

Rheinfelder Tage "Psychosomatik" 3.11.2017

Psychosomatik in der Neurologie

Peter Henningsen

**Klinik für Psychosomatische Medizin
Klinikum rechts der Isar der TU München**

Drei Haupt-Formen von „Psychosomatik in der Neurologie“

- „Funktionelle neurologische Störungen/ Konversionsstörungen“
- Somatoforme/ andere funktionelle Störungen
- Psychische/ psychosomatische Faktoren und Komorbiditäten bei organoneurologischen Erkrankungen

Drei Haupt-Formen von „Psychosomatik in der Neurologie“

Gemeinsamer Nenner der drei Formen:

- Beschwerden nicht ausreichend erklärt durch organpathologischen Befund

Wie häufig ist Psychosomatik in der Neurologie?

Sehr häufig!

Wie häufig ist „Psychosomatik in der Neurologie“?

Stone J et al. Brain 2009; 132: 2878-88

Bei **1.144 von 3.781** Patienten in neurologischen Ambulanzen (**30 %**) fand sich keine oder keine ausreichende organische Erklärung der geklagten Körperbeschwerden. Diese teilten sich so auf:

- 23 % hatten funktionell neurologische/ Konversionsstörungen (Lähmungen, Gehstörungen, Anfälle, Gefühlsstörungen)
- 44 % hatten andere funktionelle/ somatoforme Störungen (Schmerzsyndrome, Fibromyalgie, Schwindel, Erschöpfungssyndrome etc.)
- 32 % hatten definierte organoneurologische Erkrankungen wie MS oder Parkinson und zusätzliche psychosomatische Symptome

Wie häufig sind Fehldiagnosen?

Stone J et al. Brain 2009; 132: 2878-88

1.030 der 1.144 Patienten ohne ausreichende organische Erklärung der geklagten Körperbeschwerden wurden im Mittel nach 18 Monaten nachuntersucht.

Bei wieviel Patienten fand sich im Nachhinein eine organische Erkrankung als wahrscheinliche Erklärung der Beschwerden?

Wie häufig sind Fehldiagnosen?

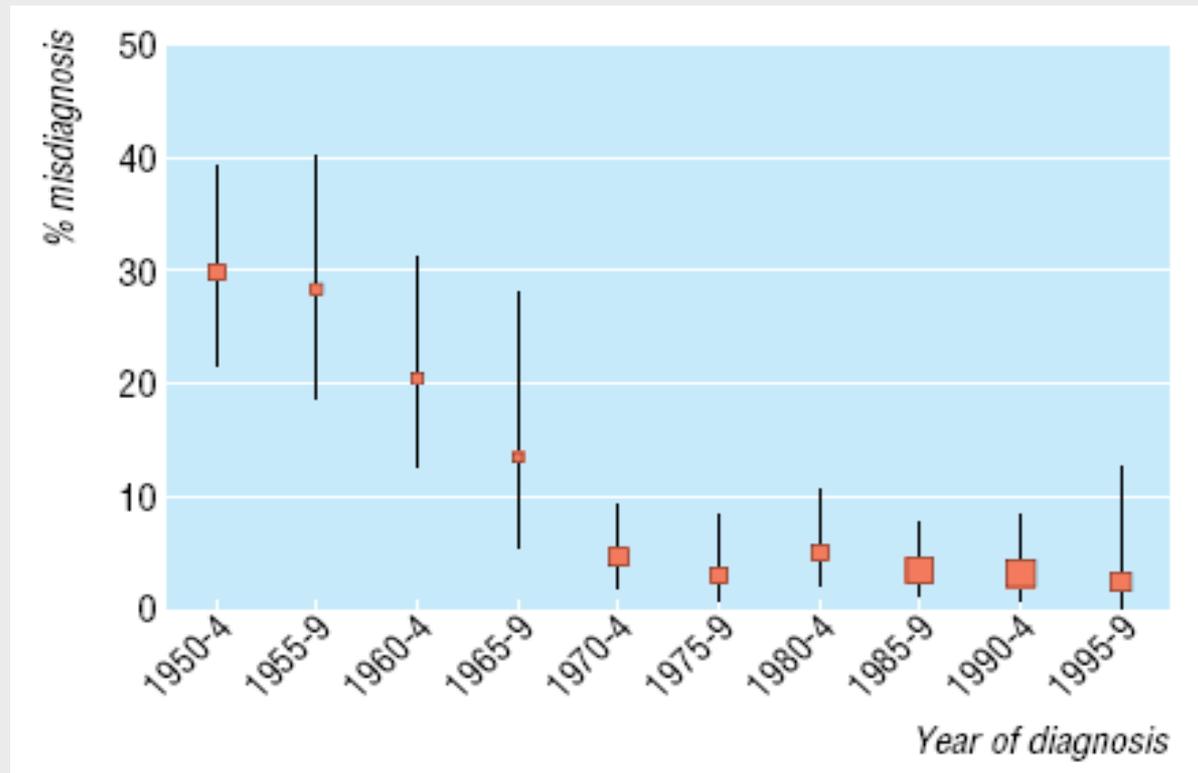
Stone J et al. Brain 2009; 132: 2878-88

Bei 4 Patienten.

(MS, Hirnstammtumor, Alzheimer Demenz, Budd Chiari Malformation)

Wie häufig sind Fehldiagnosen?

Stone J et al. BMJ 2005; 331: 989



Wie beeinträchtigt sind die „psychosomatischen“ Neurologie-Patienten?

Im Durchschnitt mindestens so stark wie Patienten mit klar definierten neurologischen Erkrankungen !

Wie beeinträchtigt sind die „psychosomatischen“ Neurologie-Patienten?

Carson A et al., JNNP 2011; 82: 810-3

Table 1 Disability, distress and employment status of cases with symptoms 'unexplained by organic disease' and controls with symptoms 'explained by organic disease'

	Cases	Controls	OR difference in means (95% CI)
Age, mean (SD)	43.6 (14.4)	47.5 (17.0)	-3.85 (-4.98 to -2.72)
Female, % (n/N)	65.3 (747/1144)	53.6 (1414/2637)	1.63 (1.41 to 1.88)
Medical Outcomes Study Short Form 12-Item Scale, mean (SD)*			
General health	42.6 (26.0)	48.7 (24.7)	-6.15 (-7.90 to -4.41)
Hospital Anxiety and Depression Scale, mean (SD)*			
Anxiety subscale	7.9 (5.0)	6.4 (4.5)	1.51 (1.19 to 1.84)
Depression subscale	5.9 (4.9)	4.7 (4.2)	1.21 (0.91 to 1.52)
Not in paid employment, % (n/N)	49.5 (563/1137)	49.9 (1313/2629)	0.98 (0.86 to 1.13)
If not, was this because of health, % (n/N)†	54.2 (297/548)	37.4 (470/1258)	1.98 (1.62 to 2.43)
On income support/unemployment benefit, % (n/N)	19.7 (224/1135)	16.0 (417/2612)	1.29 (1.08 to 1.55)
In receipt of incapacity benefit or disability living allowance, % (n/N)	27.0 (307/1137)	21.9 (573/2614)	1.32 (1.12 to 1.55)

*Sample size varies between 1134 and 1143 in the not at all/somewhat explained group, and between 2612 and 2633 in the largely/completely explained group.

Funktionelle neurologische/ Konversions-Störungen

Terminologie und Klassifikation

- „Psychogen“ ist keine Diagnose und konzeptionell irreführend
- „Pseudoneurologisch“ ist problematisch
- ICD-10 F44.4-7: „Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung/ Konversionsstörungen“
 - erfordert Nachweis erheblicher psychischer Belastung

Funktionelle neurologische/ Konversions-Störungen

Terminologie und Klassifikation

- „Psychogen“ ist keine Diagnose und konzeptionell irreführend
- „Pseudoneurologisch“ ist problematisch
- ICD-10 F44.4-7: „Dissoziative Störungen der Bewegung und Empfindung/ Konversionsstörungen“
 - erfordert Nachweis erheblicher psychischer Belastung
- DSM-V: „Störung mit funktionellen neurologischen Symptomen/ Konversionsstörung“
 - erfordert keinen Nachweis psychischer Belastung

Erscheinungsformen funktionell neurologischer Störungen

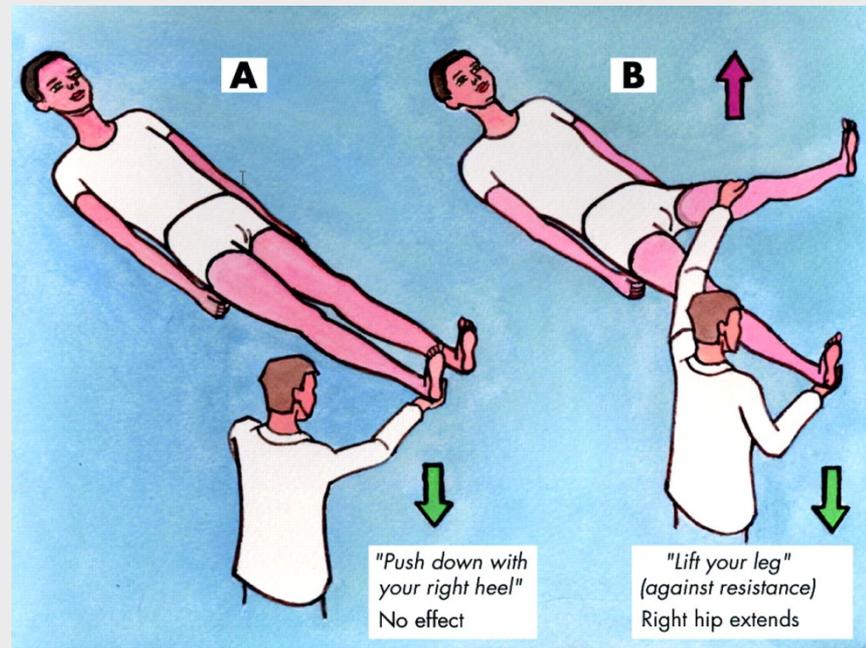
- Anfälle
- Gang- und andere Bewegungsstörungen
- Tremor
- Lähmungen
- Gefühls- und Empfindungsstörungen

Wichtig: Patienten mit derartigen Leitsymptomen haben gehäuft auch andere funktionelle/ somatoforme Körperbeschwerden!

Klinische Diagnose funktionell neurologischer Störungen

Positive klinische Zeichen:

- Hoover Zeichen



Klinische Diagnose funktionell neurologischer Störungen

Daum et al., JNNP 2014; 85:180-90

Positive klinische Zeichen z.B.:

- Hoover Zeichen
- Entrainment und Kokontraktion bei funktionellem Tremor
- Drift without pronation bei Armlähmung

Höchste Sensitivität und Spezifität bei Hoover und Drift without pronation

„Belle indifference“ kein verlässliches Zeichen!

Diagnostische Haltung bei funktionellen neurologischen Störungen

Risiko:

- Nicht ernst nehmen –
„wer nichts Organisches hat, der hat nichts“
- Getäuscht fühlen – Entlarven wollen

Stattdessen:

- „Ja aber nicht so“ (Viktor von Weizsäcker)

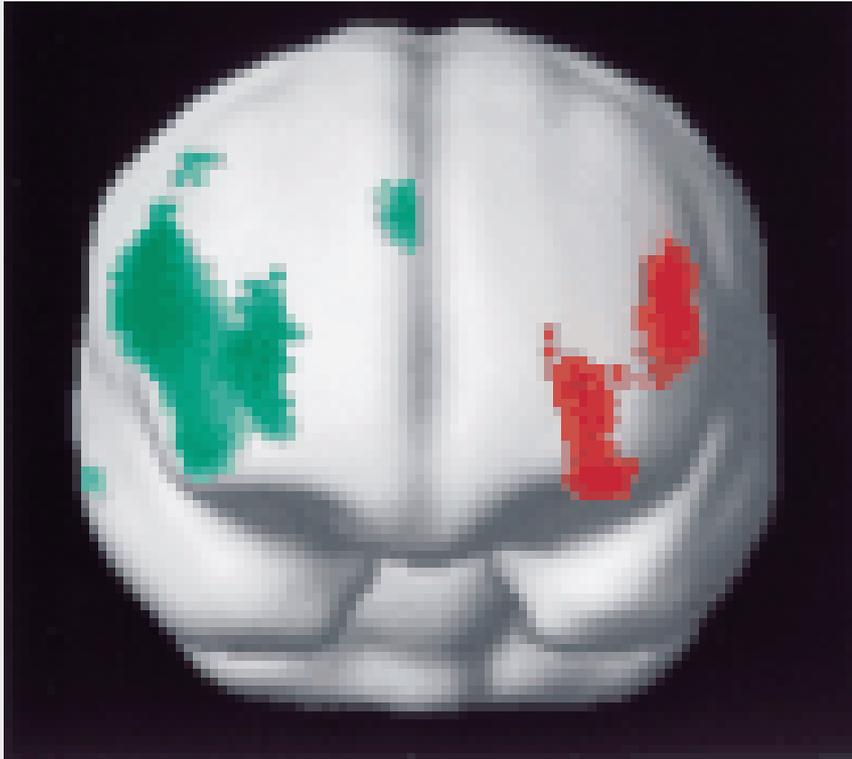
Ätiologische Modelle bei funktionell neurologischen Störungen 1

Anmerkungen zur Ätiologie

- Bio-psycho-sozial statt rein psychogen
- Kindheitstraumatisierungen gehäuft; Anfälle > Lähmung
- Häufung nach Unfällen und Hirnverletzungen
- Gemeinsamkeiten mit Willkürbewegungen:
 - abhängig von Aufmerksamkeit/ Ablenkung (auch motorisch – entrainment), Erwartung
- Wesentlicher Unterschied zu Willkürbewegungen:
 - Verlust der Handlungskontrolle (self agency)

Ätiologische Modelle bei funktionell neurologischen Störungen 2

Spence S et al. Lancet 2000; 355:1243-4.



red: hypofunction in patients with conversion disorder
green: hypofunction when malingering same symptom

Therapie bei funktionell neurologischen Störungen 1

Ricciardi L, Edwards MJ. Neurotherapeutics 2013

Evidence base ist schmal, kaum RCTs

Gute Hinweise auf Wirksamkeit von:

- Psychotherapie
- Physiotherapie
- Multimodalen stationären/ teilstationären Therapien

Therapie bei funktionell neurologischen Störungen 2

Ricciardi L, Edwards MJ. Neurotherapeutics 2013

Wenig bis keine Hinweise auf Wirksamkeit von:

- Pharmakotherapie
- Transcorticale Magnetstimulation
(Systematic Review: *Pollak T et al. JNNP 2014;85(2):191-7*)

Therapie bei funktionell neurologischen Störungen 3

Ricciardi L, Edwards MJ. Neurotherapeutics 2013

Praktisch wichtiger Punkt:

- Diagnosemitteilung ist Beginn der Therapie!
 - Klare Bezeichnung und Erklärung („funktionell“)
 - ggf. Demonstration der Befunde und der positiven klinischen Zeichen

(Stone J, Edwards MJ. „Trick or treat“ Neurology. 2012; 79: 282-4)
- Neurologe hat zentrale Rolle in der Therapie!

Prognose bei funktionell neurologischen Störungen

Gelauff J et al. JNNP 2014; 85:220-6

Systematic Review:

- Ca. 40% der Patienten sind im Follow Up nach 7 Jahren unge bessert

Schottische Studie (*Stone J et al. Brain 2009*):

- 67% von 716 Pat mit organisch unerklärten Beschwerden im Follow Up nach 1 Jahr gleich oder schlechter !

(Sharpe et al. Psychol Med. 2010; 40: 689-98)

Symptome somatoformer/ anderer funktioneller Störungen

- Schmerzen jedweder Lokalisation
- Funktionelle Störungen, einzelnen Organen zugeordnet (Herz-Kreislauf, Schwindel, Verdauung etc.)
- Erschöpfung/ Müdigkeit

Wiederum: keine ausreichende organische (pathologisch-strukturelle) Erklärung der Beschwerden

Klassifikation somatoformer/ anderer funktioneller Störungen 1

Unbefriedigende Parallelklassifikation!

- ICD-10 F45 „Somatoforme Störungen“
(Somatisierungsstörung, Schmerzstörung etc.)
- ICD-10 G, M, etc.: Funktionelle Störungen in einzelnen somatischen Fachgebieten
(Reizdarmsyndrom, Fibromyalgie etc.)

Klassifikation somatoformer/ anderer funktioneller Störungen 2

- DSM-V „Somatic Symptom Disorder“
(dt.: „Somatische Belastungsstörung“)
 - Organische Nicht-Erklärbarkeit kein Kriterium mehr
 - Dafür positive Definition psychobehavioraler Kriterien:
Gesundheitsangst, organische Ursachenüberzeugung

Essentials zu somatoformen/ anderen funktionellen Störungen 1

- Neben Leitsymptome sehr häufig weitere Beschwerden
 - andere Körperbeschwerden
 - Angst und Depressivität
- Überproportional starke Beeinträchtigung typisch
- Iatrogene Verschlimmerungsfaktoren bedeutsam
- Klassische „schwierige“ Patienten

Essentials zu somatoformen/ anderen funktionellen Störungen 2

©Cartoonbank.com

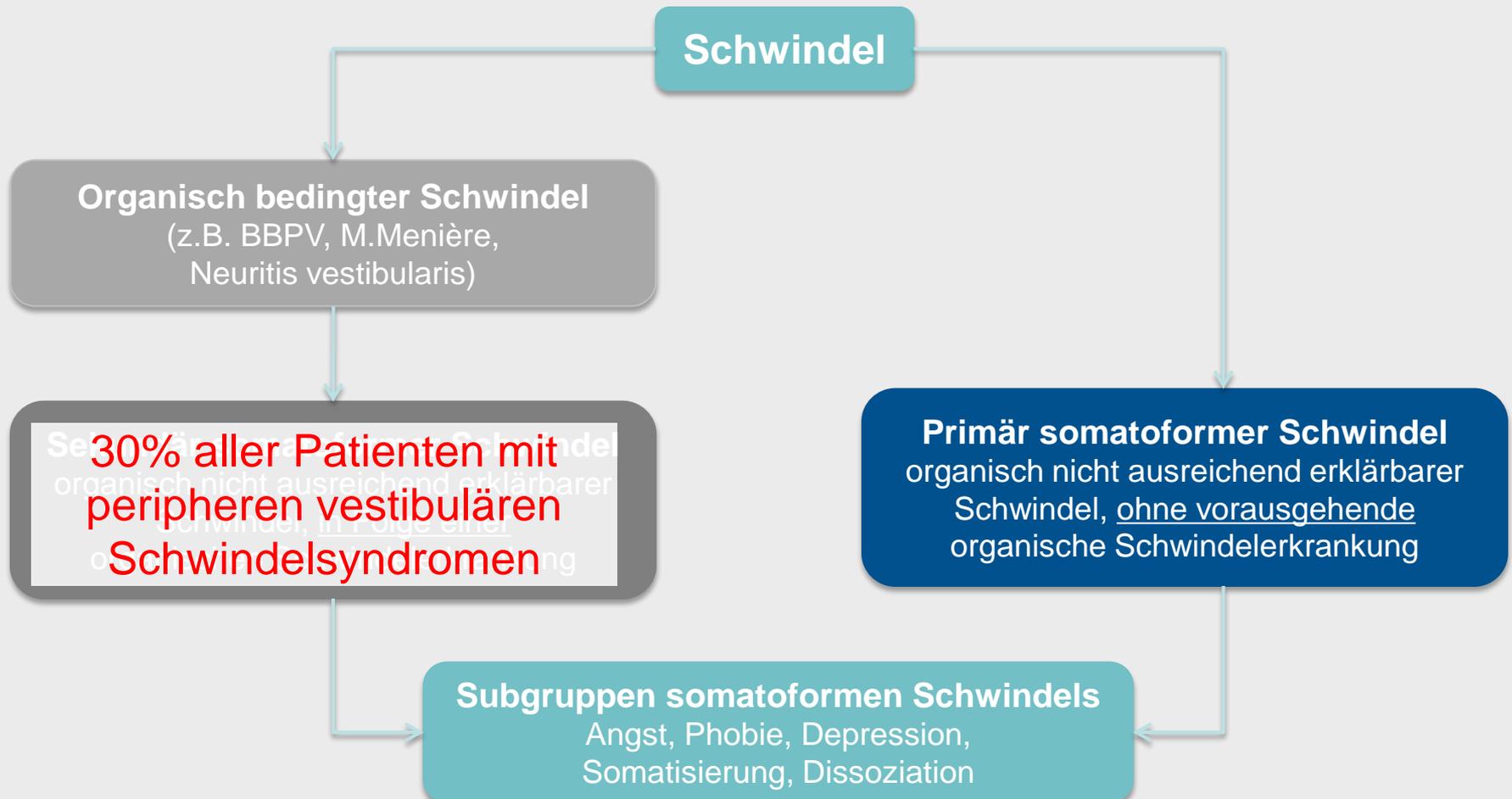


"I hope you're not going to be like the twenty incompetent doctors who couldn't find anything wrong with me."

In der Neurologie häufige somato- forme/ andere funktionelle Störungen

- Schmerzsyndrome, z.B.
 - Spannungskopfschmerz
 - Fibromyalgiesynrom
- Schwindel
 - phobischer Attackenschwankschwindel
- Erschöpfungssyndrome
 - Chronic Fatigue Syndrom

Schwindelsyndrome



Manifestationen der psychosomatischen „Überlagerung“

Symptome:

- Angst
- Depressivität
- Schmerzen – Erschöpfung – Funktionsstörungen

Psychische Faktoren, die den Verlauf der Erkrankung beeinflussen (ICD-10 F54)

- Stressoren/ life events/ Traumatisierungen

Exemplarische Zusammenhänge 1

Parkinson:

- Depressivität als stärkster nicht-motorischer Faktor in der Beeinträchtigung der Lebensqualität
(*Gallagher DA et al. Mov Disord. 2010; ;25: 2493-500.*)
- Funktionelle/ somatoforme Symptome häufig
(*Onofrij et al. Neurology. 2010; 74: 1598-606*)
- Hypothese: Stress kann Parkinson triggern
(*Djamshidian A, Lees AJ. JNNP 2013 Nov 20*)

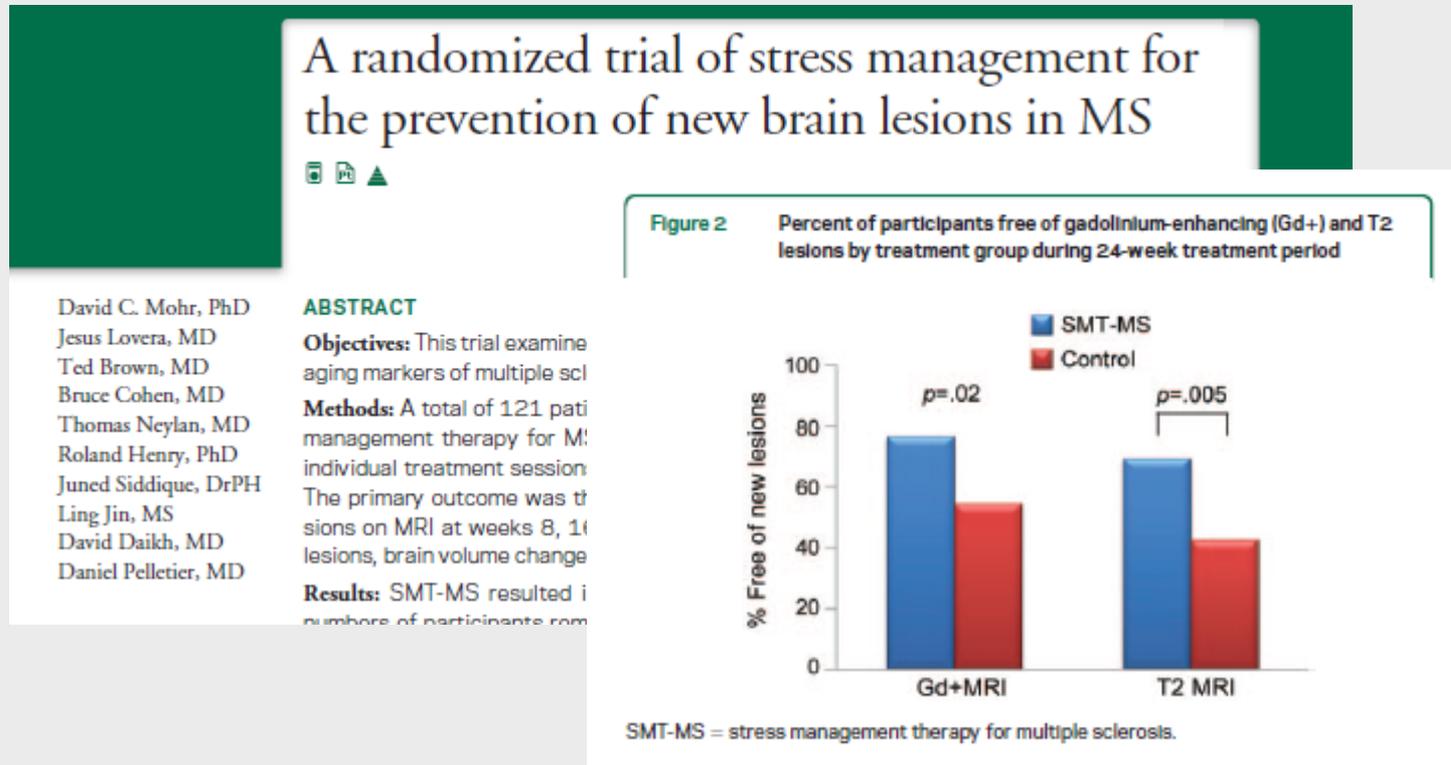
Exemplarische Zusammenhänge 2

Multiple Sklerose:

- Psychosozialer Stress kann Schübe und aktive Herde im MRT auslösen
(*Mohr DC BMJ. 2004; 328: 731;*
Burns MN et al. Psychol Med. 2014;44: 349-59)
- Stressmanagement (16 h) kann Auftreten neuer Herde zu Therapieende vermindern
(*Mohr DC et al., Neurology. 2012; 79: 412-9*)

Exemplarische Zusammenhänge 3

(Mohr DC et al., *Neurology* 2012; 79: 412-9)



- 121 Pat schubförmig - EDSS 3,1
- 16 Std. Einzel-SMT – Follow Up 1 Jahr kein Effekt mehr

Exemplarische Zusammenhänge 4

Multiple Sklerose:

- Fatigue ist stärker durch psychosoziale Faktoren als durch Krankheitsaktivität oder körperliche Behinderung (EDSS) erklärt (Alles oder Nichts- Verhalten, Katastrophisieren etc.)
(Bol Y et al. J Psychosom Res. 2009; 66: 3-11.9)
- Psychotherapie wirkt auf Fatigue bei MS über kognitiv-emotionale Veränderung
(Knoop H et al. Psychol Med. 2012;42: 205-13.)

Allgemeine Diagnostik- und Therapieempfehlungen

Leitlinien



AWMF S3-Leitlinie 051-001

Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

<http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>

- Koordiniert von der Psychosomatik, 28 medizinische Fachgesellschaften beteiligt
- Neufassung Anfang 2018

Allgemeine Diagnostik- und Therapieempfehlungen

Leitlinien

MEDIZIN

KLINISCHE LEITLINIE

Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

Rainer Schaeferl, Constanze Hausteiner-Wiehle, Winfried Häuser, Joram Ronel, Markus Herrmann, Peter Henningsen

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden betreffen 4–10 % der Bevölkerung und 20 % der Hausarztpatienten. Sie verlaufen häufig chronisch, beeinträchtigen die Lebensqualität erheblich und sind kostspielig. Für Behandler stellen sie eine Herausforderung dar, ungünstige Behandlungsverläufe kann den Verlauf negativ beeinflussen.

Ziele: Die Leitliniengruppe (20 medizinische/psychologische Fachgesellschaften, eine Patientenvertretung) analysierte über 4.000 Veröffentlichungen einer systematischen Literaturrecherche. Die Leitlinie wurde in zwei Online-Ergänzungen und drei Konsensuskonferenzen verabschiedet.

Ergänzungen: Die Erstausgabe war wegen der weit gespannten Thematik heterogen und erreichte bei vielen Fragen nur mittlere Evidenzlevel; starker Konsens wurde meist erzielt. Empfohlen werden der Aufbau einer partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung, eine symptom-bewältigungsorientierte Grundhaltung und Vermeiden stigmatisierender Kommentare. Biopsychosoziale Simultandagnostik mit behutsamem Aufgreifen von Hinweisen auf psychosoziale Belastungen ermöglicht die Früherkennung einschließlich komorbider Erkrankungen und verringert das Risiko latenter Somatisierung. Bei leichteren Verläufen helfen Erarbeiten eines biopsychosozialen Erklärungsmodells und körperliche/soziale Aktivierung. Schwere Verläufe erfordern ein kooperatives, koordiniertes Vorgehen mit regelmäßigen/beschwerdeunabhängigen Terminen, gestufter Aktivierung und Psychotherapie, vor allem kognitiv-behavioral, daneben psychodynamisch-therapeutische und hypnotherapeutische/imaginative Ansätze. Innerhalb eines Gesamtbehandlungsplans bis zu multimodaler Therapie können Körperorientierten-Verfahren und Entspannungsv erfahren sowie befristete Medikation sinnvoll sein.

Schlussfolgerungen: Konsequente biopsychosoziale Simultandagnostik ermöglicht Früherkennung. Die Therapie orientiert sich an der Erkrankungschwere. Sie erfordert aktive Mitarbeit des Patienten und Kooperation aller Behandler, die von Hausarzt koordiniert werden sollte.

■ Zielsetzung

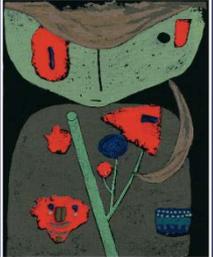
Schaeferl R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Clinical Practice Guidelines: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl* 2012; 109(47): 803–13. DOI: 10.1055/s-0012-120083

Klinik für Allgemeine Innere Medizin und Psychosomatik, Universitätsklinikum Heidelberg; Dr. med. Schäferl; Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie der TU München; PD Dr. med. Hausteiner-Wiehle, Dr. med. Ronel, Prof. Dr. med. Henningsen; Klinik Innere Medizin I, Universitätsklinikum Gießen; PD Dr. med. Häuser; Institut für Allgemeinmedizin der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg; Prof. Dr. med. Herrmann, MPH

Deutsches Ärzteblatt | Jg. 109 | Heft 47 | 22. November 2012

803

Hausteiner-Wiehle ■ Henningsen
Häuser ■ Herrmann
Ronel ■ Sattel ■ Schäferl



Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden

S3-Leitlinie mit Quellentexten, Praxismaterialien und Patientenleitlinie

Schattauer

Schäferl R et al. Dt. Ärzteblatt
2012; 109: 803-13

Stuttgart 2013

Therapie in der Hand des Neurologen

„Psychosomatische Grundversorgung“

- Diagnostik als Beginn der Therapie:
Ernstnehmen - Erkennen – Erfragen – Erklären
- Vermeidung iatrogenen Somatisierung über unreflektierte somatische Diagnostik
- Erklärungsmodell des Patienten erweitern
- Aktivieren
- Überweisung zum „Psycho“ ggf. vorbereiten, nachbesprechen

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

