

Jahrestagung ANB Würzburg 7.5.2005  
"Begutachtung im Grenzgebiet zwischen Neurologie und  
Psychosomatik"

## **Alter Wein in neuen Schläuchen? Erklärungsmodelle bei MCS, CFS und FMS**

Peter Henningsen

Klinik für Psychosomatische und  
Allgemeine Klinische Medizin



Universitätsklinikum Heidelberg

# Übersicht

- ▶ Definitionen und Geschichte von MCS, CFS, FMS
- ▶ Überlappung und gemeinsamer Nenner der Syndrome
- ▶ MCS, CFS, FMS als somatoforme Störungen? Pro und Contra
- ▶ Fazit



## Multiple Chemical Sensitivity (MCS)

- ▶ Initial belegbare Expositionssituation (jedoch ggf. auch einschleichend)
- ▶ Symptome durch unterschiedliche chemische Stoffe bei sehr geringen Konzentrationen (auf die andere Personen im Allgemeinen nicht mit Gesundheitsbeschwerden reagieren)
- ▶ Symptome durch Exposition reproduzierbar; Besserung bei Expositionskarenz
- ▶ Die Symptome treten in mehr als einem Organsystem auf (nicht in allen Falldefinitionen gefordert)
- ▶ Es handelt sich um eine „chronische“ Gesundheitsstörung
- ▶ Die Beschwerden sind nicht auf bekannte Krankheiten zurückzuführen.

Fallkriterien der DGMCS 2003



## Multiple Chemical Sensitivity (MCS)

- ▶ Symptome sind unspezifisch, kein Teil der Fallkriterien
  - ▶▶ körperlich: Haut, Augen, Schmerzen, Erschöpfung, Schwindel etc.
  - ▶▶ psychisch: Konzentration, Merkfähigkeit, Stimmung, "brain fog"
  - ▶▶ Verhalten: Vermeidung
- ▶ "Differentialdiagnosen"
  - ▶▶ umweltmedizinisch-toxikologisch erklärte Beschwerden
  - ▶▶ Umweltangst
  - ▶▶ Zwangsstörung, Phobie
  - ▶▶ wahnhaftige Störungen
  - ▶▶ ggf. Aggravation/ Simulation



## Geschichte des MCS

- ▶ Th. Randolph ab 1940: moderne Nahrung und Chemikalien
- ▶ USA ab 1960er: "Klinische Ökologen" (Rea et al.)
- ▶ Mc Cullen 1987: Fallkriterien für MCS
- ▶ WHO 1996: Idiopathic Environmental Illness
- ▶ DGMCS: ICD-10 T 78.4: Allergie nnb; Überempfindlichkeit o.n.A.
- ▶ UBA, Eis et al. 2003: sMCS vs. Nicht-sMCS-Umweltpat., 6 Zentren: 0-86% MCS-"Diagnose"



# MCS: Konzepte und Streit darum

- ▶ Ätiologische Theorien
  - ▶▶ Neurogene Sensitivierung (I. Bell)
  - ▶▶ Toxicant Induced Loss of Tolerance (C. Miller)
  - ▶▶ Psychogenie (H. Staudenmeyer)
- ▶ Empirisch nicht nachgewiesen/ widerlegt:
  - ▶▶ vermehrte Reagibilität gegenüber niedrig dosierten Chemikalien
  - ▶▶ vermehrte Geruchsempfindlichkeit
  - ▶▶ Neurotoxizität in SPECT/ PET (Bornschein et al. 2002)



## Chronic Fatigue Syndrom (CFS)

- ▶ Diagnostische Kriterien (nach Fukuda et al. 1994)
  - ▶▶ Erschöpfung/ Erschöpfbarkeit ohne Erholung durch Ruhe
  - ▶▶ Tagesaktivität unter 50% des bisherigen Niveaus über >6 Monate
  - ▶▶ Ausschluss anderer Erkrankungen mit ähnlichen Symptomen
  - ▶▶ Nebenkriterien: Muskelschmerzen, mildes Fieber, Schlafstörungen et.
- ▶ Weitgehend identisch mit "Neurasthenie" (ICD-10 F48)



## Geschichte des CFS

- ▶ Beard USA 1869: Neurasthenie
- ▶ GB 1956: Myalgische Encephalomyelitis/  
Royal Free Disease
- ▶ USA 1988 CDC-Kriterien (Holmes et al 1988)
- ▶ GB 2002 CMO`s Report on CFS/ ME



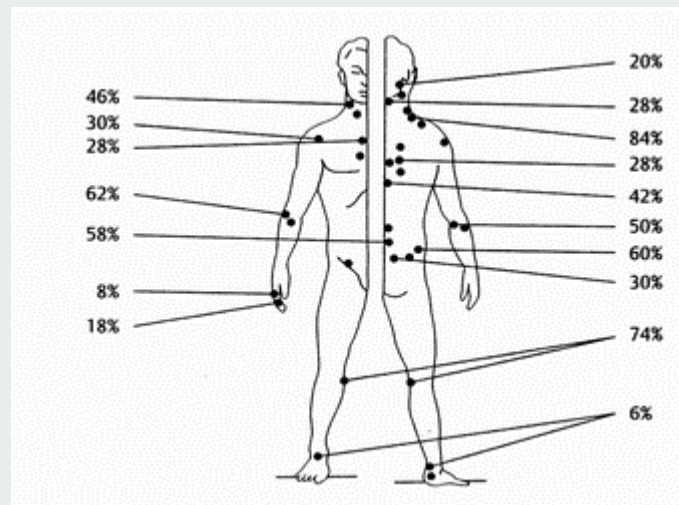
## Konzept CFS/ ME und Streit darum

- ▶ Nicht bestätigt/ widerlegt
  - ▶▶ virale Genese
  - ▶▶ immunologische Dysfunktion
  - ▶▶ neuroendokrine Dysfunktion
  - ▶▶ neuromuskuläre Störung
- ▶ Patienten mit label "ME" haben schlechtere Prognose als solche mit label "CFS" trotz besseren Verlaufs vor Diagnosestellung (Hamilton et al. 2005)



# Fibromyalgie (FMS)

- ▶ Diagnostische Kriterien (nach Wolfe et al., 1990)
  - ▶▶ Ganzkörper-Weichteilschmerz, gelenknah
  - ▶▶ mind. 11 von 18 Druckpunkten ("tender points", Sehnenansätze) schmerzhaft bei 4kg Druck
  - ▶▶ Ausschluss anderer (z.B. rheumatischer) Schmerzursachen
  - ▶▶ Erschöpfung, Schlafstörung, Depression sehr häufig



## Geschichte des FMS

- ▶ Gowers 1904      Fibrositis
- ▶ Smythe 1972      Weitverbreiteter Schmerz  
+ Tender Points
- ▶ Moldofsky 1975      spezif.  $\alpha$ -EEG-NREM-Schlaf-  
störung bei Fibrositis
- ▶ ACR 1990      Fibromyalgie-Kriterien



# Fibromyalgie

- ▶ Problem der "Diagnose"
  - ▶▶ Tender points sind unspezifisch, unreliabel, keine klare Grenze normal – pathologisch (Hotopf und Wessely 1999)
  - ▶▶ Name ist nur Bezeichnung, wird als Beleg organischer Krankheit verkannt
- ▶ "Selbstkritik" der Erstbeschreiber
  - ▶▶ Wolfe 1997: FMS ist keine diskrete Krankheitseinheit



# Überlappungen von MCS, CFS, FMS

- ▶ Studien
  - ▶▶ 40-50% der Patienten mit einem Syndrom erfüllen auch Kriterien von einem oder beiden anderen (Jason et al. 2000, Aaron und Buchwald 2001, Ciccone und Natelson 2003)
- ▶ Überlappungen mit weiteren "modernen" Syndromen, z.B.
  - ▶▶ Sick building Syndrom
  - ▶▶ Elektro-Hypersensitivität
  - ▶▶ Golfkriegssyndrom
- ▶ Trotz hoher Überlappungen stark unterschiedliche Akzeptanz der Syndrome in der Schulmedizin
  - ▶▶ FMS > CFS > MCS



# Gemeinsamkeiten von MCS, CFS, FMS 1

- ▶ Beschwerdespektrum
  - ▶▶ unspezifisch/ überlappend, körperlich/ kognitiv (CFS, FMS: jenseits des Leitsymptoms)
  - ▶▶ jeweils "Insider"-Symptom, das auf biologische Genese verweisen soll
    - MCS: Geruchsüberempfinden/ Kakosmie
    - CFS: Fieber/ Infekte
    - FMS: Schlafstörung
  - ▶▶ kein Nachweis organischer Erklärbarkeit
- ▶ Hohe Komorbidität Angst und Depression
  - ▶▶ stärker als bei organisch erklärten Beschwerden (Henningsen et al. Psychosom Med 2003)



## Gemeinsamkeiten von MCS, CFS, FMS 2

- ▶ Ausgeprägter Kampf um Legitimität
  - ▶▶ zentrale Bedeutung des jeweiligen Erklärungsmodells
  - ▶▶ Selbsthilfegruppen/ Internet/ professionelle Lobby-Arbeit
  - ▶▶ Ablehnung psychosozialer Ätiologie (Begutachtung)
  - ▶▶ Kollaborierende Ärzte/ Wissenschaftler
  - ▶▶ soziokulturelle/ regionale Schwankungen
- ▶ Hohe Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit häufig
- ▶ Ansprechen auf Psychotherapie
- ▶ Hypothese: MCS, CFS, FMS ua als unterschiedliche Ausprägungen eines Distress-Syndroms



## **Ist es gut, MCS, CFS, FMS als Varianten somatoformer Störung zu behandeln?**

- ▶ pro
  - ▶ allgemeine Definition somatoformer Störungen passt



## Definition somatoformer Störungen nach ICD-10 F45

- ▶▶ Wiederholte Darbietung körperlicher Symptome
- ▶▶ Hartnäckige Forderung nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind
- ▶▶ Patient widersetzt sich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren
- ▶▶ Das zu erreichende Verständnis für die Verursachung der Symptome ist häufig für Patienten und Arzt enttäuschend



## Ist es gut, MCS, CFS, FMS als Varianten somatoformer Störung zu behandeln?

- ▶ pro
  - ▶▶ allgemeine Definition somatoformer Störungen passt
  - ▶▶ Studien zeigen Übereinstimmung nicht nur der typischen Beschwerdemuster, sondern auch der dysfunktionalen Kognitionen (MCS: Bailer et al. Psychosom Med, im Druck)
  - ▶▶ verhilft diagnostisch zu weiterem Blick auf gesamtes Muster aus körperlichen und psychischen Beschwerden, Ursachenüberzeugung, Krankheitsverhalten und Persönlichkeit
  - ▶▶ legt modifizierte psychotherapeutische Ansätze nahe
  
  - ▶▶ daher auch Abhandlung in den "Leitlinien Somatoforme Störungen" der AWMF  
(vgl. Henningsen et al.: Somatoforme Störungen. Leitlinien und Quellentexte. Stuttgart: Schattauer 2002)



## **Ist es gut, MCS, CFS, FMS als Varianten somatoformer Störung zu behandeln?**

- ▶ **contra**
  - ▶▶ Zählung einer Beschwerde als "somatoform" ist umstritten
  - ▶▶ Patientenakzeptanz gering/ "number needed to offend" sehr niedrig
  - ▶▶ Patienten gehören dann in Psychosomatik/Psychotherapie/ Psychiatrie, sind aber kaum dorthin zu vermitteln
  - ▶▶ erbt konzeptuelle und pragmatische Probleme der Kategorie (Psychogenie-Konzept, Lücken in der Klassifikation)



## Empfohlenes Vorgehen 1

- ▶ Haltung "Ja, aber nicht so"
  - ▶▶ Beschwerden und Beeinträchtigung ernstnehmen
  - ▶▶ Erklärungsmodell entgegennehmen, ohne Contra zu geben
  - ▶▶ Iatrogene/ soziokulturelle Komponente berücksichtigen
- ▶ So nah an der somatischen Medizin wie möglich, z.B. in der Neurologie, diagnostizieren und behandeln
  - ▶▶ Sowohl-als-auch statt Entweder-Oder
  - ▶▶ Aufgabe Sekundärprävention berücksichtigen
- ▶ ggf. Doppeldiagnosen vergeben, nicht von sich aus Bezeichnungen wie MCS oder CFS "in die Welt setzen"



## Empfohlenes Vorgehen 2

- ▶ Therapeutische Prinzipien
  - ▶▶ Bewältigung statt Heilung, kleine Schritte propagieren
  - ▶▶ Erklärungsmodell erweitern
  - ▶▶ gestufte Aktivierung/ Exposition statt Schonung/ Vermeidung
  - ▶▶ weitergehende Psychotherapie nach Aushandlung
- ▶ Begutachtung



## Fazit

- ▶ Der Schlauch verändert auch den Wein...
  - ▶▶ Erklärungsmodell beeinflusst Beschwerdemuster
- ▶ Der Schlauch ist ein kulturell geprägtes Produkt
  - ▶▶ Rein individuenzentrierte Sicht greift zu kurz
- ▶ Der Schweregrad der Störung ist unabhängig von der Stichhaltigkeit des Erklärungsmodells
  - ▶▶ Ernstnehmen der Beschwerden auch dann, wenn Erklärungsmodell nicht ernst genommen wird



# Diagnostische Einordnung somatoformer Störungen

- ▶ Tradition
  - ▶▶ Körperliche Störungen psychischen Ursprungs (ICD-8 305)
  - ▶▶ Körperliche Funktionsstörungen psychischen Ursprungs (ICD-9 306)
- ▶ Somatoforme Störungen im engeren Sinne (ICD-10 F45)
  - ▶▶ Somatisierungsstörung
  - ▶▶ Undifferenzierte Somatisierungsstörung
  - ▶▶ Hypochondrische Störung
  - ▶▶ Somatoforme autonome Funktionsstörung
  - ▶▶ Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - **u.a.**
- ▶ Somatoforme Störungen im weiteren Sinne
  - ▶▶ Konversionsstörung (ICD-10 F44.4-7)
  - ▶▶ Neurasthenie (ICD-10 F 48)
  - ▶▶ Umweltbezogene Körperbeschwerden



## Klassifikations- probleme in der Römerzeit



