

## 5 Psychosomatik in der Neurologie

**Überblick:** Die Psychosomatik in der Neurologie erforscht die Entstehung seelischer und körperlicher Krankheitsmerkmale im biographischen Kontext. Sie befasst sich mit der **Phänomenologie** und **Psychodynamik** gestörter Wahrnehmungs- und Bewegungsfunktionen. Exemplarisch lassen sich fünf Symptomkonstellationen unterscheiden:

**Schwindel** und **Schmerzen** können Ausdruck von **Affekten** (Angst) sein. Die Ich-Umwelt-Relation ist subjektiv verzerrt.

**Tremor** und **Ataxie** in einer **Krisensituation** können Ausdruck einer uneingestanden Angst oder Wut sein. Die Ich-Umwelt-Relation ist unkoordiniert.

**Schwindel**, **Schmerzen** und **Koordinationsstörungen** können Ausdruck eines psychischen Konflikts sein (**Somatisierung**). Die Ich-Umwelt-Relation gerät aus dem Gleichgewicht.

Bei **psychogenen Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen** ist der Patient häufig affektiv unbeteiligt (indifferent). Erregende Triebimpulse werden verdrängt, neutralisiert und in körperliche Symptome umgewandelt (konvertiert.; daher **Konversions-** oder **dissoziative Störungen**). Die Ich-Umwelt-Relation ist dissoziiert.

**Wie die o. g. Symptome können sich neurologische Krankheiten** in Krisensituationen manifestieren und im Verlauf einem situativ bedingten **Symptomwandel** unterliegen.

In jedem Fall (1–5) sind **Funktionsstörungen** zu beobachten, die das Muster neurologischer Syndrome aufweisen bzw. annehmen. Der Affekt greift unmittelbar an einem körperlichen Symptom an oder das körperliche Symptom greift einen latenten Affekt auf.

## 5 Psychosomatik in der Neurologie

**Überblick:** Die Psychosomatik in der Neurologie erforscht die Entstehung seelischer und körperlicher Krankheitsmerkmale im biographischen Kontext. Die Kenntnis der **Phänomenologie** und **Psychodynamik** gestörter Wahrnehmungs- und Bewegungsfunktionen ist eine wesentliche Voraussetzung des Dialogs mit dem Kranken. Das affektive Erleben des Kranken ist verändert, die Stimmung ängstlich, depressiv, dysphorisch, euphorisch oder indifferent. Es finden sich vegetative Begleitsymptome der Affekte. Der Patient ist nicht als Objekt der neurologischen Untersuchung, sondern immer als Subjekt, d.h. als Ich in seiner Umwelt zu verstehen. Unter psychosomatischem Aspekt lassen sich exemplarisch fünf Symptomkonstellationen unterscheiden:

1. **Schwindel** und **Schmerzen** sind subjektive Phänomene, die häufig mit **Affekten** assoziiert sind. Ein Schwankschwindel oder ein Spannungskopfschmerz manifestiert sich z.B. als unmittelbarer Ausdruck von Angst bzw. anstelle einer latenten Angst. Schwindel, Schmerzen und Angst können sich gegenseitig vertreten. Bei phobischem Schwindel wird die Umwelt oder der Körper als schwankend erlebt, bei angstbedingten, wandernden Schmerzen wirkt der Kranke unsicher und psychomotorisch unruhig. Angst kann in die Umwelt projiziert werden. Die Ich-Umwelt-Relation ist subjektiv verzerrt.
2. **Tremor** und **Ataxie** (Dysmetrie, Stand- und Gangunsicherheit) sind als objektive Symptome mit subjektiven Empfindungen verbunden. Jede Koordinationsstörung wird situativ verstärkt. Der Körper drückt auf diese Weise unwillkürlich aus, was der Kranke affektiv erlebt. So können z.B. Zitteranfälle ebenso wie ein schwankender Stand und Gang in einer **Krisensituation** sichtbarer Ausdruck einer uneingestanden Angst oder Wut sein. Diese psychosomatischen Symptome verselbständigen sich, wenn der Affekt abgewehrt wird. Die Ich-Umwelt-Relation ist unkoordiniert.
3. Wenn **Schwindel**, **Schmerzen** und **Koordinationsstörungen** situativ ausgestaltet werden, beklagt der Patient weitere, v.a. vegetative Beschwerden nicht ohne Affekt und eine ängstliche Unruhe oder depressive Stimmung als körperliche Schwäche, die mit einem „Lähmungsgefühl“ assoziiert ist. Die Erschöpfung beruht auf der **Somatisierung** eines psychischen Konflikts (Somatisierungsstörung). Die Ich-Umwelt-Relation gerät aus dem Gleichgewicht.
4. Bei psychogenen **Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen** ist der Patient häufig affektiv unbeteiligt (indifferent). Es besteht eine „Gefühlslähmung“ bis zur Anästhesie. Erregende Triebimpulse werden verdrängt, neutralisiert und in körperliche Symptome umgewandelt (konvertiert). Konfliktbedingte, funktionelle Wahrnehmungsstörungen wie eine psychogene Amnesie oder Blindheit treten auf, wenn sich die Innen-Außen-Beziehung des Kranken umkehrt. Man spricht von **Konversionsstörungen** bzw. **dissoziativen Störungen**. Der eigene Körper kann zum Fremdkörper werden, die Außenwelt eigenartig fremd erscheinen. Die Selbstwahrnehmung spaltet sich von der Willkürbewegung ab. Die Ich-Umwelt-Relation ist dissoziiert.
5. Alle o.g. Symptome (1–4) sind unter dem Aspekt der situativen Auslösung zu betrachten, da sich auch **neurologische Krankheiten**, wie z.B. eine multiple Sklerose, mit Schwindel, Schmerzen, Koordinations-, Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen in einer lebensgeschichtlich kritischen Situation manifestieren bzw. im weiteren Verlauf einem situativ bedingten **Symptomwandel** unterliegen können. Das affektive Erleben des Patienten ist verändert, und die häufig wechselnden Symptome werden situativ verstärkt.

In jedem Fall (1–5) sind **Funktionsstörungen** zu beobachten, die das Muster neurologischer Syndrome aufweisen bzw. annehmen. Entweder greift der Affekt unmittelbar an einem körperlichen Symptom an oder das körperliche Symptom greift einen latenten Affekt auf. Man spricht von **somatoformen Störungen**, um zu verdeutlichen, dass die organischen Befunde nicht ausreichen, um die körperlichen Symptome zu erklären. Die körperlich in Erscheinung tretenden

Krankheiten sind seelisch bedingt oder mitbedingt. Zur Somatisierung s. a. S. 54. Wesentlich ist der zeitliche Zusammenhang der Symptome mit einem ungelösten, verdrängten und aktualisierten psychischen Konflikt. Man kann zwar nicht von der Symptomatik unmittelbar auf den Konflikt schließen, der einer Störung zugrunde liegt, aber verstehen lernen, dass die Krankheitsmerkmale der Kompensation struktureller Mängel und der Konfliktabwehr dienen. In der Anamnese, die sich **am subjektiven biographischen Kalender des Patienten orientiert**, finden sich Erinnerungsspuren, die die Erstmanifestation körperlicher und psychischer Symptome aufzeigen. Unter psychosomatischem Aspekt lässt sich häufig auch der fluktuierende Verlauf psychogener und neurologischer Krankheiten, das Krank- und Gesundwerden, besser verstehen.

Man spricht von **somatoformen Störungen**, um zu verdeutlichen, dass die organischen Befunde nicht ausreichen, um die körperlichen Symptome zu erklären.

## 5.1 Psychosomatische Störungen

### 5.1 Psychosomatische Störungen

► **Definition:** Die Entwicklung der hier besprochenen Störungen beruht auf einer lebensgeschichtlichen Konfliktsituation, in der psychische und körperliche Krankheitsmerkmale entstehen oder sich wandeln. Diese werden daher psychosomatisch genannt.

#### ◀ Definition

**Epidemiologie:** Die Prävalenz psychogener und psychosomatischer Störungen liegt bei 25–35%. Aus neurologischer Sicht sind 10% aller Schwindelsensationen und Anfallsereignisse psychogen (s. Abb. B-5.1 und 5.2). Psychosomatische Störungen der visuellen Wahrnehmung finden sich bei 5% aller Patienten, die einen Arzt aufsuchen. Die früher häufigen Konversionsstörungen, wie epidemisches „Kriegszittern“ und Tremor-Epidemien in Friedenszeiten, werden heute selten beobachtet. Nach katamnestischen Untersuchungen ist jedoch die lebenslange Prävalenz dieser Störungen, besonders unter transkulturellem Aspekt, hoch einzuschätzen, da sie jahrzehntelang anhalten können, einen Symptomwandel zeigen, mit neurologischen Krankheitsmerkmalen alternieren und daher häufig verkannt werden. Insgesamt finden sich keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

**Epidemiologie:** Die Prävalenz psychogener und psychosomatischer Störungen liegt ohne signifikante Geschlechtsunterschiede bei 25–35%. Aus neurologischer Sicht sind 10% aller Schwindelsensationen und Anfallsereignisse psychogen (s. Abb. B-5.1 und 5.2).

**Symptomatologie:** Schwindel und Schmerzen gehören zu den häufigsten psychosomatischen Beschwerden in der Neurologie. Zunächst fallen vegetative Begleitsymptome auf: Gesichtsröte oder -blässe, Dyspnoe, Hyperhidrosis und Tachykardie. Zusätzlich werden Übelkeit, Erbrechen, Diarrhöen, Obstipation usw. berichtet. Die naturgemäß eher unmerklich ablaufenden autonomen Funktionen (Atmung, Pulsschlag usw.) rücken zwar in den Vordergrund des Beschwerdebildes und der Krankheitsvorstellung. Da aber jeder Affekt mit vegetativen Symptomen einhergeht, können diese Symptome z. B. auf eine Angststörung verweisen, die der Schwindel- oder Schmerzsymptomatik zugrunde liegt.

**Symptomatologie:** Schwindel und Schmerzen sind häufig mit Affekten, v. a. mit Angst, verbunden. Vegetative Störungen stehen aber im Vordergrund der Krankheitsvorstellung.

- **Schwindel** ist mehrdeutig. Jede Benommenheit bis zum „Taumeln“ und vielfältige Phänomene, die im Kopf oder im gesamten Körper wahrgenommen

- **Schwindel** ist vieldeutig, aber nicht „alles“ ist Schwindel.

#### ⊙ B-5.1 Psychogener Anfall unter transkulturellem Aspekt

#### ⊙ B-5.1



Während einer Osterprozession vor der Grabeskirche in Jerusalem sinkt ein Pilger zu Boden und verharrt reglos mit ausgebreiteten Armen und geschlossenen Augen. Anlass und Ursache des Anfalls sind unbekannt, eine Epilepsie („Morbus sacer“) ist schon vom Aspekt her unwahrscheinlich (vgl. Differenzialdiagnose epileptischer und nicht epileptischer Anfälle, S. 523).