

weil sie vor allem zu Frustration führen. Besser ist es, erhaltene Fähigkeiten zu unterstützen, die Erfolgserlebnisse bieten können. Überforderungen sind aber auch hier zu vermeiden. Für den Patienten angenehme Tätigkeiten (z. B. Musik, Beschäftigung mit Tieren) können gefördert werden. Wichtig ist die Strukturierung des Tagesablaufs.

Im Übrigen sei nicht jede Halluzination behandlungsbedürftig, betonte Dodel und berichtete von einem 74-jährigen allein lebenden Witwer mit Demenz, der seit acht Monaten halluzinierte, er bekomme jeden Abend Besuch von jemandem, der aber nicht mit ihm spräche. Bei genauerer Nachfrage stellte sich heraus, dass der Patient in seiner Wahrnehmung jeden Abend Besuch von seiner früheren Jugendliebe bekommt und darüber sehr froh ist.

*Friederike Klein, freie Medizinjournalistin*

Symposium „Neuropharmakologie – Interaktionen von Medikamenten leicht gemacht“; Vortrag Richard Dodel: „Therapieoptionen von Verhaltens- und psychologischen Symptomen beim geriatrischen Patienten“. Neurowoche 2018 in Berlin, 30.10.–3.11.2018

## Migräne oder Schlaganfall?

Wenn eine vorbestehende Migräne nicht gesichert ist, sollten erhebliche Kopfschmerzen und Aura-ähnliche Ausfälle in der Notfallsituation nicht vorschnell als Migräne gedeutet werden, warnte Professor Hermann Müller-Vahl von der Neurologischen Klinik Hannover anlässlich der diesjährigen Neurowoche in Berlin. Aus seiner Gutachtertätigkeit kennt er mehrere Fälle, in denen beispielsweise Karotisdissektionen nicht erkannt wurden, weil Kopfschmerzen und bereits mehrere Stunden bestehende Ausfallerscheinungen als Migräne mit Aura gedeutet wurden. Eine Migräneaura dauert aber in der Regel nicht länger als eine Stunde, betonte Müller-Vahl. Und nicht nur bei Dissektionen, auch bei anderen Hirninfarkten sind Kopfschmerzen keineswegs selten. Weil das Übersehen eines Schlaganfalls wesentlich gravierender sein kann als eine verpasste Migränediagnose, riet Müller-Vahl, im Notfall grundsätzlich vorsichtig mit der Diagnose einer neu aufgetretenen Migräne zu sein.

*Friederike Klein, freie Medizinjournalistin*

Symposium „Die Kunstfehler des Neurologen“. Vortrag Hermann Müller-Vahl: „Schlaganfall: häufige Krankheit, häufig übersehen“. Neurowoche 2018 in Berlin, 30.10.2018

## Schmerz: Chronifizierungsfaktor Arzt

Schmerz ist ein Gefühl, deshalb ist er auch auf Kommunikations- und Emotionsebene stark beeinflussbar. Herkömmliche Handlungsweisen im Praxisalltag können da ungewollt verstärkend wirken. Wie lässt sich das verhindern?

Auf kognitiver Ebene sind Attribution, Erwartungen, Aufmerksamkeit und Selbstwirksamkeit Variablen der Schmerzchronifizierung mit iatrogenem Risiko, erklärte Professor Claas Lahmann von der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der Universität Freiburg. Um herauszufinden, welche Zuschreibungen der Patient den Erklärungen des Arztes macht, muss man nachfragen. Dann lassen sich die Attributionsmodelle des Patienten auch modifizieren. Es ist auch wichtig, Erwartungen zu eruieren. Wenn Erwartungen zum Beispiel an eine vorgeschlagene Therapie zu hoch sind, muss man sie laut Lahmann auch schon einmal reduzieren. Schmerztagebücher sollte man eher intermittierend einsetzen, sonst können auch sie zur Chronifizierung beitragen. Über langen Zeitraum regelmäßig angewendet erhöhen sie die Schmerzwahrnehmung und führen zu einer Schmerzverstärkung. Die Selbstwirksamkeit wird durch die alleinige Verordnung von Medikamenten eher reduziert, sie muss aktiv gefördert werden, zum Beispiel durch Anleitungen zum Krankheitsmanagement und der Selbsthilfe im Alltag.

### Über den Schmerz hinaus schauen

Schmerz kann auch Ausdruck einer Depression oder Angststörung sein. Die Prävalenz von Depressionen ist bei Schmerzpatienten deutlich höher als in der Allgemeinbevölkerung und Depression und Angst verstärken wahrscheinlich gleichermaßen die Schmerzwahrnehmung. Nach wie vor gehen die meisten Menschen lieber mit Schmerzen zum Neurologen als mit De-

pression zum Psychiater. „Trauen Sie Ihrem Gefühl, dass etwas nicht stimmt“, meinte Lahmann. „Man kann sich verrechnen, aber nicht verfühlen“, ist er überzeugt. Bei Verdacht sollte man die Anamnese entsprechend in Richtung affektiver Störungen erweitern. Er riet auch, sich nicht auf die Sachebene zu flüchten. Wenn ein Patient Angst habe, müsse man ihn da auch abholen. „Und wenn ein Patient weint, hört er auch wieder auf und ist dann nach einer Pause Informationen besser zugänglich“, betonte er.

### Kommunikation über Bande

Wenn über eine multimodale Therapie gesprochen werden soll, empfiehlt Lahmann eine tangentielle Gesprächsführung, nicht immer das direkte Ansprechen. Es hat sich bewährt, über andere Patienten zu sprechen („Bei einem Patienten habe ich kürzlich gute Erfahrungen mit der Therapie XY gemacht, da war diese Behandlung erfolgreich“). Bei Ablehnung von Therapien mit psychologischen Inhalten hilft es, „Trojaner“ zu verwenden, beispielsweise Gesprächsgruppen statt Gruppentherapie anzubieten. Statt „Du-Botschaften“ helfen nicht nur in der Paarbeziehung, sondern auch im Umgang mit Patienten „Ich-Botschaften“. Ein Satz wie „Ich habe nach unserem letzten Gespräch noch einmal nachgedacht“ vermittelt Wertschätzung, „Ich mache mir Sorgen weil... wie sehen Sie das denn“ gibt dem Patienten Raum. Wichtig war Lahmann auch, dass in Arzt-Patienten-Gesprächen nicht checklistenartig vorgegangen wird, sondern der Patient zwischendurch auch einmal Raum für die Äußerung seiner Anliegen bekommt, ohne dass man die Gesprächsführung deswegen allerdings aus der Hand geben darf.

*Friederike Klein, freie Medizinjournalistin*

Symposium „Was macht die Neuropathie schmerzhaft – und was kann man dagegen tun?“ Neurowoche 2018 in Berlin, 31. 10. 2018