

# Psychosomatik oder Soma - Psyche?

K. FOERSTER

Psychische Störungen nach Unfällen sind ein exemplarisches Beispiel für eine somatopsychische *und* psychosomatische Reaktion des ganzen betroffenen Menschen. Hier gilt, wie fast immer in Psychiatrie und Psychotherapie, kein kategorisches „Entweder-oder“, sondern ein „Sowohl-als auch“, ein „Mehr oder weniger“ im Sinne einer Ergänzungsreihe zwischen Persönlichkeit und äußerem Ereignis, d. h. in diesen Fällen speziell zu einem äußeren Trauma. Insofern ist das Auftreten psychischer Beschwerden nach Traumen der Halswirbelsäule ein Sonderfall des allgemeinen Problems „psychische Folgen nach traumatischen äußeren Ereignissen“. Bekanntlich sind psychopathologische Phänomene grundsätzlich unspezifisch. Dies gilt auch für das Problem des Auftretens psychischer Symptome oder Störungen nach Schädigungen der HWS. Spezifische psychopathologische Bilder sind daher nicht zu erwarten. Ähnliche Verläufe finden wir auch nach traumatischen Schäden der Lendenwirbelsäule (LWS), nach Schädel-Hirn-Verletzungen, aber auch nach Operationen. Grundlage der folgenden Überlegungen ist einerseits eine persönliche Nachuntersuchung neurotischer Rentenbewerber (s. unten) und andererseits die kontinuierliche Arbeit als Sachverständiger in schwierigen sozialrechtlichen Fragen. Hierfür kann natürlich keine Vergleichsgruppe existieren, so daß eine statistische Auswertung nicht möglich ist, zumal es sich bei den von uns beurteilten Probanden um eine hochselektierte Gruppe handelt. Die Probleme stellen sich dabei in folgenden Bereichen:

- Möglicher (kausaler) Zusammenhang zwischen Unfall und psychischen Beschwerden,
- Entstehung derartiger psychischer Symptome, wobei hier hauptsächlich die Frage der vorbestehenden Persönlichkeit eine Rolle spielt,
- Rentengewährung,
- therapeutische Fragen.

Diese 4 Bereiche sollen nun im einzelnen dargelegt werden.

## **Beurteilung des Zusammenhangs**

Hierbei herrscht häufig ein Widerstreit der Meinungen. Die Standpunkte reichen vom kategorischen Ablehnen eines jeglichen Zusammenhangs zwischen dem äußeren Ereignis und der psychischen Symptomatik bis zu Überlegungen, die in nahezu jedem Fall einen Zusammenhang bejahen. Derartige Standpunkte werden

meist mit großer Überzeugungskraft vorgetragen - ungeachtet der Tatsache, daß die empirischen Belege für die eine oder andere Meinung spärlich sind. Kompliziert wird die Beurteilung derartiger Zusammenhänge durch unterschiedliche rechtliche Grundlagen in verschiedenen Rechtsbereichen. Diese unterschiedlichen rechtlichen Grundlagen werden an anderer Stelle erläutert.

Auf eine grundsätzliche Schwierigkeit möchte ich jedoch hinweisen: Die rechtliche Selbständigkeit der einzelnen Sozialleistungsträger führt dazu, daß die praktischen Auswirkungen den betroffenen Probanden häufig nicht einleuchten, da jeder Versicherungsträger über die bei ihm erhobenen Ansprüche in eigener Zuständigkeit entscheidet. Wenn dies etwa dazu führt, daß ein Proband von seiten des zuständigen Rentenversicherungsträgers Erwerbsunfähigkeitsrente erhält, der Zusammenhang zu einem vom Probanden als ursächlich angesehenen Arbeitsunfall von der Berufsgenossenschaft und letztlich den Sozialgerichten jedoch nicht anerkannt wird, z. B. weil der kausale Zusammenhang fehlt, so ist diese Tatsache dem Betroffenen kaum einsichtig zu machen. Dies ist dann nahezu unmöglich, wenn zusätzlich eine intellektuelle Minderbegabung besteht oder wenn Sprachprobleme bei ausländischen Probanden hinzutreten.

Um zu versuchen, die fehlenden empirischen Befunde zu erheben, habe ich in einem 1. Schritt eine eigene größere Untersuchung durchgeführt. Diese Untersuchung befaßte sich mit katamnesticen Verläufen bei neurotischen Rentenbewerbern. Unter diesen Probanden befand sich eine Gruppe, deren psychische Symptome im Zusammenhang mit Unfällen bzw. äußeren traumatischen Ereignissen auftraten. Bei dieser Gruppe konnte ich *3 verschiedene Reaktionsweisen auf ein äußeres traumatisches Ereignis* differenzieren:

- a) Es kommt zu einer Reaktion auf den Unfall *oder* auf das Verfahren nach dem Unfall im Sinne einer abnormen Erlebnisreaktion. Diese abnorme Erlebnisreaktion klingt relativ bald wieder ab, unabhängig von der Frage einer Entschädigung. Innerhalb dieser Gruppe kann es auch zu einem chronifizierten Verlauf kommen, d.h. es bildet sich eine chronisch verlaufende abnorme Entwicklung aus. Die hierfür prädisponierenden Faktoren werden unter 2) (s. unten) geschildert.
- b) Durch das traumatische Ereignis kann es zu einer Aktualisierung einer bereits bestehenden neurotischen Störung kommen. Dies ist dann der Fall, wenn das traumatische Ereignis in irgendeiner Weise einen spezifischen Reiz im Sinne einer Versuchs- oder Versagungssituation für die bereits bestehende Konfliktsituation des Probanden darstellt und insofern in seine bereits zuvor bestehende Neurose „paßt“.
- c) Durch das Trauma kann es bei zuvor unauffälligen Menschen zur Entwicklung psychischer Symptome kommen, wobei meist Ängste oder Phobien auftreten.

Diese differenzierende Darstellung entspricht besser den tatsächlichen Gegebenheiten als die häufig pauschal verwendeten Formulierungen „traumatische Neurose“, „Entschädigungsneurose“, „Neurose prospektiven Charakters“ und ähnliche Formulierungen mehr. Mit der von mir vorgeschlagenen Formulierung befinde ich mich auch in Übereinstimmung mit dem neuen amerikanischen Diagnosemanual, dem DSM-III, in dem derartige psychische Symptome unter dem

Begriff akute bzw. chronische posttraumatische Belastungsreaktion zusammengefaßt werden.

## Entstehung derartiger psychischer Symptome

Am häufigsten ist bei den 3 geschilderten möglichen Reaktionsweisen die Ausbildung einer chronisch verlaufenden abnormen Entwicklung, wobei phänomenologisch hypochondrisch-depressive Bilder im Vordergrund stehen. Bei der Entwicklung solcher Zustände handelt es sich immer um ein Zusammenwirken mehrerer Faktoren. Folgende Aspekte sind zu bedenken:

- Persönlichkeit des betreffenden Menschen,
- Unfallereignis im Sinne eines Unfallerebnisses,
- Beziehung zum behandelnden Arzt,
- Tatsache des Versichertseins.

Hieraus ergibt sich, daß das Auftreten einer psychischen Störung nach einem traumatischen Ereignis immer aus einem Geflecht verschiedener Beziehungsmuster entsteht. Insofern erscheint der Streit um die Frage, ob es sich um eine alleinige Folge eines Traumas handele oder ob die Reaktion primär in der Persönlichkeit begründet sei, sinnlos und grundsätzlich unbeantwortbar. Beide Faktoren - Konstitution und Anlaß - stehen in einem gleitenden, im jeweiligen Einzelfall sicher unterschiedlichen Verhältnis zueinander. Zur Darstellung dieses gleitenden Verhältnisses eignet sich m. E. sehr gut das Bild der Ergänzungsreihe zwischen 2 Polen, eben Konstitution und Anlaß.

### *Persönlichkeit des betreffenden Menschen*

Sicherlich gibt es Persönlichkeitszüge, die zu einer solchen chronisch abnormen Entwicklung prädisponieren. Hierzu wären die Aspekte zu rechnen, die unter der Formulierung „retardierte, einfache, selbstunsichere und unselbständige Persönlichkeit“ zusammengefaßt werden. Insgesamt handelt es sich somit um das Vorliegen einer Entwicklungsverzögerung. Solche Reaktionen finden wir häufig bei kindlichen, wenig differenzierten Persönlichkeiten, die nicht in der Lage sind, auf das Ereignis und die möglicherweise damit verbundene Kränkung in differenzierter Weise zu reagieren. Sie sind häufig nicht in der Lage, ihre diesbezüglichen Ängste und Emotionen in verbaler Form zum Ausdruck zu bringen, sondern neigen dazu, mit der „Körpersprache“ zu reagieren. Weitere fördernde Faktoren in Richtung einer solchen chronifizierten Entwicklung sind intellektuelle Minderbegabung sowie die Tatsache, daß es sich häufig um Frauen und häufig um ausländische Probanden handelt. In Einzelfällen haben wir das zuvor bestehende Vorliegen eines Medikamenten- oder Alkoholabusus sowie das Vorliegen von psychiatrischen Vorerkrankungen beobachtet.

### *Unfallerlebnis*

Bei der Frage nach möglichen Zusammenhängen ist meiner Meinung nach der Angelpunkt nicht das Ereignis des Unfalls, sondern das Unfallerlebnis. Dieses Erlebnis kann nur vom biographischen Kontext des betroffenen Individuums her erfaßt werden. Damit ist gemeint, daß wir versuchen müssen, zu eruieren, welche Bedeutung die Tatsache eines äußeren Traumas gerade zu diesem Zeitpunkt und gerade in dieser speziellen Situation für den betroffenen Menschen hat. Es ist klar, daß dies eng mit der Persönlichkeit verzahnt ist, v. a. mit den Möglichkeiten eines Menschen, sich mit einem solchen Erlebnis in adäquater Weise auseinanderzusetzen.

Unter psychodynamischen Aspekten beobachten wir häufig, daß Konfliktsituationen vorliegen, deren Lösung durch eine Entschädigung für das Unfallereignis erwartet wird, wobei hier eine Projektion der eigenen Problematik auf das äußere Ereignis stattfindet. Typische derartige Konfliktsituationen sind Partnerschaftsprobleme, sei es im Sinne einer bestehenden konfliktreichen Partnerschaft oder in dem Sinne, daß eine angestrebte Entschädigung als Versorgung für einen verstorbenen oder geschiedenen Partner angesehen wird. Dies kann auch in gleichem Maße als Versorgungswunsch beim Tod der Eltern auftreten, gerade dann, wenn es sich - wie geschildert - um kindliche, anlehnungsbedürftige Persönlichkeiten handelt.

Weitere typische Konfliktsituationen sind narzißtische Kränkungen, hierbei häufig Probleme am Arbeitsplatz, verknüpft mit einem allgemeinen Sichbehaupten, Sichdurchsetzen. Weitere auslösende Situationen können vorbestehende Operationen sein, finanzielle Probleme und die Tatsache, daß der Partner bereits berentet ist.

### *Arzt-Patient-Verhältnis*

Dieses hat meiner Erfahrung nach entscheidendes Gewicht. Fühlt sich der Patient vom behandelnden Arzt nicht ausreichend akzeptiert, nicht genügend anerkannt, findet er vielleicht nicht die Geborgenheit, die er nach einem Unfall sucht - obwohl dies objektiv evtl. gar nicht unbedingt „nötig“ ist, so bedeutet dies einen zusätzlichen Faktor in Richtung einer chronifizierenden Entwicklung. Dies gilt besonders dann, wenn der Patient der Meinung ist, daß sein behandelnder Arzt irgendwelche Fehler bei der Behandlung gemacht habe. Andererseits kann durch den behandelnden Arzt - häufig durch den behandelnden Hausarzt - auch eine iatrogene Verstärkung in Gang gesetzt werden, wenn der Arzt eine überfürsorgliche Haltung einnimmt, wie wir dies häufig nach leichten Hirntraumen beobachten können. Der Arzt glaubt sicher, subjektiv das Richtige zu tun und das Beste für seinen Patienten zu wollen, setzt aber damit ungewollt eine iatrogene Fixierung in Gang. Dies gilt ganz besonders, wenn der Hausarzt im besten Willen Bescheinigungen ausstellt, in denen er zu Rechtsbegriffen wie „erwerbsunfähig“ oder „berufsunfähig“ Stellung nimmt. Die damit eingeleitete Fixierung des Patienten auf die „Rentenschiene“ ist dann kaum noch rückgängig zu machen.

*Tatsache des Versicherungseins*

Häufig wird kurzschlüssig die Ansicht vertreten, daß das Versicherungsein der einzige Grund für derartige psychische Reaktionen sei. Dies ist sicher nicht richtig, da ähnliche Reaktionen auch bei nichtVersicherten Personen und auch bei Unfallversursachern auftreten können. Wie häufig derartige Zustände allerdings sind, ist unbekannt.

Aus diesen Überlegungen läßt sich folgern, daß die Aufgaben des psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachters zukünftig zunehmen werden. Die Aufdeckung eines möglichen psychodynamischen Zusammenhangs erfordert eine gründliche Diagnostik einschließlich der Erhebung einer biographischen Anamnese. Einen kurzen „Test“ oder eine kurze Frageliste wird es daher zur Klärung dieser Probleme nicht geben können. Der Sachverständige muß zumindestens den Versuch unternehmen, anhand einer detaillierten biographischen Anamnese den Stellenwert zu erfassen, den das Unfallereignis im Sinne eines Erlebnisses für den Betroffenen möglicherweise hatte. Es ist sicher nicht mehr möglich, aus der Tatsache einer abnormen Reaktion oder einer abnormen Entwicklung nach einem Unfall auf eine vorbestehende „Anlage“ rückzuschließen und daher einen Zusammenhang grundsätzlich abzulehnen. Es ist unerläßlich, auch bei derartigen Fällen eine evtl. bestehende psychodynamische Verknüpfung zu eruieren, bzw. dies wenigstens zu versuchen. Die Anforderungen an die fachliche Kompetenz des psychiatrischen Gutachters werden dadurch größer.

Andererseits sollte sich der Sachverständige nicht scheuen, unbeantwortete Fragen als solche zu benennen. Ein solcher Standpunkt erscheint ehrlicher und auch sachlich begründeter als zu versuchen, mit Rekurs auf „Anlagefaktoren“ oder „psychodynamische Zusammenhänge“ dem fragenden Juristen eine Pseudoexaktheit zu vermitteln, wenn in Wirklichkeit nur der persönliche Standpunkt des Gutachters formuliert wird. Dies wird in manchen Fällen dazu führen, daß der Gutachter in ehrlicher Selbstbeschränkung einräumen muß, daß er die von juristischer Seite gestellten exakten Fragen nicht mit der wünschenswerten Klarheit beantworten kann, wobei dies nicht in einer fachlichen Inkompetenz begründet liegt, sondern in der grundsätzlichen Schwierigkeit, die geschilderten vielfältigen Verknüpfungen im Sinne eines kausalen Zusammenhangs aufzudecken. Auch die Antwort: „Ich weiß es nicht“, ist für den Juristen eine Antwort, da er in diesen Fällen ein Urteil auf Grund der ihm vorgegebenen rechtlichen Kriterien fällen kann.

**Rentengewährung**

Hierbei wird häufig die Meinung vertreten, daß generell Symptome nach Unfällen oder Verletzungen verschwinden würden, sobald der Rentenantrag definitiv abgelehnt sei. Diese Behauptung läßt sich aufgrund der von mir durchgeführten Nachuntersuchung nicht bestätigen. Bei fast % aller Probanden, die ursprünglich im Rahmen der Unfallversicherung begutachtet worden waren, war der psychische Zustand bei der Nachuntersuchung unverändert oder schlechter, obwohl ein kausaler Zusammenhang zum Unfall definitiv abgelehnt worden war. Ein weiterer

Entschädigungs- bzw. Rentenwunsch bestand nicht, da in diesen Fällen keine erneuten Anträge gestellt worden waren bzw. die Verfahren definitiv zum Abschluß gekommen waren. Hieraus läßt sich meiner Meinung nach schließen, daß in diesen Fällen chronische psychische Störungen, eben chronische abnorme Entwicklungen, entstanden waren, bei denen im weiteren Verlauf der Entschädigungsanspruch immer mehr in den Hintergrund getreten war - ein erneuter Hinweis darauf, daß in diesen Fällen der Rentenwunsch zwar *ein* Symptom gewesen war, aber keinesfalls der wesentliche oder allein ausschlaggebende pathogenetische Faktor. Wie bereits erwähnt, war es bei den meisten der Probanden zur Entwicklung einer chronisch verlaufenden abnormen Entwicklung gekommen, während es in wenigen Fällen zur Aktualisierung einer zuvor bereits bestehenden Neurose gekommen war. In einzelnen Fällen blieb die terminologische Zuordnung unklar. In diesem Zusammenhang möchte ich auf ein wenig beachtetes Problem hinweisen, nämlich die Frage, welche psychischen Folgen eine tatsächlich erfolgte Berentung für die Probanden haben kann. Dieser Aspekt wird i.allg. weder von den Probanden selbst noch von deren Rechtsvertretern und Organisationen noch von den Sozialrichtern beachtet. Der vermutete Nutzen einer Entschädigung wiegt die häufig bestehende psychologische Last nicht auf. In diesen Fällen ist nicht nur der sekundäre Gewinn, sondern auch der „sekundäre Verlust“ zu berücksichtigen. Hierzu sind der Verlust an Respekt und Aufmerksamkeit zu rechnen, der Verlust an Kommunikationsfähigkeit, häufig verbunden mit einer sozialen Stigmatisierung. Daher ist es außerordentlich kurzschlüssig, immer auf den vermuteten „Gewinn“ zu schauen, der häufig - zumindest in der finanziellen Höhe - keineswegs dem entspricht, was die Probanden erwarten. Schlagwortartig lassen sich diese Erfahrungen, die ich aufgrund meiner eigenen Untersuchungen voll bestätigen kann, mit der Formulierung erfassen: „Rente ist keine Therapie“.

## **Therapeutischer Umgang**

Gerade unter diesem Aspekt des schwierigen therapeutischen Umgangs mit diesen Patienten, die in der hausärztlichen Praxis häufig als „Problempatienten“ auftreten, ist es wichtig, daß Patienten, bei denen der Verdacht auf die Entwicklung einer abnormen Erlebnisreaktion besteht, möglichst frühzeitig in fachärztliche Behandlung kommen. Wenn wir in unserem Rahmen diese Patienten bzw. Probanden sehen, sei es zur Frage des therapeutischen Vorgehens, sei es zur Frage der gutachterlichen Beurteilung, handelt es sich in der Regel um langjährige und chronifizierte Verläufe. Hierdurch ist eine Veränderbarkeit natürlich erheblich eingeschränkt. Inwieweit bei rechtzeitigem Eintreten therapeutischer Bemühungen eine Änderung in dem Sinne zu erreichen wäre, daß der Patient nicht auf die „Rentenschiene“ gelangt, ist derzeit noch offen. Festzuhalten ist aufgrund des jetzigen Kenntnisstandes jedenfalls die Schwierigkeit des therapeutischen Umgangs. Hierbei wird immer wieder auf die Starrheit und Unflexibilität der Patienten hingewiesen, d.h. entscheidend für die therapeutische Erfolglosigkeit ist letztlich deren Rigidität. Auch bei meiner geschilderten Nachuntersuchung fielen in erster Linie die geringen Erfolgchancen psychotherapeutischer Maßnahmen auf. Damit

meine ich hier alle Behandlungen, die auf die Lebensgeschichte des Probanden im Zusammenhang mit seinem Unfall und seiner sozialen Situation eingingen. Erfolgreiche Behandlungen waren lediglich in einer Größenordnung von 10% aller begutachteten Probanden zu verzeichnen. Ganz überwiegend erfolgt die Betreuung dieser Patienten durch die Hausärzte, auch nach einer eventuellen Rentengewährung. Therapeutisch wurden hierbei fast ausschließlich symptomatische Maßnahmen vorgenommen, wobei es im Laufe der Jahre nicht selten zur Entwicklung eines gewissen Arrangements zwischen Patient und Arzt kommt.

Im Zusammenhang zum hier diskutierten Thema der psychischen Symptome nach Traumen und Verletzungen der HWS möchte ich ausdrücklich davor warnen, den häufig langwierigen und chronifizierten Verlauf nach HWS-Schleudertraumen mit tatsächlich bestehenden somatischen Beschwerden nicht genügend ernstzunehmen und kurzschlüssig auf das Vorliegen einer vorwiegend psychisch bedingten Symptomatik rückzuschließen.

Abschließend möchte ich kurz auf die aus unserer Sicht wichtigsten offenen Fragen in diesem Problembereich hinweisen:

- Wie hoch ist die Zahl der Entwicklung derartiger psychischer Symptomatik nach Unfällen, speziell nach HWS-Unfällen überhaupt?
- Wie sieht die Entwicklung ähnlicher psychischer Symptome bei unversicherten Probanden bzw. bei Unfallverursachern aus?
- Ist es möglich, Patienten zu erkennen, bevor sie auf die „Rentenschiene“ gelangen?
- Welche therapeutischen Möglichkeiten gibt es, die diesen Patienten gerecht werden?

Gerade dieser letzte Punkt der therapeutischen Bemühungen erscheint mir besonders wesentlich, denn jenseits aller Rechts- und Begutachtungsfragen handelt es sich hierbei häufig um Menschen, die an ihren Verstrickungen gescheitert sind und die in besonderer Weise unserer Hilfe bedürfen, auch wenn die Prognose ungünstig sein mag.