 60, 73, 89]. Eine unter Umständen mit Selbsthilfeaktivitäten verknüpfte oder unter Einbeziehung von Familienangehörigen durchgeführte Therapie in der Gruppe ist möglicherweise weniger wirk-sam als die Einzeltherapie, kann jedoch zusätzlich einen Halt gebenden Rahmen liefern und die soziale Vernetzung fördern [17, 48, 90].

Optimal ist nach unseren Erfahrungen die *am individuellen Bedarf ausgerichtete Kombination* edukativer, neuropsy-chologischer, verhaltenstherapeutisch-kognitiver und, vor allem wenn es um die Bearbeitung existentieller Fragen oder zusätzlicher prä-morbider Störungen geht, auch psychodynamischer Interventionen. Sie können um komple-mentäre Verfahren (Musiktherapie, Körperpsychotherapie, Kunst- und Gestaltungstherapie) ergänzt werden, z. B. wenn es darum geht, den Weg zu einem breiteren Verständnis des Krankheitsgeschehens und der eigenen Gestaltungsmög-lichkeiten zu öffnen. Die Behandlungsanforderungen kön-nen sehr komplex sein und erfordern auf Behandlerseite eine spezifische psychotherapeutische Kompetenz, verbun-den mit gründlichen Kenntnissen der medizinischen Aspek-te der Multiplen Sklerose. Über das Erleben der Kranken, und insbesondere über die Krankheitsbewältigung bei MS, liegen differenzierte Beobachtungen vor, deren Kenntnis Hinweise auf mögliche Ansatzpunkte einer psychothera-peutischen Intervention liefert (Übersichten in [34, 88]). Vor allem bei schweren Beeinträchtigungen und psychoso-zialen Krankheitsfolgen macht eine in die Behandlung der psychischen Störungen und der MS *integrierte sozialmedi-zinische Intervention* Sinn [29].

Die psychotherapeutische Diagnose und Behandlung ko-morbider psychischer Störungen bei MS setzt in aller Regel *gründliche medizinisch-somatische Kenntnisse* voraus. Die körperliche Erkrankung und die damit verbundenen psychosozialen und existentiellen Fragen geben nicht nur einen zentralen inhaltlichen Fokus vor, sie bieten auch ein breites Agierfeld, in dem der medizinisch unerfahrene oder uninteressierte Psychotherapeut leicht den Überblick ver-liert. Im Vergleich zur Arbeit mit medizinisch Gesunden ist

außerdem ein Mehr an Struktur und ein *aktives, auf den Patienten zugehendes, zugleich emotional Halt gebendes Vorgehen* erforderlich. Die unmittelbare Einbeziehung des Patienten im Sinne eines *shared decision making* ist gerade bei chronisch körperlich Kranken nicht nur mit Blick auf die medizinische Behandlung eine Notwendigkeit, die Klärung entsprechender Fragen reicht regelmäßig auch in die Psychotherapie hinein. Ein weiterer Aspekt, der gerade für das psychische Wohlbefinden MS-Kranker sehr wich-tig werden, aber auch unerwünschte Belastungen mit sich bringen kann und daher mit Bedacht in die Psychotherapie integriert werden sollte, ist die Teilnahme an *Selbsthilfe-gruppen* [59].

Krankheitsbewältigung und Neuorientierung

Die *Bewältigung der Erkrankung* geht über die psychi-sche Verarbeitung der Krankheitserfahrung und die Besse-rung und Kompensation der Krankheitsfolgen hinaus und schließt eine *Überarbeitung des eigenen Lebensentwurfs* und eine *Neuorientierung* ein. Sie beginnt spätestens mit Kenntnis der Diagnose, die für viele Patienten einer regel-rechten psychischen Traumatisierung nahe kommt und mit dem Erleben von Alleingelassenwerden und Vereinzeln einhergeht [41]. Steht sie am Ende einer langen Zeit der Unsicherheit, wie das immer wieder geschieht, kann die schließlich bestätigte Diagnose psychisch jedoch zunächst auch zu einer Entlastung führen. Einer behutsamen, an Wissen und Möglichkeiten des Patienten ausgerichteten *Aufklärung*, die bei der Wahl des Zeitpunktes und der Art der Durchführung auch die aktuelle körperliche Verfassung des Patienten berücksichtigt, kommt jedenfalls eine weg-weisende Bedeutung zu [35]. Betroffene sind aufgrund der Verunsicherung vermehrt suggestibel, die ärztlichen Aus-führungen werden leicht zu einem Schicksalsspruch, der zu hartnäckigen, iatrogen induzierten Beschwerden führen kann. Inhaltlich stellen v. a. die *Vorstellungen*, die sich der Kranke von der Krankheit und seinem Schicksal als Pa-tient macht, einen wichtigen therapeutischen Ansatzpunkt dar, um so mehr als Risiken und Gefahren der Erkrankung initial häufiger überschätzt und die eigenen Gestaltungs-möglichkeiten unterschätzt werden [43]. Eine weitere Auf-gabe stellt die *Differenzierung der MS-Symptome* von Be-schwerden und Symptomen anderer Provenienz dar, da für den Kranken eine starke Tendenz besteht, in sich hineinzu-horchen und die Auswirkungen der MS überall wiederzu-erkennen. Mit zunehmender Krankheitsdauer und Behinde-rung rückt dann aber mehr und mehr die *Bewältigung der realen Beeinträchtigungen* in den Vordergrund.

Es liegt nahe, in der zerebralen Schädigung eine der Ur-sachen der im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung wie zu anderen chronischen Krankheiten erhöhten psychiatri-schen Komorbidität zu sehen. Möglicherweise spielt aber auch der bei MS psychisch oft besonders belastende Ver-lauf eine Rolle [54]. Die Krankheitsbewältigung stellt *hohe Anforderungen* an den Kranken, die sich von denen ande-rer neurologischer Erkrankungen deutlich unterscheiden.

Eine langfristig angelegte Lebensplanung ist kaum möglich. Das öffentliche Bild der MS als schicksalhaftes Urteil, der schubförmige Verlauf mit seinem Nebeneinander von ggfs. schwersten Krankheitszuständen und Zeiten relativen Wohlbefindens, die immer wieder neu geschöpften und dann doch enttäuschten Hoffnungen, eine langanhaltende Unsicherheit, die durch die Erkrankung veränderten Erlebnis- und Handlungsmöglichkeiten sowie die über die Jahre dann doch sichtbare Progredienz und Invalidität, schließlich die spätestens dann auch deutliche soziale Ausgrenzung erschweren eine angemessene Anpassung und eine stabile Neuorientierung. Bemerkenswerterweise ist die psychische Stabilität bei primär chronisch progredienten, von vorneherein gleichsam übersichtlicheren Verläufen offenbar größer als bei einem sekundär einsetzenden progredienten Verlauf [94].

Ein wichtiger Fokus der Psychotherapie liegt damit von vorneherein auf der Auseinandersetzung mit *Verunsicherung* und *bleibender Unsicherheit*. Therapeutische Ansatzpunkte reichen von sachlicher Information über die Stärkung persönlicher Fähigkeiten bis hin zur Konfrontation mit existentiellen Fragen. Schon die medizinische Information sollte nicht bei der Vermittlung gesicherter Erkenntnisse stehenbleiben, sondern verbleibende Fragen aktiv aufgreifen – verbunden mit konkreten, an den individuellen Verhältnissen orientierten therapeutischen Hinweisen darauf, wie sich trotz allem mit der Unsicherheit (noch) konstruktiv umgehen lässt. Angesichts der Chronizität der Erkrankung sind *soziale Kompetenzen*, vor allem auch *im Umgang mit medizinischem Personal* und Institutionen, aber auch in der *Vernetzung* mit anderen besonders wichtig, entsprechende Interventionen setzen am besten bereits mit der Vermittlung der Erstdiagnose ein [93].

Zwar können die unmittelbaren Folgen der MS im Einzelfall ganz im Vordergrund stehen und schwere Funktionsbeeinträchtigungen das Bild beherrschen. Auch dann sollten sich die Maßnahmen auf psychischer Ebene jedoch nicht von vorneherein darauf beschränken, dass der Kranke die Beeinträchtigungen besser akzeptiert und, sie als sein Schicksal hinnehmend, besser mit ihnen zurecht kommt – wie das, zumal unter dem Blickwinkel einer »verdienten« Entlastung des Kranken, viel zu oft, viel zu früh geschieht. Solange wie möglich sollte die Behandlung psychischer Störungen bei MS stattdessen auf eine *Aktivierung von Ressourcen* und die *Eroberung von (neuen) Spielräumen* zielen. Zugleich müssen die realen Grenzen erkannt und der persönlichen Neuorientierung zugrundegelegt werden. Zu der Einsicht zu kommen, dass trotz allem Leid und aller Beschränkungen das eigene weitere Leben mitgestaltet werden kann und unweigerlich auch mitverantwortet wird, kann für den einzelnen Patienten eine anstrengende und unter Umständen schmerzhaft Auseinandersetzung mit sich selbst erfordern, die therapeutische Hilfe verlangt. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von der Erfordernis einer *wertschätzenden Konfrontation*. Eine intensive psychotherapeutische Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung ist unverzichtbar, wenn durch die MS bis dahin

bewältigte, frühere biographische Belastungen oder psychische Erkrankungen reaktualisiert werden, die vom Patienten zusätzliche Anpassungsleistungen erzwingen und spezifische Behandlungsanforderungen mit sich bringen. Je schwerer die Beeinträchtigungen und je schlechter die Prognose, desto mehr wird sich die Psychotherapie dann doch an Hinnahme und *Akzeptanz* und an einer behutsamen *Auseinandersetzung mit existentiellen Fragen* orientieren. Dann gilt es, dem Patienten unter Anerkennung der real begrenzten Möglichkeiten Wege aufzuzeigen, verbleibende persönliche Gestaltungsspielräume ausfindig zu machen und zu nutzen. Körperorientierte Behandlungsansätze, imaginative Verfahren und Hypnosetechniken können hilfreich sein [55].

Inhaltliche Schwerpunkte der Psychotherapie

Ein zentraler Fokus der Psychotherapie ist, vor allem bei MS-Kranken mit der wiederholten Erfahrung zeitweise invalidisierender Schübe, die körperlich wie psychisch gefährdete *persönliche Autonomie*. Worauf es ankommt, kann die *Metapher der »psychophysiologischen Regression«* verdeutlichen [75]. Im schweren, akuten Schub, aber auch im unaufhaltsam progredienten Verlauf, beherrschen Hilflosigkeit und Kontrollverlust das Erleben – und dies um so stärker, je ungewisser die Prognose und je schlimmer der subjektiv antizipierte Ausgang der Erkrankung ist. Während die Tatsache der Erkrankung Wünsche und Regungen nach (mehr) Selbstverwirklichung aktualisiert, schränken erlebte Funktionsbeeinträchtigungen und die Angst, möglicherweise schon bald nicht mehr ohne Hilfe anderer zurecht zu kommen, die Handlungsspielräume ein. Ein weiteres wichtiges Thema sind *Schuld* und *Scham*. Viele MS-Patienten erleben im Krankheitsverlauf zumindest zeitweise ausgeprägte Schuldgefühle, die alle üblichen Inhalte depressiven Schuldlebens beinhalten können, zumeist aber auch einen Bezug zur MS haben, deren Auftreten als Ausdruck eigener Verfehlungen und als eigene Schuld gesehen wird. Das bedeutet für Betroffene meist zusätzliches schweres Leid. Das Festhalten an eigener Schuld kann zugleich – in Übereinstimmung mit der in unserem Kulturkreis vorherrschenden existentiellen Grundüberzeugungen jüdisch-christlichen Ursprungs – der *Bewältigung von Hilflosigkeit und Ausgeliefert-Sein* dienen. Eigene Schuld am Ausbruch oder am Verlauf der Krankheit schafft gleichsam die Voraussetzungen zu deren Überwindung [28]. Auf die in diesen Zusammenhang gehörende Bewältigungsstrategie der *Psychologisierung* war oben bereits hingewiesen worden. Schreitet die Krankheit unaufhaltsam fort und wird das Leiden immer größer, wird Schuld gelegentlich auch auf die Helfer projiziert, die nur richtig behandeln müssten, damit die Krankheit besiegt wird.

Eine tiefergehende Verunsicherung in der Selbstwertregulation ist bei MS ebenfalls häufig [40, 88]. Insoweit Selbstwahrnehmung und Identität eine Wurzel in körperlichen Erfahrungen haben, wird die Infragestellung der Person in ihren Lebensäußerungen und ihren Lebensbezügen durch

das bei MS veränderte Körpererleben mitbestimmt [47]. In diesem Zusammenhang sind sozial auffällige Symptome, wie eine Dysarthrie oder eine Ataxie oder ängstigende Symptome wie die sensiblen Reizerscheinungen besonders zu beachten. Als körperliche Symptome von unmittelbar psychischer und psychosozialer Auswirkung sind bei der Multiplen Sklerose zudem die stark mit Scham- und Insuffizienzerleben verknüpften Blasen- und Mastdarmerkrankungen mit Inkontinenz zu nennen.

MS und Stress

Auch wenn es für definitive Aussagen zu früh ist, mehrten sich die Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und Immunprozessen bzw. der Schubaktivität bei MS [13, 32, 52, 63]. Zugleich rücken Interventionsprogramme, die auf Stressvermeidung und eine verbesserte Stressresistenz zielen, zunehmend ins Blickfeld [3]. Selbst den Krankheitsprozess positiv beeinflussende Interventionen scheinen in greifbare Nähe gerückt. Obwohl ein empirischer Nachweis der vermuteten psychophysischen Zusammenhänge auf absehbare Zeit nicht zu erwarten ist, kommt allein die Möglichkeit psychosozialer Einflussfaktoren für Patienten leicht der Aussage gleich, es läge in ihrer Hand, wie die Erkrankung verläuft [70]. Versagensangst, Schuld und Resignation können die Folge sein, aber auch ein von anhaltender Angst geprägtes, alle Lebensbezüge durchdringendes Vermeidungs- und Schonverhalten, das – somatisiert – etwa als Fatigue (s. u.) imponieren kann. Die psychotherapeutische Intervention muss in diesen Fällen primär auf eine Auflösung solcher selbst schon wieder Stress auslösenden Vorstellungen gerichtet sein und zugleich den Raum für persönliche Verantwortung und entsprechende Gestaltungsspielräume offen halten. Dazu kann ein geradezu paradoxes Vorgehen erforderlich sein, weil der gewünschte Effekt eines verbesserten Umgangs mit Stress nach allgemein psychotherapeutischer Erfahrung leichter zu erreichen ist, wenn er nicht primär angestrebt wird [20].

Fatigue / pathologische Erschöpfung

Ein gutes Beispiel für die Komplexität vieler MS-Symptome ist die *Fatigue*, ein sehr häufiges (ca. 80% der Patienten) Symptom, das seit einiger Zeit zunehmend in den Mittelpunkt des Interesses gerückt ist und vor allem als direkte Folge der somatischen Schädigung verstanden wird. Zumindest die mentale Form der pathologischen Erschöpfbarkeit ist jedoch vor allem anderen eine subjektive Erfahrung mit vielfältigen möglichen Ursachen, von denen einige biologischer Natur sind und andere von Kognitionen und Emotionen bestimmt werden [9, 20]. Ein Zusammenhang mit depressiven Störungen und Angst liegt insofern nahe, als es deutliche Überschneidungen auf Symptomebene gibt. Im Gegensatz zu früheren Untersuchungen, die einen Zusammenhang mit seelischen Einflüssen eher ausschlossen, wird ein solcher heute zunehmend akzep-

tiert [15, 80, 82]. Tatsächlich bessert die Behandlung der Depression offenbar auch die Fatigue [68]. Die vorliegenden Untersuchungen fokussieren allerdings einseitig auf das Vorkommen einer major depression, während die ebenfalls naheliegende Beziehung zu anderen funktionell psychischen Störungsbildern weitgehend unbeachtet bleibt. Neben der Angst ist hier an eine Neurasthenie oder andere somatoforme Symptombildungen zu denken, außerdem an die minor depression und an larvierte Formen der Depressivität. Aus psychosomatischer Sicht ist die Fatigue auch deshalb von großem Interesse, weil sie vielfach als vorrangig oder gar rein somatisches Symptom verstanden wird, das sich psychotherapeutisch insofern nicht wesentlich beeinflussen lässt. Die Gefahr einer unnötigen oder zu frühen Invalidisierung ist dabei um so größer, als ein einseitig somatisches Symptomverständnis den Patienten psychisch entlasten und über die Zuerkennung von medizinischer und sozialer Unterstützung auch sozioökonomisch Sicherheit geben kann. Pragmatisch bietet der Einsatz gezielter Verhaltensstrategien zur Verbesserung des Umgangs mit verbleibenden Energiereserven eine offenbar wirksame therapeutische Option [56].

Die persönliche Lebenswelt

Im Zusammenhang mit der Erkrankung und ihren Folgen können überall im sozialen Umfeld Probleme auftauchen, die eine psychotherapeutische Intervention erfordern, allein schon um eine Isolation des Patienten zu verhindern und alle vorhandenen sozialen Ressourcen bestmöglich zu nutzen [39]. Wie für die Depression gezeigt werden konnte, wahrscheinlich aber auch für die anderen psychischen Störungen gilt, kann die psychische Störung die soziale Unterstützung per se beeinträchtigen, während die Behandlung der Depression sie wieder verbessert [64]. Umgekehrt können Beziehungsprobleme das Auftreten psychischer Störungen begünstigen, die ihrerseits schon wieder in einem Beziehungskontext stehen [45]. Die MS-bedingten Funktionsbeeinträchtigungen wirken sich oft direkt auf die Beziehungsebene aus, etwa wenn die Blasen- und Mastdarmfunktion oder die Sexualität gestört sind. Oder sie beeinträchtigen die Beziehungsfähigkeit direkt, vor allem wenn es zu einer Wesensänderung kommt [61]. Auch die Familienplanung wird in Frage gestellt. Zumal bei jung Erkrankten kann sich die Diagnosestellung in einer Trennung auswirken; eine Einzelbehandlung und, meist noch besser, eine paar- oder familientherapeutische Konsultation können helfen, Beziehungs- und andere Probleme zu lösen und zusammen eine Trennung zu vermeiden oder besser zu bewältigen. Auch im besten Fall nimmt die MS eines Familienangehörigen nachhaltigen Einfluss auf die Entwicklung der Familie insgesamt [16, 85]. Die in den Schüben und der Progredienz der Erkrankung angelegten psychosozialen Belastungen können auch im weiteren sozialen Umfeld vermehrt zu konflikthaften Beziehungserfahrungen Anlass geben und im ungünstigen Fall zu einer weitgehenden psychosozialen Desintegration führen. Eine eigene thera-

peutische Aufgabenstellung ist die Sicherung der sozialen Integration, v.a. ins Berufsleben: MS-Kranke sind durch Arbeitsplatzverlust gefährdet und scheiden oft vorzeitig aus dem aktiven Leben aus. Eine durch psychotherapeutische Maßnahmen ergänzte berufstherapeutische Intervention, die den Krankheitsverlauf begleitet und Lösungen für die sich nach und nach einstellenden Probleme erarbeitet, bleibt aber leider die Ausnahme [42]. Krankheitsbedingte ökonomische Schwierigkeiten können zusätzliche Belastungen – und psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungsanforderungen – mit sich bringen [57]. Neben der Familie und der primären sozialen Lebenswelt nehmen mit zunehmender Krankheitsdauer medizinische Institutionen und Patientenorganisationen immer mehr Raum im sozialen Leben des Patienten ein. So unverzichtbar die medizinische Behandlung auch ist, und so hilfreich gerade bei der MS die Mitarbeit in Selbsthilfegruppen, so sehr kann sich über die Jahre eine Ausrichtung des gesamten (Er-) Lebens auf die MS und ihre Folgen einstellen, in der Behandlungskontext und individuelles Krankheitsverhalten im Sinne einer fortschreitenden Medizinalisierung des Alltags selbst zu einem Problem werden [79]. Unter Umständen ist eine Behandlung nicht nur für den Kranken, sondern auch für die Angehörigen, etwa die Kinder oder den Ehepartner, indiziert [84].

Entwicklungsperspektiven

Psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Interventionen sind ein wichtiger Teil der Behandlung der MS, die angesichts des großen Stellenwerts psychischer Störungen geradezu als Musterbeispiel einer Erkrankung gelten kann, bei der erst umfassende, somato-psychosomatische Verständnismodelle und Behandlungsansätze dem Krankheitsgeschehen angemessen Rechnung tragen können. Psychische Störungen können bei MS jederzeit auftreten, sie erfordern eine zielgerichtete und mit Blick auf den Verlauf am besten langfristig bereitstehende Behandlung [86]. Tatsächlich ist die spezifische, fachlich kompetente Versorgung jedoch weiterhin defizitär. Es liegt nahe, dass gerade die enge Komorbidität somatischer Schädigungsfolgen und psychischer Störungen und die daraus resultierenden vielschichtigen Behandlungsanforderungen zu diesem Defizit wesentlich beitragen, sind doch körpermedizinische und psychotherapeutisch-psychosomatische Behandlungsressourcen heute mehr denn je voneinander getrennt. Diese Differenzierung ist in Fällen ohne größere psychische Problematik kein Problem und bei schweren Krankheitsausprägungen, die hochspezialisierte Maßnahmen verlangen, sogar von Vorteil. Für den in der MS-Behandlung vorrangig medizinisch Tätigen gilt es vor allem, den Patienten zu informieren und zu führen, diagnostisch wachsam zu bleiben und bei Bedarf psychotherapeutisch-psychosomatische Unterstützung hinzuzuziehen. Werden länger anhaltende psychische Probleme deutlich, ist dagegen eine frühzeitige, die unterschiedlichen somatischen und psychosozialen Krankheitsaspekte aufgreifende,

kombiniert somato- und psychotherapeutische Intervention indiziert. Integrierte Versorgungsmodelle, die in einem aufeinander abgestimmten, kohärenten Behandlungsplan sowohl die erforderlichen neurologischen wie psychiatrisch-psychotherapeutischen bzw. psychosomatischen Behandlungsressourcen bereitstellen, sind bislang jedoch selten und zumal in ambulanten Behandlungskontexten nur schwer zu realisieren.

Zugleich mit der Verbesserung der Versorgung ist weitere Forschung nötig. Allein schon über das Vorkommen und ganz besonders über den längerfristigen Verlauf psychischer Störungen bei MS ist bislang zu wenig bekannt [5, 58]. Ebenso sind breitere Kenntnisse über Einsatz und Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren vonnöten. Eine wichtige Forschungsaufgabe stellen die vermuteten psychoimmunologischen Zusammenhänge dar, sie versprechen über die MS hinaus eine Erweiterung unseres Wissens über psychosomatische Zusammenhänge – und vielleicht schließlich irgendwann auch spezifischere Behandlungsansätze [67].

In den vergangenen Jahrzehnten wurde viel getan, um der MS-Erkrankung ihr Stigma einer körperlich zwangsläufig zu Siechtum und Verelendung führenden Erkrankung zu nehmen. In dem Maß, in dem wir mehr über die neurobiologischen Grundlagen der MS lernen, lernen wir auch die psychischen und sozialen Aspekte der Erkrankung besser verstehen. Für das Wohl der Erkrankten ist es heute genauso wichtig, auch die seelischen Aspekte der MS zu entstigmatisieren, so dass notwendige psychiatrisch-psychotherapeutische und psychosomatische Behandlungsangebote mit Selbstverständlichkeit bereitgestellt und angenommen werden können.

Literatur

1. Aldridge D, Schmid W, Kaeder M, Schmidt C, Ostermann T: Functionality or aesthetics? A pilot study of music therapy in the treatment of multiple sclerosis patients. *Complement Ther Med* 2005; 13: 25-33
2. Allanson J, Bass C, Wade DT: Characteristics of patients with persistent severe disability and medically unexplained neurological symptoms: a pilot study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2002; 73: 307-309
3. Apel A, Klauer T, Zettl UK: Stress und Krankheitsverlauf der Multiplen Sklerose. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2006; DOI: 10.1055/s-2005-919090
4. Arciniegas DB, Anderson CA: Suicide in neurologic illness. *Current Treatment Options in Neurology* 2002; 4: 457-468
5. Arnett PA, Randolph JJ: Longitudinal course of depression symptoms in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2006; 77: 606-610
6. Arnett PA, Higginson CI, Voss WD, Randolph JJ, Grandey AA: Relationship between coping, cognitive dysfunction and depression in multiple sclerosis. *Clin Neuropsychol* 2002; 16: 341-355
7. Becker H: Psychotische Symptome als Erstmanifestation der Multiplen Sklerose? *Psychiatr Prax* 1997; 24: 69-72
8. Benrud-Larson LM, Wegener ST: Chronic pain in neurorehabilitation populations: Prevalence, severity and impact. *NeuroRehabilitation* 2000; 14: 127-137
9. Bensing JM, Hulsman RL, Schreurs KM: Gender differences in fatigue: biopsychosocial factors relating to fatigue in men and women. *Med Care* 1999; 37: 1078-1083
10. Boeije HR, Duijnste MS, Grypdonck MH, Pool A: Encountering the downward phase: biographical work in people with multiple sclerosis living at home. *Soc Sci Med* 2002; 55: 881-893
11. Borello-France D, Leng W, O'Leary M, Xavier M, Erickson J, Chancellor MB, Cannon TW: Bladder and sexual function among women with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004; 10: 455-461

12. Bronnum-Hansen H, Stenager E, Nylev Stenager E, Koch-Henriksen N: Suicide among Danes with multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 1457-1459
13. Buljevac D, Hop WC, Reedecker W, Janssens AC, van der Meche FG, van Doorn PA et al: Self reported stressful life events and exacerbations in multiple sclerosis: prospective study. *BMJ* 2003; 327: 646
14. Caplan LR, Nadelson T: Multiple sclerosis and hysteria. Lessons learned from their association. *JAMA* 1980; 243: 2418-2421
15. Chwastiak LA, Gibbons LE, Ehde DM, Sullivan M, Bowen JD, Bombardier CH, et al: Fatigue and psychiatric illness in a large community sample of persons with multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2005; 59: 291-98
16. Courts NF, Newton AN, McNeal LJ: Husbands and wives living with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2005; 37: 20-27
17. Crawford JD, McIvor GP: Group psychotherapy: benefits in multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 1985; 66: 810-813
18. Crayton H, Heyman RA, Rossman HS: A multimodal approach to managing the symptoms of multiple sclerosis. *Neurology* 2004; 63: S12-8
19. Demirkiran M, Sarica Y, Uguz S, Yerdelen D, Aslan K: Multiple sclerosis patients with and without sexual dysfunction: are there any differences? *Mult Scler* 2006; 12: 209-214
20. Evans JJ, Levine B, Bateman A: Research Digest Fatigue. *Neuropsychological Rehabilitation* 2006; 16: 110-114
21. Feinstein A, Feinstein K: Depression associated with multiple sclerosis. Looking beyond diagnosis to symptom expression. *J Affect Disord* 2001; 66: 193-198
22. Feinstein A, O'Connor P, Gray T, Feinstein K: The effects of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 1999; 5: 323-326
23. Feinstein A: An examination of suicidal intent in patients with multiple sclerosis. *Neurology* 2002; 59: 674-678
24. Fishman I, Benedict RH, Bakshi R, Priore R, Weinstock-Guttman B: Construct validity and frequency of euphoria sclerótica in multiple sclerosis. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2004; 16: 350-356
25. Fisk JD, Morehouse SA, Brown MG, Skedgel C, Murray TJ: Hospital-based psychiatric service utilization and morbidity in multiple sclerosis. *Can J Neurol Sci* 1998; 25: 230-235
26. Fournier M, de Ridder D, Bensing J: Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology* 2002; 7: 409-432
27. Fredrikson S, Cheng Q, Jiang GX, Wasserman D: Elevated suicide risk among patients with multiple sclerosis in Sweden. *Neuroepidemiology* 2003; 22: 146-152
28. Galimberti U: La casa di piche. Dalla psicanalisi alla pratica filosofica. Feltrinelli, Milano 2005, 16-19
29. Geronemus DF: The role of the social worker in the comprehensive long-term care of multiple sclerosis patients. *Neurology* 1980; 30: 48-54
30. Glick ID: Adding psychotherapy to pharmacotherapy: data, benefits, and guidelines for integration. *Am J Psychother* 2004; 58: 186-208
31. Goeb JL, Even C, Nicolas G, Gohier B, Dubas F, Garre JB: Psychiatric side effects of interferon-beta in multiple sclerosis. *Eur Psychiatry* 2006; 21: 186-193
32. Gold SM, Mohr DC, Huitinga I, Flachenecker P, Sternberg EM, Heesen C: The role of stress-response systems for the pathogenesis and progression of MS. *Trends Immunol* 2005; 26: 644-652
33. Goverover Y, Chiaravalloti N, DeLuca J: The relationship between self-awareness of neurobehavioral symptoms, cognitive functioning, and emotional symptoms in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 203-212
34. Grau A, Henningsen P: In: Henningsen P, Gündel H, Ceballos-Baumann A (eds): *Neuro-Psychosomatik. Grundlagen und Klinische neurologischer Psychosomatik*. Schattauer, Stuttgart/New York 2006: 283-293
35. Haberfellner EM, Markut H: Patientenaufklärung bei Multipler Sklerose: Erfahrungen und Wünsche Betroffener. *Wien Med Wochenschr* 1995; 145: 218-222
36. Hankey GJ, Stewart-Wynne EG: Pseudo-multiple sclerosis: a clinic-epidemiological study. *Clin Exp Neurol* 1987; 24: 11-19
37. Helmchen H: Unterschwellige psychische Störungen. *Nervenarzt* 2001; 72: 181-189
38. Herndon RM: Multiple sclerosis mimics. *Adv Neurol* 2006; 98: 161-166
39. Janssens AC, van Doorn PA, de Boer JB, van der Meche FG, Passchier J, Hintzen RQ: Impact of recently diagnosed multiple sclerosis on quality of life, anxiety, depression and distress of patients and partners. *Acta Neurol Scand* 2003; 108: 389-395
40. Jiwa TI: Multiple sclerosis and self esteem. *Axone* 1995; 16: 87-90
41. Johnson J: On receiving the diagnosis of multiple sclerosis: managing the transition. *Mult Scler* 2003; 9: 82-88
42. Johnson KL, Yorkston KM, Klasner ER, Kuehn CM, Johnson E, Amtmann D: The cost and benefits of employment: a qualitative study of experiences of persons with multiple sclerosis. *Arch Phys Med Rehabil* 2004; 85: 201-209
43. Jopson NM, Moss-Morris R: The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J Psychosom Res* 2003; 54: 503-511; discussion: 513-514
44. Kerns RD, Kassirer M, Otis, J: Pain in multiple sclerosis: a biopsychosocial perspective. *J Rehabil Res Dev* 2002; 39: 225-232
45. King KE, Arnett PA: Predictors of dyadic adjustment in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 700-707
46. Kleespies PM, Hughes DH, Gallacher FP: Suicide in the medically and terminally ill: psychological and ethical considerations. *J Clin Psychol* 2000; 56: 1153-1171
47. Kralik D, Koch T, Eastwood S: The salience of the body: transition in sexual self-identity for women living with multiple sclerosis. *J Adv Nurs* 2003; 42: 11-20
48. Landoni MG, Giordano MT, Guidetti GP: Group psychotherapy experiences for people with multiple sclerosis and psychological support for families. *J Neurovirol* 2000; 6 (Suppl 2): S168-171
49. Lengdoblér H, Kiessling WR: Gruppenmusiktherapie bei multipler Sklerose: Ein erster Erfahrungsbericht. *Psychother Psychosom Med Psychol* 1989; 39: 369-373
50. Levin N, Mor M, Ben-Hur T: Patterns of misdiagnosis of multiple sclerosis. *Isr Med Assoc J* 2003; 5: 489-490
51. Leyhe T, Laske C, Buchkremer G, Wormstall H, Wiendl H: Demenz als Erstsymptom bei spät beginnender Multipler Sklerose. Fallserie mit Literaturübersicht. *Nervenarzt* 2005; 76: 748-755
52. Li J, Johansen C, Bronnum-Hansen H, Stenager E, Koch-Henriksen N, Olsen J: The risk of multiple sclerosis in bereaved parents: A nationwide cohort study in Denmark. *Neurology* 2004; 62: 726-729
53. Lopez-Meza E, Corona-Vazquez T, Ruano-Calderon LA, Ramirez-Bermudez J: Severe impulsiveness as the primary manifestation of multiple sclerosis in a young female. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 59: 739-742
54. Lynch SG, Kroencke DC, Denney DR: The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping, and hope. *Mult Scler* 2001; 7: 411-416
55. Marcus J, Elkins G, Mott, F: A model of hypnotic intervention for palliative care. *Adv Mind Body Med* 2003; 19: 24-27
56. Mathiowetz VG, Finlayson ML, Matuska KM, Chen HY, Luo P: Randomized controlled trial of an energy conservation course for persons with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2005; 11: 592-601
57. McCabe MP, De Judicibus M: The effects of economic disadvantage on psychological well-being and quality of life among people with multiple sclerosis. *J Health Psychol* 2005; 10: 163-173
58. McCabe MP: Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J Psychosom Res* 2005; 59: 161-166
59. Messmer Uccelli M, Mancuso Mohr L, Battaglia MA, Zagami P, Mohr DC: Peer support groups in multiple sclerosis: current effectiveness and future directions. *Mult Scler* 2004; 10: 80-84
60. Mills N, Allen J: Mindfulness of movement as a coping strategy in multiple sclerosis. A pilot study. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 425-431
61. Minden SL: Mood disorders in multiple sclerosis: diagnosis and treatment. *J Neurovirol* 2000; 6 (Suppl 2): 160-167
62. Mohr DC, Dick LP: Multiple Sclerosis. In: Camic P, Knight S (eds): *Clinical handbook of health psychology*. Hogrefe & Huber, Seattle 1998, 313-348
63. Mohr DC, Pelletier D: A temporal framework for understanding the effects of stressful life events on inflammation in patients with multiple sclerosis. *Brain Behav Immun* 2006; 20: 27-36
64. Mohr DC, Classen C, Barrera MJ: The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis. *Psychol Med* 2004; 34: 533-541
65. Mohr DC, Cox D, Merluzzi N: Self-injection anxiety training: a treatment for patients unable to self-inject injectable medications. *Mult Scler* 2005; 11: 182-185
66. Mohr DC, Epstein L, Luks TL, Goodkin D, Cox D, Goldberg A, et al: Brain lesion volume and neuropsychological function predict efficacy of treatment for depression in multiple sclerosis. *J Consult Clin Psychol* 2003; 71: 1017-1024

67. Mohr DC, Goodkin DE, Islar J, Hauser SL, Genain CP: Treatment of depression is associated with suppression of non-specific and antigen-specific T(H)1 responses in multiple sclerosis. *Arch Neurol* 2001; 58: 1081-1086
68. Mohr DC, Hart SL, Goldberg A: Effects of treatment for depression on fatigue in multiple sclerosis. *Psychosomatic Medicine* 2003; 65: 542-547
69. Mohr DC, Hart SL, Fonareva I, Tasch ES: Treatment of depression for patients with multiple sclerosis in neurology clinics. *Mult Scler* 2006; 12: 204-208
70. Mohr DC, Hart SL, Julian L, Cox D, Pelletier D: Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis: a meta-analysis. *BMJ* 2004; 328: 731
71. Morgan JC, Hughes M, Figueroa RE, Sethi KD: Psychogenic paroxysmal dyskinesia following paroxysmal hemidystonia in multiple sclerosis. *Neurology* 2005; 65: E12
72. Multiple Sklerose Therapie Konsensus Gruppe der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft: Symptomatische Therapie der Multiplen Sklerose. *Nervenarzt* 2004; Suppl 1
73. Ostermann T, Schmid W: Music therapy in the treatment of multiple sclerosis: a comprehensive literature review. *Expert Rev Neurother* 2006; 6: 469-477
74. Pavlou M, Stefoski D: Development of somatizing responses in multiple sclerosis. *Psychother Psychosom* 1983; 39: 236-243
75. Philippopoulos GS, Wittkower ED, Cousineau A: The etiologic significance of emotional factors in onset and exacerbations of multiple sclerosis. A Preliminary Report. *Psychosomatic Medicine* 1958; 20: 458-474
76. Polliack ML, Barak Y, Achiron A: Late-onset multiple sclerosis. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: 168-171
77. Schmidt EZ, Hofmann P, Niederwieser G, Kapfhammer HP, Bonelli RM: Sexuality in multiple sclerosis. *J Neural Transm* 2005; 112: 1201-1211
78. Schmidt R, Berger M: In: Wallesch C-W (ed): *Neurologie. Diagnostik und Therapie in Klinik und Praxis*. Elsevier, Urban und Fischer, München/Jena 2005, 1065-1073
79. 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
80. Schreurs KM, de Ridder DT, Bensing JM: Fatigue in multiple sclerosis: reciprocal relationships with physical disabilities and depression. *J Psychosom Res* 2002; 53: 775-781
81. Schübler G: Krankheitsbewältigung und Psychotherapie bei körperlichen und chronischen Erkrankungen. *Psychotherapeut* 1998; 43: 382-390
82. Siegert RJ, Abernethy DA: Depression in multiple sclerosis: a review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2005; 76: 469-475
83. Sinclair VG, Scroggie J: Effects of a cognitive-behavioural program for women with multiple sclerosis. *J Neurosci Nurs* 2005; 37: 249-257, 276
84. Steck B, Amsler F, Schwald-Dillier A, Grether A, Kappos L, Burgin D: Indication for psychotherapy in offspring of a parent affected by a chronic somatic disease (e. g. multiple sclerosis). *Psychopathology* 2005; 38: 38-48
85. Stenager E, Stenager EN, Knudsen L, Jensen K: Multiple sclerosis: the impact on family and social life. *Acta Psychiatr Belg* 1994; 94: 165-174
86. Stern M: Aging with multiple sclerosis. *Phys Med Rehabil Clin N Am* 2005; 16: 219-234
87. Stone J, Smyth R, Carson A, Lewis S, Prescott R, Warlow C, et al: Systematic review of misdiagnosis of conversion symptoms and »hysteria«. *BMJ* 2005; doi:10.1136/bmj.38628.466898.55
88. Streng H: Multiple Sklerose. In: Ahrens S, Hasenbring M, Schultze-Venrath U, Streng H (eds): *Psychosomatik in der Neurologie*. Schattauer, Stuttgart 1995, 295-335
89. Sutherland G, Andersen MB, Morris T: Relaxation and health-related quality of life in multiple sclerosis: the example of autogenic training. *J Behav Med* 2005; 28: 249-256
90. Tesar N, Baumhackl U, Kopp M, Gunther V: Effects of psychological group therapy in patients with multiple sclerosis. *Acta Neurol Scand* 2003; 107: 394-399
91. Thomas PW, Thomas S, Hillier C, Galvin K, Baker R: Psychological interventions for multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; CD004431
92. Tremlett HL, Luscombe DK, Wiles CM: Prescribing for multiple sclerosis patients in general practice: a case-control study. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26: 437-444
93. Visschedijk MA, Collette EH, Polman CH, Pfenning LE, van der Ploeg HM: Development of a cognitive behavioral group intervention programme for patients with multiple sclerosis: an exploratory study. *Psychol Rep* 2004; 95: 735-746
94. Vleugels L, Pfenning L, Pouwer F, Cohen L, Ketelaer P, Polman C, et al: Psychological functioning in primary progressive versus secondary progressive multiple sclerosis. *Br J Med Psychol* 1998; 71: 99-106
95. Wilkening A, Haltenhof H: Psychische Störungen als Begleiterkrankung der multiplen Sklerose. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 154-158

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Roger Schmidt
 Bereich Psychotherapeutische Neurologie
 Kliniken Schmieder Konstanz und Gailingen
 Eichhornstr. 68, Postfach 5040
 78464 Konstanz
 e-mail: R.Schmidt@kliniken-schmieder.de